

116
2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTANDARIZACION DEL INVENTARIO DE
ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY PARA
POBLACION DE LA CIUDAD DE MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
MARIA TERESA GUERRA RAMOS

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

ASESORIA PSICOMETRICA Y ESTADISTICA:

LIC. MA. ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ



MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

No desdénies la sombra
de la noche en que piensas.
Puede ser una nube. El viento sopla.
Se irá la nube y quedará la estrella.

No desdénies los surcos
que atraviesas de prisa.
Hoy son polvo no más. Vendrá la lluvia.
Y al sol de julio brillará la espiga.

Jaime Torres Bodet

Gracias...

A mis papás, Lugarda e Higinio, de quienes he recibido tantas gentilezas. Les dedico con gran cariño este logro, que también es suyo, con la seguridad de que para ustedes significa tanto como para mí. Gracias por los muchos ejemplos de paciencia, confianza y tenacidad que me han permitido llegar a este momento.

A mis hermanos Beatriz, Maribel, Perla y José Luis y mi tía Isabel, que se interesaron en este trabajo y me brindaron su apoyo.

A Eileen Gambrill y Cheryl Richey, por la autorización para trabajar con su inventario.

A Carlos Bruner, Estela Cordero, Ricardo Díaz, Mirtha Flores, Samuel Jurado, Gilberto Limón, Patricia Trujano, Rubén Varela y Enedina Villegas, quienes revisaron la primera versión en español del inventario.

En especial, a Samuel Jurado por dirigir este trabajo, el constante ánimo que me infundió y su gentil apoyo; a Enedina Villegas por compartir conmigo sus invaluable conocimientos y amplia experiencia en la investigación psicométrica; y a Ricardo Díaz, Gilberto Limón y Jorge Pérez por su revisión e interesantes comentarios.

A Rubén Varela, Elizabeth Wiedemann, Isabel Ramos, Lourdes Méndez, Juventino Rodríguez y Luz María García.

A Virginia Lara, Arturo Ramírez, Julio Ramos, Nelly Rojas y Martín Valencia, profesores de la Sec. "República Popular China".

Sin su ayuda y apoyo la aplicación del inventario se hubiera vuelto una tarea casi infinita.

A todas las personas que amablemente contestaron el inventario.

A tí, Pepe, por compartir conmigo el camino hacia la meta, con sus momentos de desconcierto, impaciencia y entusiasmo, pero siempre en tu amorosa compañía.

Gracias, señor.

ÍNDICE

RESUMEN	5
I. INTRODUCCION	6
II. TERAPIA DE LA CONDUCTA Y ASERTIVIDAD	8
Perspectivas históricas de la terapia conductual	8
Antecedentes del estudio de la asertividad	14
III. ASERTIVIDAD Y ENTRENAMIENTO ASERTIVO	18
¿Cómo se ha definido la asertividad?	18
Técnica del entrenamiento asertivo	28
IV. MEDICION DE LA ASERTIVIDAD	45
Medición psicométrica: escalas de autorreporte	45
Mediciones fisiológicas y conductuales en situaciones controladas	60
La investigación de la asertividad en México	66
V. MÉTODO	72
Planteamiento del problema y justificación de la investigación	72
Objetivos	74
Preguntas de investigación	74
Hipótesis	75
Variables	75
Tipo de estudio	77
Muestras	77
Criterios para la selección de los sujetos	78
Instrumento	78
Procedimiento	81
Estudios piloto	81
Aplicación del inventario al grupo normativo	82

VI. RESULTADOS	83
Estudios piloto	83
Descripción de las muestras	83
Análisis de reactivos	84
Puntajes obtenidos	84
Reactivos marcados con mayor frecuencia	85
Confiabilidad de las versiones piloto	86
Aplicación del inventario al grupo normativo	87
Descripción del grupo normativo	87
Análisis de reactivos confirmatorio	87
Reactivos marcados con mayor frecuencia	88
Confiabilidad del inventario	89
Relación entre las escalas GI y PR	89
Análisis factorial	89
Normas e interpretación de los puntajes	94
Diferencias entre los puntajes obtenidos por diferentes grupos	100
VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES	102
VIII. ANEXOS	107
Anexo A	107
Anexo B	108
Anexo C	109
Anexo D	110
Anexo E	111
Anexo F	112
Anexo G	113
Anexo H	114
IX. REFERENCIAS	115

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue estandarizar el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, a fin de contar con un instrumento útil para la detección de déficits conductuales en asertividad. Para tal efecto, se exponen brevemente los antecedentes de la terapia conductual y el estudio de la asertividad. Se abordan las múltiples definiciones de asertividad subrayando la necesidad de definir de manera más estricta este constructo y la falta de reflexión teórica respecto al mismo. Por otra parte se describe la técnica del entrenamiento asertivo y se le caracteriza como un procedimiento terapéutico que pretende incrementar la capacidad del paciente para adoptar conductas asertivas como defender sus derechos, manifestar opiniones personales, dar y aceptar halagos, rechazar peticiones irrazonables, expresar afecto o enfado. La medición psicométrica, fisiológica y conductual de la asertividad se reseña a partir de los trabajos más sobresalientes en estas áreas.

Posteriormente se detalla la realización del estudio de estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975). La versión original de esta escala de autorreporte fue traducida y adaptada al español. Se realizaron tres estudios piloto, después de los cuales, todos los reactivos mostraron tener un adecuado poder discriminativo. Se llevó a cabo la aplicación del inventario al grupo normativo, que se conformó por 1127 sujetos de entre 16 y 65 años, habitantes de la Ciudad de México, elegidos de manera no probabilística. Los coeficientes alfa de Cronbach (0.924) y de consistencia interna (0.922) señalaron que el inventario es capaz de proporcionar medidas consistentes, y en este sentido, es confiable. El análisis factorial de las dos subescalas del inventario reveló la conformación de nueve factores coherentes con las categorías en que Gambrill y Richey clasificaron originalmente los reactivos, lo que da sustento a la validez del inventario. Se obtuvieron los cuadros normativos para población de la Ciudad de México. Finalmente se recomienda el uso del inventario como un instrumento confiable y aceptablemente válido, sin perder de vista la inespecificidad de los reactivos y las limitaciones que impone la existencia de pocos reactivos para cubrir algunas categorías conductuales.

I. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas la asertividad ha sido objeto de una gran cantidad de investigaciones que pretenden su conceptualización, medición objetiva y aplicación clínica.

La asertividad o conducta asertiva ha sido conceptualizada como un repertorio de conductas y habilidades sociales entre las que se incluyen la manifestación de opiniones personales, la defensa de derechos, dar y aceptar halagos, hacer peticiones, expresar sentimientos positivos y negativos, iniciar y mantener conversaciones y aceptar limitaciones personales. La falta de asertividad, entendida como un déficit que dificulta las relaciones interpersonales, es un problema que puede ser remediado por el entrenamiento de habilidades específicas. En el marco de la terapia conductual se ha desarrollado el entrenamiento asertivo que es un conjunto de técnicas orientadas a mejorar las interacciones sociales.

El entrenamiento asertivo comprende procedimientos terapéuticos tendientes a incrementar la capacidad del paciente para adoptar una conducta interpersonal que implique la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos de manera socialmente apropiada. Las metas terapéuticas incluyen la expresión de sentimientos negativos, como el odio y el resentimiento, la expresión de sentimientos positivos, como el afecto y el elogio, la defensa de los derechos legítimos, la capacidad de rechazar peticiones no razonables, petición de favores, etc. (Rimm y Masters, 1980, p.101).

La determinación de aplicar el entrenamiento asertivo se ha basado en entrevistas, autorregistros, observación directa y autorreportes. Los estudios sobre entrenamiento asertivo en México reportan beneficios para diferentes poblaciones (alcohólicos, enfermeras, empleados, trabajadoras domésticas, cónyuges y familiares), aunque se han utilizado instrumentos no validados (Larios, 1982; Cortés, 1984; Camargo, 1985; Barreto, 1985; Ordoñez, 1986; Buitrón, 1991) y métodos como el autorregistro y los registros observacionales (Cortés, 1984) en condiciones que ponen en duda su confiabilidad, lo que lleva a cuestionar la objetividad de la medición de la asertividad.

Si bien existen múltiples escalas de asertividad, la mayoría en inglés, éstas no han sido adaptadas para su uso en México. Sólo los estudios de Flores, Díaz Loving y Rivera (1987); y Flores (1989 y 1994) han hecho aportaciones en cuanto a la conceptualización, medición de la asertividad y su relación con otras variables, considerando las variables socioculturales propias de los mexicanos. Cabe destacar que sólo los autores mencionados con anterioridad han demostrado preocupación por la adaptación, validez y confiabilidad de un instrumento para la medición de la asertividad en México.

Dados los beneficios que puede aportar el entrenamiento asertivo, resulta de utilidad contar con instrumentos psicométricos que ofrezcan la posibilidad de detectar de manera rápida información relevante sobre los problemas que en el campo de la conducta asertiva tengan los pacientes. La medición y detección de la falta de asertividad representa un problema en tanto no se disponga de los instrumentos adecuados y se difunda su uso.

Partiendo de que el entrenamiento asertivo ha demostrado ser una técnica eficaz para ayudar a los pacientes a mejorar sus interacciones sociales, se ha considerado conveniente realizar este estudio a fin de contar con un instrumento que cumpla con los requisitos psicométricos de rigor. En este sentido, el objetivo principal de este trabajo fue estandarizar el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

En la primera parte de este trabajo, hemos abordado los antecedentes de la terapia conductual y de la asertividad. Se exponen las definiciones de asertividad, una discusión en torno a ellas y se describe la técnica del entrenamiento asertivo. Posteriormente se abordan los antecedentes de la medición de la asertividad.

La segunda parte incluye la descripción del procedimiento seguido para la estandarización del inventario y los resultados que avalan la confiabilidad y validez del mismo. Finalmente en las conclusiones se exponen algunas consideraciones acerca de las limitaciones del inventario, la importancia de la discusión teórica respecto al constructo asertividad y algunas propuestas para enriquecer la investigación en esta área.

II. TERAPIA DE LA CONDUCTA Y ASERTIVIDAD

Perspectivas históricas de la terapia de la conducta

Debido a que el constructo asertividad tuvo su origen en el contexto de la terapia conductual, resulta importante abordar brevemente sus antecedentes.

La terapia de la conducta es una modalidad terapéutica que se suma a las muchas y variadas aplicaciones de la psicología clínica moderna. Su desarrollo histórico indica que no se trata de una aproximación súbita y de reciente desarrollo, sino más bien del resultado de una serie de acontecimientos en la psicología experimental.

Yates (1973, p. 13) afirma que desde los inicios de este siglo, dos aproximaciones a la comprensión y tratamiento de los trastornos del comportamiento han dominado la psicología clínica; la aproximación "psicodinámica" y la aproximación "conductista". Como él mismo señala, ambas aproximaciones al desarrollarse han dado lugar a interesantes y, en ocasiones, mordaces discusiones y enfrentamientos entre sus defensores. Yates sostiene que la aproximación conductista ha tenido una historia "intermitente" y que fue hasta la década de los años cincuenta cuando la terapia conductual se convirtió en una alternativa seria frente a la aproximación psicodinámica. Son tres los principales antecedentes, que según Yates (pp. 13-24) influyeron en el desarrollo de la terapia conductual:

1. La insatisfacción con las aproximaciones tradicionales de diagnóstico y tratamiento de las "enfermedades mentales" (aproximaciones médica y psiquiátrica). La imposición del modelo médico en el campo de los trastornos del comportamiento llevaron a que éstos fueran considerados como *enfermedades* para las que se debía encontrar una *etiología*, que a su vez conduciría a una forma específica de *tratamiento*. De este modelo se derivó la tendencia de los psiquiatras a confiar en los tratamientos basados casi exclusivamente en el uso de fármacos y la derivación de un sistema de diagnóstico que posteriormente no demostró ser válido ni confiable.
2. La insatisfacción con la aproximación psicodinámica. Algunos psicólogos criticaron severamente el planteamiento de que el síntoma mismo no debería ser directamente

atendido por la terapia, sino que se debería dirigir la atención a exponer, analizar y resolver el conflicto subyacente que se encuentra más allá del comportamiento observable, a fin de evitar la sustitución del síntoma. También se puso de manifiesto el posible "efecto placebo", pues no se había demostrado que la psicoterapia analítica produjera una mayor proporción de recuperación en neuróticos tratados, en comparación con la proporción de recuperación espontánea en pacientes neuróticos no tratados. La crítica se dirigió a la falta de pruebas de validez de las intuiciones en las que se basa la aproximación psicodinámica y la falta de resultados predecibles y oportunos. Varios investigadores obtuvieron convincentes evidencias empíricas que indicaban que no ocurre la "sustitución del síntoma". Se cuestionó la existencia del "conflicto subyacente", el "desplazamiento" y la "formación reactiva".

3. La insatisfacción con el rol del psicólogo clínico. Desde el final de la Segunda Guerra Mundial y especialmente en Estados Unidos, el papel del psicólogo clínico se redujo al de "seudopsiquiatra" o "diagnosticador", papel que lo colocaba en una situación de subordinación profesional y anulaba la posibilidad de utilizar las habilidades y conocimientos especiales derivados de su formación. A consecuencia de esto, parece haberse dado gradualmente un giro, que puso al psicólogo en un papel más activo, el de investigador, poniendo en juego su entrenamiento y experiencia en los aspectos empíricos y teóricos del comportamiento humano, así como en la metodología para conducir investigaciones en estas áreas.

Estos antecedentes, se conjugaron para dar lugar al desarrollo de la terapia conductual. Resulta difícil determinar con precisión la fecha de su aparición. Los primeros antecedentes formales aparecieron en los años veinte, cuando Watson y Rayner demostraron la posibilidad de inducir fobias por métodos pavlovianos, y Jones, la posibilidad de eliminarlas por medio de los mismos (Bouchard, Granger y Ladoucer, 1981, pp. 21-22). Fue la obra de Pavlov, Watson, Thorndike y de otros psicólogos encuadrados tanto en la reflexología como en el conductismo los que sentaron las bases para el posterior desarrollo de este enfoque terapéutico.

Aunque en las décadas de los treinta y cuarenta se dieron algunas tentativas aisladas, se produjo un estancamiento teórico y técnico ante el auge de la aproximación psicoanalítica. Esta se presentó como una atractiva alternativa frente a la aproximación biológica de los desórdenes mentales en el siglo XIX.

Fue al inicio de los años cincuenta, de manera posterior a los trabajos de Hull y Skinner, cuando se renovó el interés por la aproximación conductual a los problemas clínicos. De acuerdo con Rimm y Masters (1980, p. 17) fueron Skinner, Salomon, Lindsley y Richard en 1954, quienes introdujeron el término *terapia de la conducta*, al poner en relieve la utilidad de los paradigmas del aprendizaje, concretamente del condicionamiento operante, en el tratamiento de algunos trastornos psicológicos.

A partir de este momento, según Bouchard, Granger y Ladoucer (1981, pp. 23 y sigs.), se desarrollaron tres corrientes distintas que dieron un impulso definitivo a la investigación y desarrollo de la terapia conductual: la corriente sudafricana de Wolpe, la escuela inglesa de Shapiro, Eysenck y Yates, y la escuela skinneriana americana. Rimm y Masters (1980, p. 21) afirman que dos libros fueron de suma importancia para el establecimiento de las bases de la terapia de la conducta: *Science and human behavior* de Skinner y *Psychotherapy by reciprocal inhibition* de Wolpe, publicados en 1963 y 1958 respectivamente.

Skinner proporcionó las bases para creer que gran parte de la conducta humana se puede comprender en términos de los principios del condicionamiento operante. Wolpe abordó el estudio de la neurosis humana partiendo de los principios de aprendizaje de Pavlov y Hull, definió técnicas terapéuticas específicas (la desensibilización sistemática y el entrenamiento asertivo) y proporcionó abundante información e historias de casos para apoyar la validez de las técnicas de inhibición recíproca, desarrolladas por él mismo. Eysenck, por su parte, desarrolló principios teóricos, métodos terapéuticos y fundó la primera revista especializada en terapia de la conducta -*Behavior therapy and the neuroses*- en 1963 (Rimm y Masters, 1980, p. 21).

Al abordar el estudio de las neurosis humanas, Wolpe (1969) propuso que las respuestas inadaptativas de ansiedad son el núcleo de muchos casos etiquetados como neurosis. Este autor definió la ansiedad como un patrón característico de respuestas autónomas del organismo a cierta estimulación y afirmó que la ansiedad es condicionable, y que las respuestas condicionadas de ansiedad son mucho más comunes que las incondicionadas.

Wolpe (1979, p.20) señalaba: "Puede decirse que ha ocurrido un aprendizaje si una respuesta ha sido evocada en contigüidad temporal con un estímulo sensorial

dado, y cuando se encuentra posteriormente que el estímulo puede evocar la respuesta aunque no pudiera hacerlo antes. Si antes el estímulo podía evocar la respuesta, pero posteriormente la evoca con más fuerza, entonces también puede decirse que ha ocurrido aprendizaje". La hipótesis del aprendizaje como génesis de las conductas neuróticas, parte de los supuestos de que 1) las conductas neuróticas humanas son aprendidas, como lo son las neurosis experimentales y 2) que la modificación de la conducta neurótica debe ocurrir en circunstancias semejantes a las que producen "desaprendizaje" en otros contextos, por ejemplo, en la extinción o el contracondicionamiento (Ibid.). Las investigaciones de Wolpe lo llevaron a concluir que las neurosis humanas son semejantes a las neurosis experimentales con respecto a tres características: adquisición por aprendizaje, generalización del estímulo primario, y eliminación por "desaprendizaje".

Wolpe (1979, pp.23 y sigs.) señaló varias razones para emplear la terapia de la conducta, entre ellas, su capacidad para provocar efectos predecibles y las evidencias estadísticas de su efectividad en comparación con otras modalidades de terapia. Dada la naturaleza aprendida de la conducta neurótica, la responsabilidad de la recuperación del paciente recae directamente en el terapeuta, en contraste con el punto de vista psicoanalítico, que atribuye al paciente los fracasos de su tratamiento (efecto de la resistencia). Bajo esta lógica, si un paciente no mejora a pesar de su disposición, deben existir razones técnicas que expliquen esta falla. Las contribuciones de Wolpe alimentaron y siguen nutriendo el desarrollo de la terapia conductual.

A partir de los años sesenta, este nuevo enfoque terapéutico se consolidó. Bandura y Walters (1963) presentaron un nuevo paradigma de aprendizaje por modelamiento. En el campo de la personalidad, Mischel (1973) propuso un modelo conductista cognitivo-social, y por su parte, Meichenbaum (1977) y Mahoney (1974) encabezaron la llamada "revolución cognitiva", sentando las bases para el estudio experimental de las respuestas encubiertas e incluso el tratamiento encubierto.

Los avances en el desarrollo de la terapia de la conducta han estado en relación con los hallazgos de la psicología experimental. En este caso, no se pretende hacer una revisión pormenorizada de los antecedentes históricos de la terapia conductual, para ello puede consultarse la obra de Bouchard et al. (1981) y Fernández (1983).

Pasemos a comentar brevemente cómo sus mismos pioneros han definido este enfoque terapéutico. Wolpe (1969, p. 1242) definió la terapia conductal o terapia del comportamiento como "la aplicación de los principios del aprendizaje establecidos y definidos experimentalmente, con el propósito de cambiar las conductas inadaptativas". Por su parte, Yates (1973, p. 31) la define como "el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que han resultado de la aplicación del método experimental en psicología y sus disciplinas íntimamente relacionadas (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de patrones anormales de comportamiento al tratamiento o prevención de esas anomalías por medio de estudios experimentales controlados del caso individual, tanto descriptivos como correctivos".

Aunque originalmente investigadores y clínicos desarrollaron conceptos y técnicas derivadas directamente de las investigaciones de laboratorio, en las últimas décadas algunos autores han sugerido incluir en los modelos teóricos una serie de constructos cognitivos que permitan explicar algunas conductas, de las cuales concepciones más mecanicistas no han logrado dar cuenta. Como puede verse, actualmente la definición de Wolpe es difícil de aceptar dado el reciente desarrollo y enriquecimiento de la perspectiva terapéutica conductual. La definición de Yates aunque es menos rígida parece restringir la metodología científica al método experimental.

Bouchard, Granger y Ladoucer (1981, p.26) proponen adoptar una definición amplia: "La terapia de la conducta es la aplicación del conjunto de los conocimientos psicológicos adquiridos según los principios de la metodología científica a la comprensión y a la solución de los problemas clínicos".

La terapia de la conducta incluye una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, especialmente del aprendizaje, para tratar la conducta humana de desadaptación. Dentro de las técnicas incluidas en la terapia conductual están la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el modelamiento, el condicionamiento operante, la extinción y el condicionamiento aversivo, así como algunas técnicas dirigidas a modificar patrones del pensamiento (Rimm y Masters, 1980, p. 17).

Al hacer una caracterización de la terapia conductual varios autores han llegado a puntos comunes, que Rimm y Masters (Ibid., pp. 21-34) resumen convenientemente. Según estos autores, las características básicas del modelo conductual de tratamiento son:

- Tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente. Esta se evalúa de manera objetiva y se observan las variables que mantienen las conductas indeseables para pasar por último a su modificación. Este enfoque implica la especificación, claramente definida de los objetivos del tratamiento, concentrándose en el aquí y el ahora.
- Parte del supuesto de que las conductas de desadaptación son hasta un grado considerable, adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que la mayoría de las conductas son aprendidas. Los principios del aprendizaje son sumamente efectivos en la modificación de la conducta de desadaptación.
- El tratamiento elegido se despliega específicamente al caso individual y al problema propios del sujeto. La atención se centra en las conductas problema actuales y en las variables que las mantienen en el presente.
- Las técnicas consideradas dentro del enfoque terapéutico conductual, han sido sometidas a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son relativamente efectivas.

Hasta aquí se han revisado los antecedentes históricos así como la definición y caracterización de la terapia de la conducta. Cabe señalar que se ha dado una falta de consistencia en el empleo de los términos *modificación de conducta* y *terapia de la conducta*. Algunos autores igualan los términos, otros proponen que la terapia de la conducta generalmente se relaciona con el tratamiento de la ansiedad, utilizando los métodos de contracondicionamiento (p.e. desensibilización sistemática y entrenamiento asertivo), mientras que la modificación de la conducta destaca los procedimientos operantes (Rimm y Masters, 1980, p. 18).

La terapia de la conducta como modalidad terapéutica, no debe verse de manera acrítica. Hasta ahora ha demostrado tener aciertos, más sería excesivo afirmar que se trata de un enfoque infalible que pueda dar respuesta a la gran variedad de problemas

clínicos. A partir de sus principios distintos y contrapuestos a aquellos de los enfoques psiquiátrico y psicoanalítico propone abordar los problemas del paciente no como una enfermedad o una alteración, sino como el resultado del aprendizaje, susceptible de ser modificado, también mediante aprendizaje. Las diversas técnicas conductuales ofrecen opciones de tratamiento para problemas específicos, que han comprobado su eficacia y relativa economía en tiempo. Las reflexiones teóricas, así como las aportaciones de las investigaciones empíricas son una fuente saludable de enriquecimiento para este enfoque así como para cualquier otro.

Antecedentes del estudio de la asertividad¹

Puede decirse que el estudio de la asertividad es una de las aproximaciones más antiguas dentro de la terapia de la conducta. A pesar de que han transcurrido más de cuatro décadas desde que se abordó por primera vez este tema y de que en estos años se han llevado a cabo numerosas investigaciones, aún parecen necesarias más experiencias que ayuden a delimitar operacionalmente las conductas incluidas bajo el término asertividad y a aclarar cuestiones tales como la generalización de los efectos terapéuticos y el efecto de la motivación personal, la coherencia de la asertividad con aspectos idiosincráticos y culturales, entre otros.

Salter (1949, citado por Rimm y Masters, 1980, p. 103) exaltó las virtudes de la conducta de tipo asertivo, aún sin denominarla de esta forma. Salter, llamado uno de los padres de la terapia de la conducta, en su libro *Conditioned reflex therapy*, hablaba de seis ejercicios excitatorios para aumentar la expresividad de los individuos. Estos

¹ La palabra *asertividad* es una derivación de *assertiveness* (en inglés), y ha sido adoptada en la literatura en lugar de *aserción*, que es la traducción estricta que ofrecen los diccionarios. *Aserción* se define como la acción y efecto de afirmar la certeza de alguna cosa o bien como la proposición en que se afirma algo. *Asertivo* se define como afirmativo o autoafirmativo [Casares, J. (1959). *Diccionario ideológico de la lengua española*. Barcelona: Gustavo Gili]. Para efectos de este trabajo se conserva el término *asertividad* por su más frecuente uso y familiaridad.

eran: 1) externar literalmente cualquier sentimiento, 2) emplear expresiones verbales y faciales que acompañan a diferentes emociones, 3) expresar una opinión contraria o desacuerdo, 4) emplear deliberadamente la primera persona al hablar, 5) estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas y 6) improvisar y actuar espontáneamente.

Wolpe (1958) utilizó por primera vez el término "conducta asertiva", al retomar las ideas de Salter, que no habían tenido mucha aceptación y difusión, en su libro *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. El concepto de inhibición recíproca, acuñado por Wolpe, se refiere al principio que supone que la ansiedad puede ser inhibida si se aparea sistemática y repetidamente el estímulo que la provoca a respuestas incompatibles con la ansiedad tales como la relajación muscular. Existen importantes diferencias entre los enfoques de Wolpe y Salter (Rimm y Masters, 1980, p.103). Wolpe no supuso que todos los pacientes necesitaran exclusivamente el entrenamiento asertivo, por lo que lo combinó con la relajación y la desensibilización sistemática, poniendo énfasis en las consecuencias interpersonales de los actos asertivos. Salter consideraba la asertividad como un rasgo generalizado y Wolpe, sólo como un rasgo de la conducta global del individuo. Los trabajos de investigación respaldan a Wolpe en este sentido.

Wolpe señalaba que el término asertividad se refería no sólo a la conducta más o menos agresiva, sino también a la expresión de sentimientos positivos (amistad, cariño, aprecio) y otros distintos a la ansiedad. Sin embargo, Wolpe se centró en la expresión de sentimientos negativos y en la defensa de derechos. Esto llevó a que durante un tiempo la conducta asertiva fuera equiparada con la conducta agresiva.

Estos son los antecedentes desde la perspectiva de la terapia de la conducta, no obstante es conveniente señalar otras fuentes provenientes de campos distintos (Rimm y Masters, 1980). Los escritos de J. L. Moreno sobre el psicodrama (representación escenificada de las actitudes y los conflictos que los pacientes tienen en la vida real) pueden considerarse importantes influencias, dadas las semejanzas entre el psicodrama y el ensayo de la conducta, que es el procedimiento básico del entrenamiento asertivo. La terapia de rol fijo de G. Kelly implica hacer un drama corto sobre la personalidad de un individuo ficticio que está libre de los problemas que aquejan al paciente,

instruyéndosele para que asuma tal papel hasta que haga suyas las características del personaje ficticio. Este es otro importante antecedente dada también su similitud con el ensayo de la conducta.

Durante la época de los setentas se manifestó un gran interés en el estudio de la asertividad, que dió origen a nuevas perspectivas. Lange y Jakubowski (1976) sostienen la necesidad de incorporar cuatro procedimientos básicos al entrenamiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad; ayudar a identificar y aceptar los derechos propios y los derechos de los demás; reducir obstáculos cognitivos y afectivos para actuar de manera asertiva, reducir ideas irracionales, ansiedades, culpas y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica de ejercicios pertinentes.

El concepto de entrenamiento asertivo, debe considerarse como un criterio amplio para denotar una intención terapéutica y no para referirse específicamente a una técnica, ya que han proliferado múltiples esquemas clínicos. Podemos encontrar que métodos terapéuticos que combinan componentes similares han recibido distintos nombre como *entrenamiento conductual*, *efectividad personal*, *terapia estructurada de aprendizaje*, *técnicas de replicación conductual*, entre otros (Delgado, 1983, p. 134). Por otra parte, debemos mencionar otro término utilizado recientemente: *entrenamiento en habilidades sociales* (social skills training), que tampoco se refiere a una técnica específica. Caballo (1991, pp. 403 y sigs.) cita como antecedentes del entrenamiento en habilidades sociales, los trabajos de Salter y Wolpe y señala que este término suele utilizarse como sinónimo de entrenamiento asertivo.

El entrenamiento en habilidades sociales ha sido definido como "un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida" o como "un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales (Caballo, 1991, p. 409). El entrenamiento en habilidades sociales se adhiere a un enfoque conductual de adquisición de respuesta, es decir se centra en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas. El entrenamiento en habilidades sociales incluye según Caballo (Ibid, pp. 410 y sigs.) cuatro elementos de forma estructurada:

- 1) Entrenamiento en habilidades, donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto.
- 2) Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas, empleando directamente una técnica de relajación o la desensibilización sistemática.
- 3) Reestructuración cognitiva, en donde se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y actitudes del sujeto. Se aplican aspectos de la terapia racional emotiva y autoinstrucciones, entre otros.
- 4) Entrenamiento en solución de problemas

Cómo puede verse entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento asertivo se han utilizado como sinónimos. Para efectos de este trabajo, conservaremos el segundo término. Convenir en la equivalencia de estos términos, nos lleva también a importantes consideraciones acerca de la definición de la asertividad como una habilidad social, punto sobre el cual se abunda en el siguiente capítulo.

III. ASERTIVIDAD Y ENTRENAMIENTO ASERTIVO

¿Cómo se ha definido la asertividad?

Podríamos decir que es en el marco general de la interacción social en el que cabe el estudio de la conducta asertiva. Como veremos, se han utilizado diferentes términos (conducta asertiva, habilidades sociales, competencia social, autoexpresión) para hacer referencia, al parecer, a un mismo fenómeno. Dado que asertividad y habilidad social son los términos más utilizados, cabe aquí preguntarse ¿en realidad estamos hablando de lo mismo?, ¿es la asertividad un conjunto de habilidades sociales o sólo una de ellas?, ¿por qué suele manejarse como sinónimos? Para dar respuesta a las preguntas anteriores, es necesario revisar las múltiples definiciones de asertividad y de habilidad social que se encuentran en la literatura.

Parece ser que los psicólogos de la personalidad, sociales y clínicos, están hablando del mismo fenómeno, de la misma clase de respuesta, aunque, según Blanco (1983), los psicólogos clínicos se han aferrado a marcos teóricos estereotipados y reduccionistas. La falta de reciprocidad de perspectivas interdisciplinarias es notoria en el estudio de este tema como en otros.

Abordemos primero la caracterización de habilidad social. Se ha desarrollado una interesante discusión para determinar qué puede considerarse una conducta socialmente hábil. La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas e incluso dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. La efectividad social de la conducta además depende de lo que se desea lograr en una situación específica. La conducta considerada apropiada en una situación puede ser, naturalmente, inapropiada en otra. Cada individuo trae consigo sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades y un estilo único de interacción y por estas razones, no puede haber un criterio único de habilidad social.

Cuando hablamos de habilidad, nos estamos refiriendo a la posesión o no posesión de ciertas capacidades y aptitudes necesarias para cierto tipo de ejecución. Al

hablar de habilidades sociales las capacidades aludidas hacen referencia a la actividad social en general, a la conducta en sus múltiples manifestaciones. El concepto de habilidad social tiene como base la conducta interactiva y, en una aproximación conceptual, podríamos hablar de habilidad social como la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a los que provienen del comportamiento de los demás (Blanco, 1983, p. 568).

Blanco (Ibid.) cita a dos clásicos de la psicología social (Secord y Backman), para definir habilidad social como la capacidad de un individuo de jugar el rol, es decir, de cumplir fielmente con las expectativas que otros tienen respecto a él como ocupante de un status en una situación dada. La habilidad social es el factor primordial en la ejecución del rol, un factor que nace de las características de la personalidad del individuo. A partir de lo anterior puede decirse que las habilidades sociales tienen como marco un proceso de interacción social que exige la captación y aceptación del rol del otro y la comprensión de los elementos simbólicos asociados a sus reacciones, tanto verbales como no verbales.

La conducta socialmente hábil es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1991, p. 407). Competencia, como sinónimo de habilidad social, se ha utilizado especialmente a nivel experimental. Su connotación está muy ligada con las capacidades interactivas y con el juego de rol especialmente en situaciones de interacción heterosexual, las cuales exigen la percepción, comprensión y traducción de las expectativas propias y ajenas, en la complementariedad de los roles masculinos y femeninos (Blanco, 1983, p. 569).

Las habilidades sociales están íntimamente relacionadas con los procesos centrales: percepción, traducción y asimilación (Blanco, 1983, pp. 570-575). La psicología cognitiva tendría mucho que aportar a un modelo de habilidad social congruente con lo anterior, dado que "...un bajo nivel de discriminación perceptiva, errores sistemáticos de percepción, abuso de la percepción estereotipada y errores de

atribución serían algunos de los ejemplos de insuficiencia social que podrían estar en la base de cualquier fallo en los procesos interactivos" (Ibid, p. 572).

Si bien no puede negarse el papel fundamental de los procesos cognitivos y de atribución social en la conducta interactiva, es digna de considerar la influencia que el contexto socio-cultural influye en ellos. Así bien, podría decirse que la sensopercepción, entendida como el proceso de captación de los estímulos, procesamiento, interpretación y reelaboración, está matizada por elementos aprendidos, individuales y colectivos.

Las habilidades de aceptación y anticipación vendrían de la mano de la percepción y posterior interpretación de los signos no verbales de comunicación a través de los cuales solemos mostrar nuestro acuerdo o desacuerdo, anticipamos la respuesta del otro, controlamos y corregimos sus reacciones y buscamos la repercusión que sobre él tienen nuestras intervenciones (Ibid.).

Habilidad social podría definirse también en términos de la efectividad de su función en una situación específica aunque los problemas de emplear las consecuencias como criterio se han señalado, en especial al notar que algunas conductas consideradas poco pertinentes (como decir "tonterías" o el ataque físico) pueden ser reforzadas. Linehan (1984, citado por Caballo, 1991, p. 407) señala que pueden identificarse tres tipos básicos de consecuencias:

1. Eficacia en el objetivo: la eficacia para lograr los objetivos de la respuesta.
2. Eficacia en la relación: la eficacia para mantener o mejorar la relación con la otra persona que participa en la interacción, y
3. Eficacia en el autorrespeto: La eficacia para mantener la autoestima.

Blanco (1983, pp. 573-574) señala que una clasificación de las habilidades sociales no puede dejar de lado la interacción (social), sus elementos y procesos constituyentes. Propone la siguiente clasificación:

1. *Percepción de expectativas* dirigidas a las personas como portadores de un rol en un contexto dado. Habilidad para percibir las expectativas de los compañeros de interacción.
2. *Autoafirmación*, como habilidad complementaria a la primera, desde el momento en que no solamente es necesario poseer capacidades de percepción de expectativas, sino de poder llevarlas a cabo.

3. *Aceptación del rol del otro*, como habilidad de anticipar sus reacciones, de traducir y comprender los elementos físicos y simbólicos asociados a su rol.
4. *Habilidad de respuesta congruente y adecuada* a las expectativas y a los interlocutores, lo que da paso a nuevas secuencias interactivas en las que volvería a repetirse el proceso.

Blanco añade que desde la perspectiva psicosocial, el aprendizaje de las habilidades sociales es inseparable de los mecanismos de aprendizaje social y está sujeto a sus mismas contingencias. Lo que Blanco señala como habilidades sociales son aspectos que no han sido ignorados del todo por los autores que han acuñado las variadas definiciones de asertividad, aunque estas últimas sean ambíguas según la crítica del mismo Blanco. Podríamos arriesgarnos a decir que el mayor fallo de los teóricos conductuales que han abordado el estudio de la asertividad ha sido el aceptar supuestos respecto al rol y la interacción social que la teoría psicosocial si ha atendido.

Blanco (p. 574) agrega que la insuficiencia social, o bien la falta de habilidades sociales, se relaciona con la enfermedad mental. Hace referencia a la manifiesta incapacidad de complementariedad del rol por parte de los esquizofrénicos, la inactividad social general del depresivo, el desaprovechamiento de la retroalimentación social y ambiental del paranoico, y en general, la perturbación de la actuación social, tanto en los neuróticos como en los psicóticos. La actividad social del individuo, en especial la interactiva, suele considerarse como un criterio básico de diagnóstico de posibles anomalías psíquicas, lo cual según Blanco, apoya la idea de que la interacción es el núcleo en torno al cual debería girar la teoría y la evaluación de las habilidades sociales.

Hasta aquí, se ha visto como el enfoque psicosocial hace un fuerte énfasis en el aspecto interactivo de las habilidades sociales, lo que Blanco ha llamado el modelo psico-social. Para este autor el concepto de habilidades sociales es mucho más amplio que el de asertividad y señala que parece haber existido un acuerdo tácito entre los teóricos del tema al reducir prácticamente, la habilidad social a la asertividad. Señala que las habilidades sociales, las correspondientes a la percepción de expectativa, la aceptación del rol y la respuesta congruente han sido objeto muy especial de la psicología social, mientras que el estudio de la asertividad ha sido abordado tradicionalmente por los psicólogos clínicos y los teóricos de la personalidad.

Ante esta postura, podemos señalar que, desde la perspectiva conductual, más que darse una reducción se ha optado por convenir en la equivalencia de los términos asertividad y habilidades sociales, probablemente de manera irreflexiva². A continuación revisaremos las definiciones de asertividad, a partir de ellas podrá ser visto que no hay tal reducción y que contrariamente a la opinión de Blanco, pueden notarse más similitudes que diferencias entre las definiciones de habilidad social y asertividad. Por otra parte, cabe señalar que los aspectos que según Blanco han sido abordados casi exclusivamente por los psicólogos sociales, no han sido ignorados desde la perspectiva conductual.

MacDonald (1978), defiende la perspectiva psicosocial, sin embargo prefiere usar el término asertividad. En su opinión, la mayoría de los terapeutas con orientación conductual han considerado la asertividad como un conjunto de conductas sociales que tienden a salvaguardar los derechos del individuo, sin embargo la amplitud de ese conjunto de respuestas no ha sido suficientemente explicitada.

Decir que la asertividad es una conducta social o una habilidad social, no es en realidad definirla. Lazarus (1966, p. 209), es un poco más explícito al considerar que los principios componentes de la conducta asertiva pueden ser divididos en tres tipos de respuesta: la habilidad de decir no, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos y la habilidad para iniciar, mantener y finalizar conversaciones. No obstante muchas y multifacéticas serían las conductas que podrían tener cabida dentro de esta definición.

Fensterheim (1971, en Blanco, 1983, pp. 577) ha definido la asertividad como "la acción de mostrarse uno mismo, de afirmarse. Así soy, así pienso y siento... Una manera más activa que pasiva de estar en el mundo". Esta posición activa frente al mundo que apoya lo que somos y sentimos, estaría negativamente relacionada con la ansiedad. Así, la asertividad se fundamenta en la ausencia de ansiedad ante situaciones sociales, de manera que sea viable manifestar sentimientos, pensamientos y acciones.

² Esto ha llevado a algunos autores (MacFall y Lillesand, 1971; Galassi et al., 1974; Gay, Hollandsworth y Galassi, 1975) a hacer un intento por restringir estos términos a conductas específicas.

Wolpe (1979, p. 96) ha preferido definir la asertividad como la expresión de cualquier tipo de emoción, excepto ansiedad, respecto a otra persona. La crítica que puede hacerse a esta definición es que cualquier respuesta o expresión emotiva (p. e. insulto, agresión física, etc.) exenta de ansiedad cabría dentro de esta definición, lo cual se contrapondría con otras definiciones que alegan que la respuesta asertiva debe ser "socialmente aceptable" y no agresiva. Otra dificultad sería definir la ansiedad, para así definir asertividad como la ausencia de ella.

Según Ullrich y Ullrich (1978, citado en Blanco, p. 251) la asertividad engloba cuatro áreas conductuales:

- Permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás
- Saber expresar exigencias propias, permitirse tener deseos propios y saber llevarlos a la práctica
- Establecer contactos con otras personas y saber mantenerlos
- Saber rechazar peticiones ilógicas de los demás sin experimentar posteriormente sentimientos negativos (culpabilidad excesiva, preocupación, etc.). Este punto implica saber decir no.

Galassi, Galassi y Bastien (1974) por su parte, consideran otros aspectos de la asertividad:

- La expresión de sentimientos positivos hacia las demás personas (sentimientos de amor, de cariño, de admiración, etc.).
- La expresión de sentimientos negativos justificados (malhumor, enfado, desacuerdo, etc.)
- La inexistencia de conductas de autonegación que implican disculparse en exceso ante los demás, una preocupación desmesurada por los sentimientos de las otras personas, etc.

Para Rinm y Masters (1980, p. 101) la conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos.

Hasta ahora, ha sido un problema para los investigadores precisar un concepto libre de valores abstractos y vagos, que siempre representan un obstáculo en la evaluación en el contexto clínico.

Para salir de la ambigüedad de connotaciones a que ha estado sujeto el término asertividad, MacDonald (1975, en MacDonald, 1978) pidió a una muestra de estudiantes de lengua y literatura inglesa de la Universidad de Illinois que definieran los conceptos de asertividad, agresión y sumisión. Como resultado de este estudio MacDonald llegó a definir la asertividad como "la franca expresión (de palabra o de obra) de las preferencias, de manera que induzca a los otros a tomarlas en cuenta; cualquier acto que sirve para afirmar o salvaguardar los propios derechos". Para asegurarse de que en efecto, los tres conceptos comparados connotan cosas diferentes, utilizó un diferencial semántico obteniendo como resultado que la asertividad es considerada más positivamente en la dimensión evaluativa que la agresión o la sumisión.

Un estudio similar fue llevado a cabo en México. Flores (1994) pidió a personas de entre 16 y 60 años, que evaluaran el concepto de asertividad, y otros relacionados (derechos, abnegación, agresividad, cortesía, enfrentamiento y confianza en sí mismo), mediante tres diferentes técnicas: redes semánticas, diferencial semántico y escalamiento dimensional. En las redes semánticas, los sujetos relacionaron la palabra asertividad con términos como acertar, cierto, correcto, acertado, seguridad, certeza, verdadero, actividad, verdad, confianza, certero, aceptable y asegurar. Flores interpretó estos resultados como una señal de que el concepto era desconocido y de que las palabras asociadas se dieron por similitud fonética. En el diferencial semántico, asertividad fue asociada con adjetivos como: bueno, admirable, fuerte, agradable, deseable, cortés, conciliador y poco familiar. También se observó que a mayor escolaridad, los sujetos evaluaban más positivamente el término. En el escalamiento multidimensional, los resultados revelaron que en la evaluación de los conceptos, el factor situacional es de gran importancia, ya que se percibían de manera distinta (positiva o negativamente) cuando se presentaban asociados con otras palabras estímulo como: relaciones familiares, relaciones laborales y relaciones con los amigos³.

³ Cabe hacer aquí algunos comentarios. Es curioso que Flores, en los resultados de la evaluación mediante redes semánticas señale que la palabra asertividad es desconocida, pues los términos asociados son congruentes con las definiciones más conocidas de asertividad. Aunque es posible que hallan ocurrido asociaciones por semejanza fonética, es notorio que palabras asociadas como certeza, verdad y asegurar coinciden con las definiciones que aportan los diccionarios de lengua española. La evaluación mediante el diferencial semántico, más que llevar a una definición, da

Flores (1994), a partir de sus estudios acerca de la connotación de la palabra asertividad y de los resultados obtenidos en la construcción del MERA (Flores, 1989) definió la asertividad como "la habilidad verbal para expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivos como negativos, así como también el establecimiento de límites de manera directa, honesta y oportuna respetándose así mismo como individuo y además durante la interacción social, (sic) Entendiéndose esta última como: a) relaciones o situaciones de la vida cotidiana en donde existe una interacción con desconocidos, b) relaciones afectivas en donde existe una interacción con personas involucradas sentimentalmente, es decir, familia, amigos y pareja, y c) relaciones educativo-laborales en donde la interacción se da con autoridades y compañeros en un contexto sociocultural determinado".

Blanco (1983, p. 578) reproduce el esquema que sobre el constructo (asertividad) elaboraron Galassi y Galassi, en 1978. Tres serían sus componentes más característicos:

1. Dimensión conductual, de la que, en la literatura correspondiente, se han venido manejando los siguientes componentes:

- a) defensa de los propios derechos;
- b) rehusar peticiones;
- c) dar y recibir cumplidos;
- d) iniciar, mantener y finalizar una conversación;
- e) expresar amor y afecto;
- f) expresión de opiniones personales, incluyendo el desacuerdo
- g) expresión justificada de la ira y el enfado

2. Dimensión personal, que incluye a personas especialmente relevantes tales como:

- a) amigos y conocidos

Indicadores de cómo se percibe la palabra, en términos de adjetivos bipolares. Los resultados obtenidos con esta técnica coinciden con estudios acerca de la percepción social de la asertividad (Keane et al. 1983; Crawford, 1988). Por otra parte, no puede sostenerse que el término asertividad es totalmente desconocido, cuando se le percibe de manera tan distinta según el contexto o palabra-estímulo asociada en los reactivos de escalamiento multidimensional.

- b) esposa (o), novia (o), padres y familiares
- c) figuras de autoridad
- d) extraños
- e) relaciones profesionales

3. Dimensión situacional, de la que no sería factible la especificación de sus componentes, dada la extensísima gama de posibilidades. Esto no significa que sea una dimensión de la que se pueda prescindir, sino que se trata de una variable muy poco tenida en cuenta.

El papel del contexto socio-interpersonal en la determinación de si una respuesta es o no asertiva es relevante, ya que la manifestación o aparición de esta modalidad conductual depende tanto de una habilidad o competencia subyacente como de las características situacionales que estén rodeando su posible aparición.

Cotler y Guerra (1976, p. 3) han definido la asertividad como la conducta que involucra el conocimiento y expresión de los deseos, valores, necesidades, expectativas y disgustos del individuo. De esta manera, se considera no sólo el estar en mejor contacto con uno mismo, sino también la calidad de la interacción con otras personas.

Una de las definiciones más completas, en el sentido que incluye las ideas vertidas por varios autores, es la de Bartolomé et al. (1979, citado en Pál-Hegedus y Hensen, 1982) "...se suele aplicar el término conducta asertiva para describir la conducta de aquellos individuos capaces de expresar directa y adecuadamente sus opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales. La gama de conductas asertivas es en sí misma ilimitada, e incluye toda la variedad de situaciones existentes que de forma diferencial puedan requerir el expresar una opinión, rechazar una propuesta poco razonable o expresar enfado, al igual que amor, afecto o alabanza".

Lange y Jakubowski (1976, p. 7), por su parte, sostienen que la asertividad involucra la declaración de derechos personales expresando sentimientos, pensamientos y creencias, sin violar los derechos de las otras personas.

Según Blanco (1983, p. 605) la asertividad es la manifestación o expresión conductual de habilidades de interacción social que se manifiesta en rechazar

peticiones poco razonables o exageradas, la expresión de sentimientos positivos o negativos, el inicio, mantenimiento y finalización de una conversación, la defensa de los propios derechos y la manifestación de opiniones, todo esto llevado a cabo según los requerimientos de la situación.

Una definición un tanto distinta ha sido hecha por Gambrill (1977, pp. 532). Señala que la conducta asertiva (o habilidad social) se define como la habilidad tanto para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente y para no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por otros. Esta definición que puede parecer "inuy conductual", fue conciliada con elementos cognitivos y una postura interactiva (Gambrill y Richey (1975), según la cual, las conductas típicamente asertivas se componen de un elemento emocional (ausencia de incomodidad subjetiva) y de la manifestación conductual propiamente dicha. Gambrill (1977), incluye las siguientes entre las respuestas asertivas: rechazar peticiones, responder a las críticas, aceptar cumplidos, iniciar y mantener conversaciones, halagar a otros, terminar interacciones desagradables, pedir un cambio en la conducta de otra persona, expresar desacuerdo, resistir interrupciones y pedir disculpas. Caracterizar las conductas asertivas como conductas aprendidas y relacionar el aspecto emocional y conductual son los aciertos de Gambrill y Richey.

Como puede apreciarse, los elementos más comunes en las definiciones de asertividad son el derecho de expresar sentimientos e ideas, el respeto hacia los derechos de uno mismo y de los demás, así como las consecuencias satisfactorias de la interacción. Por su parte, las definiciones de habilidad social, giran en torno a la interacción, la comunicación y el rol social. El término "habilidades sociales" parece ser más abarcativo, aunque esto le resta especificidad.

Las definiciones de asertividad y habilidad social citadas comparten la característica de no ser del todo precisas u operacionales. Podemos convenir para efectos del presente trabajo, que los términos asertividad y habilidades sociales son equivalentes.

Es necesario reconocer que cuando se habla de asertividad se está ante un tipo de respuesta que abarca una amplia gama de manifestaciones conductuales. Algunas definiciones de asertividad, al tratar de ser más específicas, han reducido la pléyade de conductas asertivas a unas cuantas. El sin fin de conceptos existentes, según Blanco

(p. 605) dificultan la comprensión total y exhaustiva de la asertividad como fenómeno psicosocial.

La mayoría de definiciones han sido aportadas por investigaciones relacionadas con la evaluación de la asertividad. Estos estudios se han caracterizado por dejar de lado la reflexión teórica. Esta deficiencia ha llevado a Blanco (p. 579) a señalar que la asertividad bien podría ser vista, más que como una conducta, como una actitud, un estado de predisposición o de preparación latente a responder de una manera determinada. Considérese, por otra parte, que muy poca atención han merecido las relaciones entre los componentes cognitivo (lo que pienso de las conductas asertivas), emotivo (que emoción producen las mismas), y conductual (cómo reacciono en una situación en la que una conducta asertiva es pertinente). La especificidad situacional o contextual de las conductas asertivas, ha dificultado también su definición y evaluación.

En realidad, valdría la pena emprender una seria reflexión teórica acerca de la asertividad que tome en cuenta las aportaciones de la psicología social, aunque esta ambiciosa empresa escapa a las intenciones de este trabajo. Se hace necesario también reconsiderar la definición del constructo en base a los resultados que han aportado los estudios factoriales de los instrumentos diseñados para su evaluación, los cuales apoyan la naturaleza multidimensional del constructo. Agregando una última consideración, puede decirse que cualquier definición de asertividad debe considerar tanto el contenido como las consecuencias de las conductas interpersonales. A nivel clínico es importante evaluar tanto lo que hace la persona como las reacciones que su conducta provoca en los demás.

Aunque los estudiosos de la asertividad, con loables intenciones, han tratado de hacer aportaciones para el avance en este ámbito de investigación, es importante que se sigan llevando a cabo estudios que lleven a definir eficientemente este constructo.

Técnica del entrenamiento asertivo

El fundamento del entrenamiento asertivo se basa en que las conductas asertivas y no asertivas son conductas sociales aprendidas y por lo tanto susceptibles de ser

modificadas. La explicación del aprendizaje de la conducta social la ofrece la teoría del aprendizaje social (Bandura y Walters, 1963). El factor más crítico parece ser el modelado. Los niños observan a sus padres interactuando con ellos así como con otras personas y aprenden su estilo. Tanto las conductas verbales (p. e. temas de conversación, hacer preguntas, dar información) como las no verbales (p. e. tono de la voz, expresiones faciales, contacto ocular) pueden aprenderse de esa manera. La enseñanza directa a través de instrucciones (p.e. "Lávate las manos antes de comer", "Di lo sientto", "Saluda") es otro vehículo importante para el aprendizaje. Las respuestas sociales pueden ser reforzadas o castigadas, lo que hace que aumenten, se modifiquen, disminuyan o desaparezcan. Como es natural estos factores se encuentran insertados en un contexto social-cultural que determina en cierta forma lo adecuado o inadecuado de la conducta social. Las habilidades para interactuar socialmente pueden deteriorarse por falta de uso, después de largos periodos de aislamiento y también dependen de las oportunidades de interacción de cada individuo. La actuación social puede ser también inhibida u obstaculizada por alteraciones cognitivas y afectivas, como la ansiedad y la depresión (Caballo, 1991, p. 411).

El modelo conductual que subyace al entrenamiento asertivo enfatiza la capacidad de los sujetos de identificar las situaciones específicas problemáticas (con ayuda del terapeuta), adquirir nuevos patrones de conducta e incorporarlos a su repertorio conductual. Considera también que la conducta asertiva es situacionalmente específica, es decir, una persona puede experimentar dificultad para comportarse asertivamente en algunas situaciones y no en otras. Gambrell (1977, pp 535) señala que el carácter situacional de las respuestas asertivas puede verse afectado por: 1) el grado de confianza con las personas con quienes se interactúa, 2) si se trata de expresar sentimientos positivos o negativos, 3) características relevantes de las personas tales como status, edad y sexo, 4) el status percibido por la persona (situación de igualdad, de subordinación ante una autoridad, etc.) y 5) el número de personas presente, entre otras.

Es necesario aclarar que el concepto de entrenamiento asertivo debe conservarse como un criterio amplio para denotar una intención terapéutica y no para hacer referencia a una técnica específica ya que se han multiplicado los esquemas clínicos que a través de variados recursos persiguen un mismo fin; el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

Según Wolpe (1979, p. 95) el entrenamiento asertivo es aplicable al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad inadaptables que se presentan como respuestas ante la gente con la que el paciente interactúa. Agrega que un gran número de emociones, principalmente las "agradables", parecen implicar acontecimientos corporales que compiten con la respuesta de ansiedad. Wolpe basó sus planteamientos en las aportaciones hechas por varios autores que llevaron a cabo estudios para determinar las interrelaciones entre eventos psicofisiológicos y estados emocionales. Estos estudios apuntaban hacia la existencia de centros diferentes y recíprocamente inhibidores de la ira y la ansiedad en el mesencéfalo.

Wolpe desarrolló la idea de que en el ser humano, las respuestas de ansiedad eran condicionadas a través de una historia de aprendizaje. Estas respuestas de ansiedad inadaptables, impiden la ejecución de una conducta "normal". Wolpe derivaba que "las respuestas de ansiedad interpersonal llevan a veces a canalizar las pulsiones por caminos inadaptables".

Wolpe planteó que las intervenciones del terapeuta deberían dirigirse a aumentar todos los impulsos que lleven a la provocación de las respuestas inhibidas, en espera de que con cada provocación habrá, recíprocamente una inhibición de la respuesta de ansiedad, lo cual dará como resultado el debilitamiento de ésta última. Wolpe estaba conciente de que un sujeto podía tener respuestas de ansiedad sólo en relaciones particulares, por ejemplo, podría interactuar competentemente con comerciantes y extraños, pero ser tímido y sumiso con su madre o esposa.

Llama la atención el énfasis de Wolpe al subrayar la necesidad de que el paciente acepte la "razonabilidad" del entrenamiento asertivo. Se refiere a que el sometimiento a las necesidades de los demás está vinculado a la filosofía general de que es moralmente bueno poner los intereses de los demás antes que los propios. Esta postura asociada con el cristianismo, impone según Wolpe, un sacrificio a la conducta que es contrario a los intereses del organismo y la salud mental de las personas (Wolpe, 1979, pp. 98-99)⁴.

⁴ La ideología que subyace al entrenamiento asertivo parece contraponerse a la actitud sumisa, abnegada y servicial que el catolicismo tradicional predica y por otro lado, exalta las ventajas de una actitud que podríamos llamar individualista, en la que lo más importante es la satisfacción de los intereses propios. Esta postura puede asociarse, curiosamente con la ideología protestantista.

Wolpe no desconocía los planteamientos de Ellis y su "psicoterapia racional emotiva". Aunque para Ellis las "autoverbalizaciones ilógicas" del paciente son la causa de la conducta neurótica, en opinión de Wolpe combatirlas sólo puede bastar en las neurosis basadas en las concepciones erróneas e hizo notar el curioso hecho de que Ellis haya añadido instrucciones asertivas a su tratamiento (Ibid.).

Wolpe consideraba que la determinación de aplicar el entrenamiento asertivo se derivaba de la narración del paciente, de modo que el terapeuta identifica la situación o las situaciones que causan ansiedad interpersonal al paciente. A partir de su experiencia como terapeuta, y a fin de obtener información y valorar la pertinencia del entrenamiento asertivo, Wolpe formuló las siguientes preguntas:

1. ¿Qué haría usted si después de haber comprado un artículo en una tienda al salir descubre que le falta dinero en su cambio?
2. Suponga que al llegar a casa después de comprar un artículo por el camino, encuentra que tiene un ligero defecto. ¿Qué haría?
3. ¿Qué haría si estando formado en una cola, alguien se le pone delante (por ejemplo en el teatro)?
4. En una tienda, mientras usted espera que el empleado atienda al cliente que está antes que usted llega otro y también espera. ¿Qué haría usted si el empleado dirigiera después su atención a ese cliente antes que a usted?
5. Usted ordena la carne a medio asar y se la traen bien asada. ¿Cómo manejaría la situación? (Wolpe, 1979, p. 99)

Aquí es necesario notar que Wolpe incluye exclusivamente en estas preguntas, escenas relacionadas con situaciones de servicio y de interacción con desconocidos.

Para Wolpe, el terapeuta debía explotar al máximo las respuestas del paciente a fin de tener una idea muy clara de cómo actuaría el paciente en esa situación e invitarlo a reconocer que su conducta no era asertiva, que podía hacer valer sus derechos y mostrar su enojo o desacuerdo de una manera adecuada y socialmente aceptable. En este punto señalaba la importancia de que el terapeuta tuviera suficiente tacto para demostrar al paciente la posibilidad de que las escenas tuvieran un desenlace favorable para el paciente. Tomaba en cuenta que los ensayos de la respuesta asertiva debían

graduarse, haciendo una jerarquización de las escenas menos ansiógenas a las más ansiógenas, empezando a trabajar con las primeras.

Wolpe dió, en los ejercicios de ensayo de frases asertivas, un fuerte énfasis a la expresión de sentimientos negativos, como el enfado, el desacuerdo y la hostilidad⁵ (pp. 101), suponiendo que eran pertinentes más a menudo para las necesidades de los pacientes. Durante bastante tiempo la conducta asertiva implicó únicamente las dimensiones referidas a la defensa de los derechos y a la expresión de sentimientos negativos, lo que llevó a equiparar la conducta asertiva con la agresión.

Consideraba que con una "cantidad razonable de presión y aliento" la mayoría de los pacientes empezaban a ser capaces de afirmarse a sí mismos en cuestión de semanas. Consideraba como una regla el no instigar un acto asertivo que tiene probabilidades de traer consecuencias punitivas. Wolpe señalaba la necesidad de iniciar con un programa preliminar de desensibilización sistemática cuando los pacientes tenían una intensa respuesta de ansiedad condicionada ante el sentimiento de culpa por comportarse agresivamente o ante la posible agresión de los demás.

Wolpe (1979, p. 111) definió la *desensibilización sistemática* como "un método para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad. Se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, y luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos. Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente "mas fuertes", que son tratados de forma semejante. Este método nos ha dado el poder superar un gran número de hábitos neuróticos, a menudo en muy poco tiempo".

⁵ Incluyó entre las frases asertivas hostiles, algunas como las siguientes:

- Por favor vuelvame a llamar. No puedo hablarle ahora.
- Su conducta me molesta.
- No puedo soportar sus quejas.
- Si sigue llegando retrasado, voy a dejar de hacer citas con usted.
- Como se atreve a hablarme de esa manera.
- Me gusta hablar con usted, pero por favor no me interrumpa mientras leo (escribo, pienso, escucho).

Wolpe ideó la técnica llamada *ensayo de la conducta*, que según su propia descripción, “consiste en la actuación de breves intercambios entre el terapeuta y el paciente en ambientes de la vida de este último. El paciente se representa a sí mismo y el terapeuta a alguien ante quien el paciente se encuentra inadaptativamente ansioso o está inhibido” (Ibid, p. 106). Durante el primer ensayo se suponía que el paciente debía actuar como si la situación fuera real y después el terapeuta haría las observaciones pertinentes y sugiere una respuesta más apropiada, y el intercambio se repite una y otra vez hasta que el terapeuta considere que las respuestas del paciente han sido satisfactoriamente moldeadas, teniendo en cuenta las palabras que emplea, la firmeza y la expresividad de su voz y lo apropiado de los movimientos corporales. En este procedimiento, para Wolpe, estaban implícitos el modelamiento y el moldeamiento y fue exitoso según sus propias experiencias terapéuticas.

Hasta la fecha, los planteamientos de Wolpe, así como las técnicas que desarrolló se conservan en los programas de entrenamiento asertivo, aunque se han visto enriquecidas con las experiencias de los mismos terapeutas.

En la práctica actual, podemos decir que el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar la conducta asertiva de manera socialmente apropiada. Usualmente las metas conductuales incluyen la expresión de sentimientos negativos como el odio y el resentimiento, pero a menudo los procedimientos asertivos se emplean para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto o el elogio (Rimm y Master, 1980, p. 101).

Se han diseñado múltiples programas de entrenamiento asertivo, atendiendo a las necesidades particulares de los pacientes. Los diversos diseños de tratamiento combinan por lo general los mismos elementos terapéuticos, estos son:

- Ensayo de la conducta
- Modelamiento
- Retroalimentación
- Reforzamiento
- Tareas
- Modificación cognitiva

Varios autores han señalado que los elementos antes mencionados no dan buenos resultados si se aplican aisladamente. Se ha visto que entre más elementos se incluyan en el tratamiento, éste resulta más efectivo.

Según Delgado (1983, p. 135) la indicación de tratamiento se da cuando se aprecian déficits conductuales específicos que impiden una adecuada relación con el entorno social en determinadas situaciones. Por lo general se trata de habilidades que no fueron desarrolladas suficientemente durante el proceso de aprendizaje de la persona y que puede provocar síntomas secundarios.

Inicialmente, el terapeuta con ayuda del paciente debe identificar las áreas problemáticas y obtener ejemplos específicos de las situaciones. En este punto, los instrumentos de evaluación como los autorreportes son de gran utilidad. Analizar por qué el individuo no se comporta de manera socialmente adecuada (déficit en habilidades, ansiedad condicionada, cogniciones desadaptativas, discriminación errónea, etc.) facilita el camino para el empleo de los distintos procedimientos.

Antes de empezar el entrenamiento, es importante informar al paciente sobre la naturaleza del entrenamiento asertivo, los objetivos a lograr y lo que se espera que él haga. Al igual que la mayoría de las técnicas de terapia de la conducta, el entrenamiento asertivo requiere de una participación activa por parte del paciente, lo que hace necesaria una buena motivación. En ocasiones es necesario enseñar al individuo a relajarse antes de abordar las situaciones problemáticas. La reducción de la ansiedad en esas situaciones, favorece la actuación socialmente adecuada del paciente, así como la adquisición de nuevas habilidades.

Según el esquema propuesto por Lange y Jakubowski (1976), en una primera fase se establece un sistema de creencias que mantenga el respeto a los derechos propios y a los derechos de los demás. Los derechos humanos básicos en el contexto del entrenamiento asertivo, son derechos que se considera que todas las personas tienen en virtud de su calidad de seres humanos. Esto ha llevado a Caballo (1991, p. 413) a afirmar que la premisa subyacente del entrenamiento asertivo es humanista, pues pretende evitar el estrés innecesario y apoyar la autorrealización de cada persona. En el cuadro 3-1 se presentan los derechos humanos más importantes en el contexto del entrenamiento asertivo.

Cuadro 3-1. Derechos humanos básicos*

Tienes...

1. El derecho de mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva, incluso si la otra persona se siente herida, mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
2. El derecho a ser tratado con derecho y dignidad.
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar de opinión.
7. El derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta de que la otra persona tiene derecho a decir que no).
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. El derecho a ser independiente.
10. El derecho a decidir que hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11. El derecho a pedir información.
12. El derecho a cometer errores y ser responsable de ellos.
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas.
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses siempre que no violes los derechos de los demás.
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente hábil.
20. El derecho a tener derechos y defenderlos.
21. El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
22. El derecho a estar sólo cuando así lo escojas.
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.

* Tomado de Caballo (1991, p. 414). Este cuadro se basa principalmente en *The assertive option: Your rights and responsibilities* de Jakubowsky y Lange (1978), Champaign, Research Press y otras fuentes diversas.

Una segunda fase, consiste en que el paciente distinga entre respuestas asertivas, pasivas y agresivas. En el cuadro 3-2 se resumen las características distintivas más importantes de estos tres estilos de respuesta. Usualmente se aplican una serie de ejercicios estructurados para este fin. Los participantes en un programa de entrenamiento asertivo, deben tener claro que la conducta asertiva es, generalmente, más adecuada y reforzante que otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente los objetivos que se ha propuesto.

Cuadro 3-2. Tres estilos de respuesta*

PASIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
Demasiado poco, demasiado tarde, nunca	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto	Demasiado, demasiado pronto, demasiado tarde
CONDUCTA NO VERBAL		
Ojos que miran hacia abajo, voz baja, vacilaciones, gestos desvalidos, negando importancia a la situación, postura hundida, puede evitar totalmente la situación, se reluce las manos, tono vacitante o de queja, risitas "falsas".	Contacto ocular directo, nivel de voz conversacional, habla fluida, gestos firmes, postura erecta, mensajes en primera persona, honesto, verbalizaciones positivas, respuestas directas a la situación, manos sueltas	Mirada fija, voz alta, habla fluida y rápida, enfrentamiento, gestos de amenaza, postura intimidatoria, deshonesto, mensajes impersonales
CONDUCTA VERBAL		
"Quizas...", "Supongo...", "Me pregunto si podríamos...", "Te importaría mucho...", "Solamente...", "No crees que...", "Ehh...", "Bueno...", "Realmente no es importante...", "No te molestes..."	"Pienso...", "Siento...", "Quiero...", "Hagamos...", "¿Cómo podemos resolver esto?", "¿Qué piensas...", "¿Qué te parece si..."	"Harías mejor en...", "Haz...", "Ten cuidado...", "Debes estar bromcando", "Si no lo haces...", "No sabes...", "Deberías...", "Mal..."
EFFECTOS		
Conflictos interpersonales Depresión Desamparo Imagen pobre de uno mismo Se hace daño a sí mismo Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No se gusta ni a sí mismo ni a los demás Se siente enfadado	Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a sí mismo y a los demás Es bueno para sí y para los demás	Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de sí mismo Hace daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gustan los demás Se siente enfadado

* Tomado de Caballo (1991, p. 415).

En un tercer momento se aborda la reestructuración cognitiva de los modos "incorrectos" de pensar del individuo. También las pautas inadecuadas de pensamiento se consideran específicas a la situación en que se encuentra el individuo. El objetivo de las técnicas cognitivas empleadas es ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen así mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta. Suelen utilizarse diversos ejercicios para descubrir la relación entre cogniciones, sentimientos y conductas. Procedimientos tales como el autoanálisis racional, las imágenes racional-emotivas o diversas variaciones del entrenamiento en autoinstrucciones pueden servir para este propósito (Caballo, 1991).

A continuación abordaremos uno a uno los elementos terapéuticos que suelen incluirse en los programas de tratamiento.

El ensayo de la conducta

La parte más importante y específica del entrenamiento asertivo lo constituye el ensayo de la conducta de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas. Este procedimiento implica la práctica de nuevos patrones de respuesta para incorporarlos a un repertorio limitado o bien intensificar la ocurrencia de una conducta ya existente (Delgado, 1983, p. 136).

El ensayo de la conducta consiste en que el paciente y el terapeuta representen interacciones personales pertinentes. Durante algunos ensayos el paciente representa su propio papel y el terapeuta representa a una persona importante en la vida del paciente. Posteriormente se invierten los papeles. Cuando se realiza el entrenamiento en grupo, los demás participantes colaboran en las representaciones.

El ensayo de la conducta se diferencia de otras formas de representación de papeles, como el psicodrama, al centrarse en el cambio de conducta como un fin en sí mismo y no como una técnica para identificar o expresar supuestos conflictos.

Dada la concreción y operatividad que se persigue en el entrenamiento asertivo, la escena representada tiene que descomponerse en elementos más sencillos que puedan ser evaluados con base en su adecuación y frecuencia. Estos elementos se han dividido (Cotler y Guerra, pp. 105-145) en aspectos verbales y no verbales de la conducta:

- Contacto visual
- Intensidad de la voz
- Uso de las manos
- Inflexión de la voz
- Expresión facial
- Fluidez del lenguaje
- Postura
- Contenido del lenguaje
- Distancia/contacto físico
- Duración de las intervenciones

Después de los primeros ensayos el terapeuta identifica los déficits para luego introducir la retroalimentación, el modelamiento, el reforzamiento, etc. Es importante que el terapeuta y el paciente elaboren una jerarquía, ordenando según el grado de ansiedad que generan las situaciones problemáticas. Esta jerarquía señala el orden para abordar las situaciones en el ensayo conductual. De esta manera se evita que el paciente experimente ansiedad extrema durante los ensayos (Lange y Jakubowski, 1980, pp. 157-169).

El número suficiente de ensayos varía según las necesidades y el desarrollo del entrenamiento. Aunque la secuencia de cada representación es siempre la misma, el contenido de las situaciones representadas cambia de acuerdo con lo que le ocurre o podría ocurrir a los sujetos en la vida real. A continuación se presenta una secuencia típica (Caballo, 1991, p. 422) para llevar a cabo el ensayo de la conducta en un formato grupal:

1. Descripción de la situación problema.
2. Representación de lo que el paciente hace normalmente en esa situación.
3. Identificación de las posibles ideas o cogniciones desadaptativas que estén influyendo en la conducta socialmente inadecuada del paciente.
4. Identificación de los derechos básicos implicados en la situación.
5. Identificación de un objetivo adecuado para la respuesta del paciente. Evaluación por parte de éste de los objetivos a corto y largo plazo (solución de problemas).
6. Sugerencia de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo y por los entrenadores/terapeutas, concentrándose en los elementos verbales y no verbales de la actuación.

7. Demostración de una de estas respuestas por los miembros del grupo o los entrenadores, para el paciente (modelamiento).
8. El paciente practica encubiertamente la conducta que va a llevar a cabo como preparación para la representación de papeles.
9. Representación por parte del paciente de la conducta elegida, teniendo en cuenta la conducta del modelo y las sugerencias aportadas por los miembros del grupo y entrenadores. El paciente no tiene que reproducir la conducta modelada, imitándola, sino integrándola a su estilo de respuesta.
10. Evaluación de la efectividad de la respuesta por el paciente y los demás miembros del grupo. La retroalimentación proporcionada debe subrayar los rasgos positivos y señalar las conductas inadecuadas de manera amigable, no punitiva. El o los terapeutas refuerzan las mejoras empleando una estrategia de moldeamiento o aproximaciones sucesivas.
11. Teniendo en cuenta la evaluación realizada, el terapeuta u otro miembro del grupo vuelve a representar la conducta, incorporando las sugerencias aportadas.
12. Se repiten los ensayos tantas veces como sea necesario hasta que el paciente, el terapeuta y los demás miembros del grupo consideren que la respuesta ha llegado a un nivel adecuado.
13. Se dan las últimas instrucciones al paciente sobre la puesta en práctica de la conducta ensayada en la vida real, las consecuencias positivas y negativas que puede encontrarse y que lo importante es que lo intente, no que tenga éxito. Los resultados se evalúan en la siguiente sesión.

Los pacientes deben ser invitados a valorar los beneficios y los costos de una determinada conducta asertiva en un contexto específico a fin de encontrarse en la mejor posición para determinar de forma realista su probable efectividad antes de llevarla a cabo. Lange y Jakubowski (1973, pp. 14-21) recomiendan que durante el ensayo conductual se haga la distinción entre diferentes respuestas asertivas, dada su especificidad según el contexto⁶.

6 Estos autores caracterizan las siguientes categorías de respuestas asertivas:

- Básicas, se refieren a la expresión y defensa de derechos, creencias, sentimientos y opiniones propios.

Se ha adoptado el ensayo de la conducta como técnica cognitiva, o de práctica cubierta, en la imaginación. Se han combinado también ensayos en imaginación y conducta (Delgado, 1983, p. 136). Las investigaciones han ratificado que el ensayo de la conducta por sí mismo es poco efectivo y sólo pueden apreciarse cambios notorios cuando se combina con recursos como el modelaje, el reforzamiento, etc. Los cambios deseables de sentimientos y actitudes son posteriores al cambio conductual.

Modelamiento

El uso más frecuente es el modelamiento in vivo, practicado por el propio terapeuta o por otros participantes cuando el entrenamiento se hace en grupo. El modelo de conducta supera las instrucciones verbales acerca de cómo ser más expresivo, mostrar más interés o parecer más tranquilo y relajado. El modelamiento permite al observador ver el patrón entero de conducta y aprender cualidades de conducta no verbal. La intención es ofrecer un modelo adecuado, del cual el sujeto pueda copiar conductas, ensayarlas en forma sistemática, repetir las en diversos contextos e incorporarlas de manera definitiva a su repertorio conductual (Delgado, 1983, p. 138).

Retroalimentación y reforzamiento

La retroalimentación ofrece información al paciente de su propio proceso de cambio. Se utiliza fundamentalmente retroalimentación positiva, resaltando los aspectos de la ejecución que muestran progreso y se evitan las críticas u observaciones negativas. Delgado cita el siguiente como un ejemplo de la actitud del terapeuta:

- Empáticas, son aquellas en las que se incluyen expresiones de comprensión dirigidas al interlocutor.
- Escalares, inician con una respuesta efectiva mínima (conducta que alcanza la meta con un mínimo de esfuerzo, incomodidad subjetiva y poca probabilidad de consecuencias negativas) y continúan, aumentando su intensidad, si es necesario.
- Confrontativas, se utilizan cuando el interlocutor contradice algo abiertamente, entonces el asertivo expresa su opinión confrontando los hechos.
- Expresiones en primera persona, implican el uso de la primera persona al expresar sentimientos y opiniones.

"Vas en camino de lograrlo, pero creo que deberías cuidar más el movimiento de tus manos. Úsalas con mayor naturalidad y no darás la impresión de estar angustiado. Estoy seguro de que puedes hacerlo" (p. 139).

Se han ideado varias maneras de dar retroalimentación: gafa verbal, audiograbaciones, videofilmaciones. En cuanto al reforzamiento, los refuerzos sociales resultan económicos, disponibles y pueden adecuarse con precisión a las necesidades y valores de cada paciente. La conducta puede ser reforzada positivamente sin necesidad de interrumpir la escena, con un movimiento de cabeza, una sonrisa o una expresión gutural.

Todo esto implica que el terapeuta permanece atento a las actuaciones de los participantes para poder observar y reforzar con rapidez en los momentos adecuados. Cuando el entrenamiento se realiza en grupo, los demás integrantes constituyen una apreciable fuente de reforzamiento.

Tareas

Asignar ejercicios relacionados con los déficits conductuales de cada participante, para su realización fuera de las sesiones, constituye un elemento importante para asegurar la "transferencia" al ambiente natural del paciente (Cotler y Guerra, 1976, p. 179). El terapeuta supervisa su cumplimiento y ofrece el reforzamiento adecuado a los reportes de ejecución. Se acostumbra utilizar el inicio de la sesión para evaluar las tareas.

El grado de dificultad de las tareas se incrementa progresivamente, ajustándolo al progreso del paciente.

Modificación cognitiva

Los procedimientos cognitivos se encuentran presentes a lo largo del entrenamiento. La integración de los derechos básicos en el sistema de creencias del paciente y la modificación directa de cogniciones desadaptativas que inhiben o interfieren en la conducta social, están impregnados de elementos cognitivos. El entrenamiento en solución de problemas o en percepción social así como la reducción de autoverbalizaciones negativas y el aumento de las positivas son procedimientos

explícitos utilizados con frecuencia. Se utilizan también elementos de la terapia racional emotiva.

Aunque el entrenamiento asertivo fue concebido inicialmente para llevarse a cabo de manera individual, se ha prestado cada vez mayor atención al formato grupal (Cotler y Guerra, 1979). El entrenamiento asertivo en grupo ha demostrado tener múltiples ventajas sobre el tratamiento individual. El grupo ofrece una situación social establecida en la que los participantes pueden practicar con las demás personas y ofrece una variedad de actores y modelos así como un rango mayor de retroalimentación.

El tamaño de los grupos de entrenamiento asertivo ha variado dependiendo de los objetivos, el tiempo del terapeuta y el número de sujetos disponibles. Aunque se han visto grupos desde 3 hasta 15 sujetos, Caballo (1991, p. 433) sugiere que el número ideal es de 8 a 12. Generalmente las sesiones tienen lugar una vez a la semana, durante 8 a 12 semanas. Esto ha variado sobretodo en estudios de investigación, como es comprensible dados los requerimientos y circunstancias de los mismos. La duración de las sesiones también ha variado de 30 minutos hasta 2 horas y media.

Smith (1983) ha desarrollado, en base a su experiencia como terapeuta, una serie de técnicas asertivas sistemáticas, estas son estilos de respuestas que se incorporan a las interacciones con otras personas. El señala que en la práctica han resultado exitosas y presenta una serie de diálogos que ejemplifican su uso. Las técnicas por él descritas son las siguientes:

- Disco rayado, consiste en la repetición serena de las palabras que expresan los deseos de la persona, una y otra vez con persistencia, evitando respuestas de enojo y enfrentamiento.
- Banco de niebla, implica aceptar las críticas manipulativas reconociendo serenamente ante el crítico la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dice, sin demostrar una actitud ansiosa o defensiva.
- Libre información, consiste en identificar en la información que el interlocutor ofrece durante un intercambio, los indicios que dá acerca de lo interesante o importante para él o ella, permitiendo vencer la timidez, desarrollar conversaciones e inducir al interlocutor a hablar con libertad de sí mismo.

- Aserción negativa, consiste en la aceptación de los errores propios mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas hostiles o constructivas acerca de las cualidades negativas de la persona. Se considera aquí el derecho a cometer errores.
- Interrogación negativa, esta técnica enseña a suscitar las críticas sinceras de los demás, a fin de sacar provecho de ellas, si son útiles, o de agotarlas, si son manipulativas. De esta manera se busca mejorar la comunicación.
- Autorrevelación, implica aceptar e iniciar la discusión de los aspectos positivos y negativos del comportamiento, estilo de vida, inteligencia, etc. de uno mismo, con el objeto de fomentar y favorecer la comunicación y reducir la manipulación.
- Compromiso viable, consiste en negociar y llegar a un acuerdo para llevar a cabo un compromiso en el que las distintas partes muestren disponibilidad y cedan para solucionar un problema, sin menoscabo de los derechos básicos.

En las últimas cuatro décadas se han desplegado múltiples esfuerzos para evaluar de manera objetiva la efectividad de los programas de entrenamiento asertivo. Como podrá verse en el capítulo 3, la mayoría de los estudios relacionados con la evaluación de la conducta asertiva mediante diferentes técnicas, han surgido de la necesidad de hacer evaluaciones antes y después de la implementación del entrenamiento, o bien a fin de contar con instrumentos que permitan detectar a los candidatos potenciales que pueden beneficiarse de esta técnica terapéutica.

Varios autores (Keane et al., 1983; Wildman y Clementz, 1986; Lowe y Storm, 1986; Crawford, 1988) se han dedicado a la investigación del impacto social de la asertividad y sus implicaciones clínicas⁷, haciendo interesantes aportaciones que se han ido incorporando a los esquemas terapéuticos.

⁷ Se ha visto que la falta de asertividad es percibida socialmente como un problema propio de las mujeres y la asertividad como una característica del estereotipo de rol masculino, sin embargo las investigaciones empíricas no han demostrado que las mujeres sean menos asertivas que los hombres. Respecto a las consecuencias de las conductas asertivas se ha encontrado que las mujeres que se comportan asertivamente son percibidas como personas hostiles o agresivas (Keane et al., 1983; Crawford, 1988). Por otra parte, cuando se ha pedido a los sujetos evaluar conductas asertivas y pasivas a peticiones poco razonables (Wildman y Clementz, 1986; Lowe y Storm, 1986), estos han considerado las respuestas asertivas como menos positivas, amables y deseables que las respuestas pasivas. De esto se ha derivado la suposición de que las intervenciones terapéuticas

Las investigaciones y experiencias son estimulantes en relación con el futuro terapéutico de la técnica del entrenamiento asertivo. Se han puesto a prueba múltiples programas con diferentes sujetos (estudiantes, empleados, pacientes psiquiátricos, enfermeras, alcohólicos, parejas, etc.) y cada vez se amplía más el radio de acción de este recurso terapéutico.

pueden estar causando efectos interpersonales negativos en la persona asertiva. Lowe et al. (1986) han intentado suavizar los mensajes asertivos, incluyendo en ellos expresiones de comprensión de los sentimientos de la persona a la cual va dirigida la conducta asertiva. Este tipo de respuestas se han llamado conductas asertivas empáticas y se ha encontrado que son percibidas como más amables que las respuestas asertivas tradicionales, sin dejar de ser consideradas apropiadas. Esto sugiere que quienes reciben entrenamiento asertivo pueden obtener mejores resultados incluyendo en sus respuestas asertivas declaraciones empáticas.

IV. MEDICIÓN DE LA ASERTIVIDAD

Medición psicométrica: escalas de autorreporte

Tradicionalmente la evaluación, dentro del marco de la terapia conductual, ha centrado su interés en la conducta manifiesta del individuo en relación con antecedentes y consecuentes ambientales, recurriendo por tanto al método de la observación directa para la obtención de datos relevantes. Aunque es indudable el valor de las observaciones directas, en algunos casos realizarlas resulta poco viable o insuficiente por lo que se hecha mano de otros métodos como el autorreporte.

Las escalas de autorreporte, instrumentos de lápiz y papel, han sido ampliamente utilizadas como un procedimiento de exploración de distintas áreas conductuales, a partir de las cuales puede 1) hacerse la detección y delimitación de un área problema para pasar posteriormente a medidas específicas para su atención y 2) evaluar los resultados de un tipo de tratamiento (Vizcarro y García, 1983, p. 235). Las razones de la amplia difusión del autorreporte han sido principalmente de tipo práctico, pues requieren de pocos recursos materiales, humanos y de tiempo para su aplicación.

Una de las aportaciones de los autorreportes a la evaluación conductual es la revaloración de los aspectos cognitivos en la explicación del funcionamiento psicológico y por consiguiente en la intervención terapéutica (Ibid., p. 234). El abandono de posturas mecanicistas de limitada utilidad para la explicación de la conducta humana ha hecho evidente la necesidad de tener en cuenta la visión que el sujeto tiene de su conducta o su entorno. En este contexto, el autorreporte se toma como una muestra de la conducta del sujeto y no como un signo a partir del cual puedan inferirse variables subyacentes explicativas de la conducta o, al menos, cuando se apela a constructos (como la asertividad), se intenta permanecer a un mínimo de inferencia. Se ha señalado la irresponsabilidad que supone generalizar desde las puntuaciones obtenidas en los autorreportes a un amplio número de situaciones en las que se desenvuelve el sujeto y sobre las que se toman decisiones a la ligera (Ibid., pp. 232 y sigs.).

Debe tenerse en cuenta, que también han sido indicados los puntos débiles de las escalas de autorreporte (Vizcarro y García, 1983). Algunas variables tanto situacionales, como del sujeto pueden distorsionar la información recogida por estos instrumentos, éstas pueden ser consideradas como fuente de error.

Después de haber hecho las consideraciones anteriores, pasemos a la revisión de las escalas de autorreporte más utilizadas y difundidas. Se incluyen sólo los aspectos más relevantes para los fines de este trabajo y se proporcionan algunos datos respecto a las características psicométricas de los autorreportes y su nivel de significancia, en los casos en que esta información estuvo disponible. Aparecen también ejemplos de reactivos cuando estos se incluyeron en los trabajos revisados. No debe perderse de vista que hacer un análisis exhaustivo de las escalas existentes está más allá de los propósitos del presente trabajo.

El sinnúmero de escalas de autorreporte para la evaluación de la asertividad en adultos, incluye instrumentos que reflejan, en mayor o menor medida, diversas manifestaciones de la conducta asertiva. En el cuadro 4-1 se presentan algunas de las escalas más representativas para pasar posteriormente a una breve descripción de ellas.

Cuadro 4-1. Autorreportes de asertividad

Nombre	Autor	Muestra estudiada
Inventario Asertivo	Wolpe y Lazarus (1966) ⁸	Pacientes psiquiátricos (Hersen et al., 1979)
Inventario de Resolución de Conflictos	McFall y Lillesand (1971)	Estudiantes universitarios
Escala de Asertividad	Rathus (1973)	Estudiantes universitarios
Escala de Autoexpresión ⁹ para Estudiantes	Galassi, DeLo, Galassi y Bastien (1974)	Estudiantes universitarios
Escala de Autoexpresión para Adultos	Gay, Hollnsworth y Galassi (1975)	Hombres y mujeres adultos
Inventario de Asertividad	Gambrill y Richey (1975)	Estudiantes universitarios y mujeres en entrenamiento asertivo
Cuestionario Situacional	Levenson y Gottman (1978)	Estudiantes universitarios
Escala de Conducta Interpersonal	Arrindell y Van der Ende (1985)	Pacientes psiquiátricos, estudiantes y población general
Medida de Rasgos Asertivos	Flores, Dfaz-Loving y Rivera (1987)	Estudiantes universitarios, empleados
Escala Multidimensional de Asertividad para Estudiantes y Escala Multidimensional de Asertividad para Empleados	Flores (1994)	Estudiantes de secundaria, preparatoria, universitarios y empleados

8 No pudo consultarse directamente esta fuente.

9 En este caso *autoexpresión* es equivalente a asertividad.

Inventario Asertivo de Wolpe y Lazarus

El primer instrumento estructurado para la evaluación de la asertividad fue el de Wolpe y Lazarus, publicado en 1966, que consta de 30 preguntas abiertas y ha servido de modelo para la construcción de otros. Originalmente este instrumento fue elaborado para evaluar pacientes y no con fines de investigación. En el "Inventario Asertivo", se incluyeron preguntas como las siguientes:

¿Expresa usted generalmente lo que piensa?

¿Es usted capaz de contradecir a una persona dominante?

Si un amigo le hace una petición que considera irrazonable, ¿es usted capaz de negarse?

(Rimm y Masters, 1980, p. 105)

Hersen et al. (1979) retomaron este instrumento y evaluaron sus características psicométricas, tomando una muestra de pacientes psiquiátricos. Se adoptó un formato de respuesta cerrado (sí/no). Respecto a su confiabilidad, obtuvieron un coeficiente de consistencia interna de 0.78 ($p < 0.05$) y un coeficiente de estabilidad temporal de 0.65 ($p < 0.001$). Realizaron análisis factoriales independientes (componentes principales, rotación varimax) para los grupos de hombres y mujeres, obteniendo 10 factores. La baja correlación obtenida ($r = 0.28$ $p < 0.001$) con el Test Conductual de Asertividad -BAT-R- (Eisler, Hersen, Miller y Blanchard, 1975) no dió soporte a la validez externa del inventario.

Inventario de Resolución de Conflictos

Este instrumento fue elaborado con el fin de diferenciar entre sujetos asertivos y no asertivos. McFall y Lillesand (1971) se basaron en las descripciones que aportaron estudiantes de ambos sexos de situaciones en las que habían encontrado difícil decir "no" a peticiones irrazonables. El inventario cuenta con 35 situaciones estímulo y ocho preguntas relacionadas con las reacciones individuales ante peticiones poco razonables. El inventario contiene exclusivamente reactivos relacionados con el rechazo de demandas excesivas y su formato de respuesta incluye 5 opciones (a) Me rehusaría y no me sentiría incómodo al hacerlo, b) Me rehusaría pero me sentiría incómodo al hacerlo, c) No me rehusaría pero me sentiría incómodo por no haberlo

hecho, d) No me rehusaría aunque preferiría hacerlo, pero no me sentiría incómodo por no haberlo hecho, e) No me rehusaría porque creo que es una petición razonable]. Respecto a las preguntas abiertas, se pide también indicar en una escala de 1 a 100 la gravedad del problema. Pueden obtenerse tres indicadores: un puntaje de asertividad, un puntaje de no-asertividad y la diferencia entre ambos. MacFall y Lillesand no aportan datos acerca de las características psicométricas de su escala, excepto comparaciones entre los puntajes obtenidos por los estudiantes antes y después de un programa de entrenamiento.

Escala de Asertividad de Rathus

Esta escala (Rathus, 1973) se compone de 30 frases. Algunos de los reactivos fueron derivados de las preguntas que Wolpe y Lazarus incluyeron en sus cuestionarios y de otros instrumentos; algunos otros se elaboraron en base a reportes de estudiantes.

Se pide al sujeto indicar en una escala de +3 a -3 el grado de acuerdo o desacuerdo que cada frase tiene respecto a la descripción de su propia conducta. Las frases se relacionan con diferentes conductas, situaciones y personas. La escala incluye reactivos como los siguientes:

4. Evito lastimar los sentimientos de otras personas, incluso cuando siento que eso me perjudica.
25. Me quejo de un mal servicio en un restaurante o en cualquier otro lugar.

Rathus obtuvo un coeficiente de estabilidad temporal de 0.78 ($p < .01$) y un coeficiente de consistencia interna de 0.77 ($p < .01$). Su validez convergente y predictiva se comprobó a través de dos mediciones externas: un diferencial semántico y mediciones conductuales.

Esta escala ha sido una de las más utilizadas y estudiadas en diferentes países. Los estudios hechos con esta escala en Brasil (Pasquali y Veloso, 1990), Suiza (Gustafson, 1992) y Costa Rica (Pál-Hegedus y Jensen, 1982) encontraron estructuras factoriales distintas a la original pero la escala demostró tener una alta consistencia interna. Los estudios factoriales han señalado que la mayoría de los reactivos se relacionan con conductas agresivas, por lo que usar el resultado total de la escala como

medida de asertividad no está justificado Se ha hecho evidente que la escala tiene que ser adaptada al contexto cultural de los sujetos a evaluar.

Escala de Autoexpresión para Estudiantes

Los autores de este instrumento (Galassi, DeLo, Galassi y Bastien, 1974) utilizan autoexpresión como sinónimo de asertividad. La escala contiene 50 reactivos relacionados con la expresión de sentimientos y valores respecto a los cuales se pide al sujeto responder hasta qué punto y con qué frecuencia se ve reflejada su conducta en cada uno de ellos en una escala de 5 puntos (0 = siempre, 4 = nunca). Algunos reactivos fueron derivados de otras escalas. Los autores pretendían determinar en qué tipos de conducta falla el sujeto, detectar con qué personas tiene problemas de interacción y detectar los cambios producidos por un programa de entrenamiento asertivo. La escala está estructurada en base a reacciones emocionales (positivas, negativas y autonegativas) y contextos interpersonales (familia, negocios, extraños, figuras de autoridad y amigos del mismo sexo y del sexo opuesto). Se presupone la existencia de tres dimensiones:

- Asertividad positiva, expresión de sentimientos positivos hacia las demás personas
- Asertividad negativa, expresión justificada de sentimientos negativos (malhumor, enojo)
- Auto-negación, corrección de reacciones como pedir disculpas y dar explicaciones innecesarias ante cualquier persona.

Algunos ejemplos del tipo de reactivos incluidos son los siguientes:

- Si estuvieras estudiando y tu compañero de cuarto hiciera mucho ruido, ¿le pedirías que dejara de hacerlo?
- ¿Evitas hacer preguntas en clase por miedo a sentirte tonto o ignorante?

Los datos relacionados con validez y confiabilidad de la escala se obtuvieron con muestras de estudiantes. La confiabilidad test-retest fue de 0.90. Su validez de constructo se evaluó favorablemente al correlacionarla con una escala de adjetivos que incluye 24 subescalas descriptivas de personalidad.

Escala de Autoexpresión para Adultos

Gay, Hollandsworth y Galassi (1975) construyeron esta escala a partir la Escala de Asertividad para Estudiantes (Galassi et al., 1974). Se compone de 48 reactivos y tiene un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (0 = siempre, 4 = nunca). Incluye items como:

- ¿Expresa usted enojo o disgusto a su jefe o supervisor cuando es justificado?
- ¿Tiene usted dificultad al pedir a un amigo cercano que le haga un favor importante aunque esto le cause a él algún inconveniente?

Los reactivos abordan interacciones con padres, desconocidos, figuras de autoridad, amigos y pareja e involucran conductas como expresar opiniones personales, rechazar peticiones no razonables, tomar la iniciativa en conversaciones, expresar sentimientos positivos, defender derechos legítimos, expresar sentimientos positivos y pedir favores.

La escala fue aplicada a una muestra de personas de entre 18 a 54 años. Demostró tener una alta confiabilidad test-retest (0.88 y 0.91 en periodos de 2 y 5 semanas respectivamente). Se demostró su validez concurrente y de constructo al correlacionarla con una escala de adjetivos, una escala de ansiedad manifiesta y una de locus de control.

Los resultados señalaron que los sujetos asertivos se describieron así mismos como seguros, espontáneos e independientes. Las mediciones de ansiedad y autoconfianza claramente diferenciaron a los sujetos asertivos de los no asertivos, no así la medición de locus de control.

Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey

Gambrill y Richey (1975) desarrollaron un instrumento, principalmente con fines de investigación, aplicable a población general e incluyeron reactivos que presentan situaciones de interacción con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas, y se engloban en ocho categorías:

- Rechazar peticiones
- Admitir limitaciones personales

- Iniciar contactos sociales
- Expresar sentimientos positivos
- Afrontar la crítica de los demás
- Discrepar de sus opiniones
- Realizar conductas asertivas en lugares públicos y,
- Expresar sentimientos negativos

Los reactivos fueron elaborados a partir de reportes de estudiantes y pacientes así como de una amplia revisión de la literatura para determinar cuales eran las situaciones que con mayor frecuencia se asocian con inasertividad.

Los 40 reactivos del inventario, al ser contestados en dos ocasiones de manera independiente, constituyen dos subescalas:

1. Grado de incomodidad (GI), evalúa el malestar subjetivo que la persona experimentaría en las situaciones descritas según una puntuación que va de 1 a 5 (1 = nada; 5 = demasiado)
2. Probabilidad de respuesta (PR), evalúa la probabilidad de que la persona lleve a cabo la conducta descrita, referida en una escala de 1 a 5 (1 = siempre; 5 = nunca)

Finalmente se pide al sujeto señalar aquellas situaciones en las que le gustaría ser más asertivo o comportarse de manera distinta a como lo hace normalmente.

Gambrill y Richey aplicaron el inventario a tres muestras de estudiantes y un grupo de mujeres que participaba en un programa de entrenamiento asertivo. Las medias obtenidas por hombres y mujeres, en las muestras de estudiantes, fueron muy similares (94-96 en GI y 102-108 en PR). La media de las puntuaciones en la escala de malestar subjetivo era significativamente mayor en el grupo terapéutico que en los grupos de estudiantes, considerados sujetos normales.

Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en ambos indicadores (Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta) según las autoras configuran cuatro grupos posibles:

1. "Asertivos", personas con GI bajo y PR alta, que serían las propiamente asertivas, pues no experimentan incomodidad y actúan asertivamente.

2. "No asertivos", personas con GI alto y PR baja; es decir personas que manifiestan altos niveles de ansiedad en situaciones que requieren conductas asertivas, sin actuar asertivamente.
3. "Actores ansiosos", personas con GI alto y PR alta. Serían personas que despliegan conductas asertivas pero que experimentan altos niveles de ansiedad.
4. "Indiferentes", personas con GI bajo y PR baja. No actúan asertivamente pero tampoco experimentan ansiedad.

Se encontró que una de las muestras de estudiantes se distribuyó en estas categorías de la siguiente forma: asertivos, 36%, inasertivos 35%, actores ansiosos 11%, indiferentes 18%.

Gambrill y Richey consideraron que la distinción entre el grado de incomodidad y la probabilidad de respuesta es importante en tanto que las diferentes combinaciones de estos factores podrían indicar la necesidad de procedimientos de cambio conductual distintos. Por ejemplo, una persona podría experimentar un alto grado de incomodidad pero no actuar de manera asertiva o bien hacerlo muy pocas veces, o sentirse extremadamente incómoda y actuar asertivamente. Si la conducta asertiva se despliega acompañada de mucha incomodidad y es seguida de consecuencias positivas es muy probable que exista un adecuado repertorio de conductas. En los casos en los que la conducta asertiva no tiene lugar, se puede sospechar la existencia de déficits conductuales. En suma, la inclusión de estos dos factores, permitiría describir diferentes categorías diagnósticas y por tanto señalar el procedimiento terapéutico idóneo.

Los items más frecuentemente señalados por las mujeres, como aquellos en los que les gustaría ser más asertivas estuvieron relacionados con admitir limitaciones personales, como ofrecer una disculpa o admitir confusión. Los hombres señalaron con mayor frecuencia items relacionados con hacer peticiones, pedir favores, solicitar empleo, pedir una cita.

El inventario obtuvo un coeficiente de estabilidad temporal de 0.87 para la escala de GI y de 0.81 para la de PR. Respecto al grupo terapéutico, los datos apoyaron la validez del inventario. Se observó, después del tratamiento, una reducción significativa de la media del indicador GI (107.7 comparado con 82.0, $t = 3.67$, $p < .002$) y también del indicador PR (104.8 comparado con 87.9, $t = 2.39$, $p < .05$). Esta reducción no se

observó en el grupo control que no recibió entrenamiento asertivo. Se audiograbaron interacciones de juego de roles antes y después del entrenamiento, que posteriormente fueron evaluados por jueces. Se obtuvieron correlaciones significativas entre los cambios detectados por los jueces y los cambios en los puntajes de la escala.

El análisis factorial del indicador GI determinó la existencia de once factores:

1. Iniciar interacciones (reactivos 9, 15, 17 y 18)
2. Confrontación (r. 26, 32, 35, 36, 38 y 39)
3. Dar retroalimentación negativa (r. 7, 8, 27, 28 y 29)
4. Responder a las críticas (r. 5, 12, 14 y 24)
5. Rechazar peticiones (r. 1, 3, 6 y 11)
6. Manejar situaciones de servicio (r. 4, 23, 25)
7. Resistir la presión de otras personas (r. 31 y 34)
8. Involucrarse en conversaciones agradables (r. 30 y 37)
9. Halagar a otros (r. 2 y 16)
10. Admitir deficiencias personales (r. 10 y 19)
11. Manejar una situación molesta (r. 13 y 40)

Desafortunadamente Gambrell y Richey no incluyen en su artículo información referente al método empleado para este análisis, el tipo de rotación y las cargas factoriales de los reactivos.

Aunque no se encontraron diferencias significativas entre los puntajes de hombres y mujeres, los hombres indicaron como menos probable resistir a proposiciones sexuales, rechazar la petición de una mujer de salir juntos y preguntar si habían ofendido a alguien. Las mujeres señalaron como menos probable discutir con alguien que critica su trabajo o pedir una cita con una persona. Estas diferencias parecen reflejar las expectativas sociales de los roles femenino y masculino.

Gambrell y Richey señalaron entre las implicaciones clínicas de los resultados obtenidos, que el puntaje en la subescala de Grado de Incomodidad parece ser un buen indicador para identificar a los candidatos potenciales a recibir entrenamiento asertivo.

Indican también que el entrenamiento para un sujeto "inassertivo" debe ser distinto que para un "actor-ansioso". En el último caso, fomentar un estado de relajación y control de la incomodidad subjetiva puede ser más útil que concentrarse en los componentes verbales y no verbales de las conductas asertivas. En contraste, para la persona "inassertiva", el mayor énfasis debe ponerse en desarrollar respuestas apropiadas.

Carrasco, Clemente y Llavona (1989) retomaron el inventario de Gambrill y Richey y evaluaron su consistencia interna y su estructura factorial. Trabajaron con una versión en español, la cual aplicaron a una muestra de 150 estudiantes de psicología de edades entre 19 y 21 años. Obtuvieron un coeficiente alfa de 0.91. Al realizar el análisis factorial (método de factores principales y rotación varimax) obtuvieron 12 factores en GI y 13 en PR, todos relacionados con los factores obtenidos por Gambrill y Richey, excepto uno llamado "rechazo de situaciones ventajosas". Al analizar el contenido de los reactivos, estos autores señalaron que en el inventario no se consideraba si las conductas se realizan de manera amenazante o punitiva ni la edad de las personas con quienes interactúa el sujeto. Agregaron que respecto a interacciones en el ambiente laboral, con familiares y con extraños el inventario recoge poca información. Concluyeron que existe poca especificación tanto de las situaciones como de las personas ante las que se ha de desplegar la conducta.

Cuestionario Situacional

Este cuestionario forma parte de una compleja investigación (Levenson y Gottman, 1978) cuyos objetivos fueron discriminar entre personas competentes e incompetentes desde el punto de vista social, caracterizar los tipos de competencia social y evaluar la eficacia de los posibles métodos de tratamiento.

El cuestionario en una primera versión incluía en su primera parte 40 reactivos representativos de siete tipos diferentes de situaciones:

- 1) Rechazo de peticiones poco razonables
- 2) Hacer lo que uno quiere
- 3) Expresar cómo se siente
- 4) Pedirle a alguien cambiar su conducta

- 5) Enfrentarse a situaciones formales
- 6) Iniciar y continuar una conversación
- 7) Hacer citas con individuos del sexo opuesto

Los reactivos se derivaron de las descripciones de situaciones "dificiles de manejar" obtenidas en entrevistas a estudiantes. Estas preguntas se contestaban en una escala de 1 a 5:

- 1) Me sentiría tan molesto y tan incapaz de manejar esta situación que preferiría evitarla.
- 2) Me sentiría muy incómodo y tendría serias dificultades en enfrentarme a ella.
- 3) Me sentiría algo incómodo ante tal situación y tendría alguna dificultad en enfrentarme a ella.
- 4) Me sentiría bastante cómodo ante tal situación y no tendría problemas en salir adelante.
- 5) Me sentiría muy a gusto en esta situación y no tendría ningún tipo de dificultad ante ella.

La segunda parte del cuestionario incluía 26 reactivos relacionados con ciertos aspectos de la conducta personal (amistad, autoconfianza, asertividad, intimidad y citas con personas del sexo opuesto) a las cuales se respondía en cuanto a su frecuencia: nunca, de vez en cuando, a menudo, casi siempre.

En principio, y según los autores, ambas escalas son capaces de discriminar entre sujetos socialmente competentes e incompetentes y entre dos tipos concretos de incompetencia social: el fallo en la conducta asertiva y los problemas relacionados a la interacción con personas del sexo opuesto.

Al fin de profundizar en los dos tipos de competencia social más relevantes, los autores transformaron la versión original en un "Cuestionario de citas y asertividad", nuevamente dividido en dos partes. En la primera se incluyeron nueve preguntas a las que el sujeto tiene que responder de acuerdo con la frecuencia de ejecución (nunca, de cuando en cuando, a menudo, casi siempre) y demostró tener una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = .92). En la segunda parte se plantean nueve situaciones

a las que, siguiendo la técnica del role-playing, se invita al sujeto a responder según las cinco posibilidades anteriormente descritas en relación con el grado de incomodidad o comodidad ante cada una de ellas. Esta segunda parte también cuenta con alta consistencia interna (Alfa de Cronbach = .85). El coeficiente de estabilidad temporal ($r > .62, p > 0.001$) señaló una moderada confiabilidad test-retest.

Escala de Conducta Interpersonal

La Escala de Conducta Interpersonal (Arrindell y Van der Ende, 1985), retoma el formato del inventario de Gambrill y Richey. La distinción entre dos aspectos importantes de las conductas asertivas (la incomodidad subjetiva y la probabilidad de respuesta) es exclusiva de estos instrumentos. La utilidad de esta distinción ha sido señalada por Pérez (1981)¹⁰.

La Escala de Conducta Interpersonal se compone de 50 reactivos, que al ser contestados en dos ocasiones independientes, en una escala de 1 a 5, dan lugar a los puntajes de las subescalas Incomodidad Subjetiva y Probabilidad de Respuesta. Los autores identificaron cinco factores en la escala:

- I. Expresión de sentimientos negativos
- II. Expresión y aceptación de limitaciones personales
- III. Expresión de opiniones personales
- IV. Expresión y aceptación de halagos
- V. Asertividad general

¹⁰ Este autor indica que dado que la falta de respuestas asertivas en el repertorio conductual de un individuo se atribuyen generalmente a la falta de aprendizaje de las mismas y a los efectos de la incomodidad subjetiva en la inhibición de la conducta, la distinción entre incomodidad y respuestas debe tenerse en cuenta sobre todo, con fines terapéuticos. Pérez, al clasificar a los sujetos, llega a las mismas categorías propuestas por Gambrill y Richey (asertivos, no asertivos, actores ansiosos e indiferentes), más lo hace a partir de los puntajes que aportan la Escala de Asertividad de Ralus y un cuestionario de ansiedad.

Los coeficientes de estabilidad temporal (en dos intervalos de tiempo, 22-40 días y 41-93 días) y de consistencia interna para cada uno de los factores, en las dos subescalas, fueron obtenidos (Arrindell y Van der Ende, 1985, p. 210-211) y señalaron que la escala posee una confiabilidad aceptable. La validez de la escala fue comprobada al comparar los puntajes obtenidos por una muestra antes y después de una fase de entrenamiento, y al obtener correlaciones con otros instrumentos y con medidas conductuales (p. 214-217).

Arrindell, Sanderman et al. (1988) comprobaron la estabilidad de la estructura factorial, en una muestra de pacientes psiquiátricos externos.

Medida de Rasgos asertivos, Escala Multidimensional de Asertividad para estudiantes y Escala Multidimensional de Asertividad para empleados

La Medida de Rasgos Asertivos -MERA- (Flores, Díaz-Loving y Rivera, 1987) consta de 53 afirmaciones, es una adaptación de la Escala de Asertividad de Rathus y es el primer instrumento para la medición de la asertividad traducido y adaptado en México. La escala original fue traducida y el número original de opciones de respuesta (6) fue reducido a 5. Después de un primer estudio, en el que se observó que la estructura factorial no se conservaba, se agregaron nuevos reactivos. De manera posterior al piloteo de la escala, se administró a estudiantes universitarios y empleados. Se encontraron tres factores (no asertividad, asertividad por medios indirectos y asertividad en situaciones cotidianas) con una alta consistencia interna (alpha de Cronbach, 0.85, 0.78 y 0.74 respectivamente). Sólo en el factor asertividad en situaciones cotidianas los hombres resultaron más asertivos que las mujeres. No se encontraron correlaciones importantes entre los factores y la escolaridad de los sujetos (Flores et al. 1987).

El MERA fue relacionado con mediciones de agresividad y situaciones problemáticas (Flores, 1989). Los resultados señalaron que existe una relación inversa entre asertividad y agresividad verbal, y por otra parte una relación directa entre escolaridad y asertividad asociada con una menor presencia de situaciones problemáticas causadas por la falta de decisión.

De manera posterior a la realización de investigaciones acerca de la conceptualización de la asertividad en la cultura mexicana, Flores (1994) elaboró la Escala Multidimensional de Asertividad para estudiantes y la Escala Multidimensional de Asertividad para empleados, pues se consideró que dada la naturaleza situacional del constructo de asertividad era conveniente contar con escalas específicas para diferentes poblaciones. Se obtuvo la validez concurrente y discriminante de la escala para empleados, al relacionarla con otras variables. Flores encontró que la asertividad se relaciona con locus de control interno, orientación al logro y autoconcepto positivo. Observó que los sujetos de mayor escolaridad obtenían puntajes mayores en la escala y no encontró diferencias significativas entre los puntajes de hombres y mujeres.

Flores (Ibid.) señala que según los hallazgos de sus estudios, la asertividad como estilo de confrontación, en la cultura mexicana, no es usual, sino que más bien se utiliza la automodificación y la abnegación al desenvolverse en las relaciones interpersonales.

Hasta aquí se han descrito algunas de las escalas de autorreporte más representativas, a fin de tener un panorama general de la naturaleza de estos instrumentos. Blanco (1983, pp. 590) al hacer un análisis de las técnicas de autorreporte de asertividad, sostiene que en ningún instrumento se encuentra una clara y convincente justificación teórica de la elección de los reactivos. Añade que la utilización de preguntas en términos generales, ambiguos y poco claros en sus connotaciones dificulta la interpretación y comprensión de la demanda y también, que existe una gran dispersión de criterios teóricos que dificultan la comprensión unívoca del fenómeno.

Beck y Heimberg (1983, p. 477), tras analizar siete escalas [la Escala de Asertividad de Wolpe y Lazarus (Hersen et al., 1979), el Inventario de Asertividad (Gambrill y Richey, 1975), la Escala de Autoexpresión para Adultos (Gay et al., 1975), la Escala de Autoexpresión para Estudiantes (Galassi et al., 1974), la Escala de Asertividad (Rathus, 1973), el Inventario de Resolución de Conflictos (McFall y Lillesand, 1971) y el Cuestionario de Asertividad (Callner y Ross, 1976)], concluyen que la falta de normas limita el uso clínico de estos instrumentos. Señala también, que se requiere mayor información acerca de la validez y confiabilidad de las mediciones, así como mayor consistencia y precisión en la aplicación del análisis factorial.

Porsu parte, Henderson y Furnham (1983) al examinar la estructura factorial de 5 escalas de asertividad [la Escala de Asertividad de Wolpe y Lazarus (Hersen et al., 1979), la Escala de Asertividad (Rathus, 1973), la Escala de Autoexpresión para Estudiantes (Galassi et al., 1974), el Inventario de Asertividad (Gambrill y Richey, 1975) y el Inventario de Asertividad de Bakker], indica que el factor más común que emerge en las escalas es el denominado "Defensa de los derechos personales en situaciones públicas". Notaron que los autorreportes comparten reactivos similares o idénticos y sin embargo, la estructura factorial de cada uno es muy distinta. En algunos casos los resultados no concordaron con los factores reportados por los autores de las escalas. Las correlaciones más altas obtenidas entre las escalas estudiadas fueron de 0.72 ($p < 0.001$) entre la escala de Rathus y la de Wolpe y Lazarus, 0.62 ($p < 0.001$) entre la subescala Grado de Incomodidad de Gambrill y la de Wolpe y Lazarus; y 0.61 ($p < 0.001$) entre la escala de Rathus y la de Bakker. Las demás correlaciones fueron muy bajas. Henderson y Furnham argumentan que esto no es extraño dadas las diferencias entre la estructura factorial de las escalas. Este estudio confirmó la naturaleza multidimensional de la asertividad y señaló, en consecuencia, la ineficacia de tomar un sólo puntaje como indicador general de asertividad, como lo hacen la mayoría de las escalas.

Futch, Scheirer y Lisman (1982) han indicado la falta de consistencia y conocimiento en la aplicación del análisis factorial a las escalas de asertividad. La comparación de los estudios se vuelve difícil y confusa debido a que los factores obtenidos difieren de un estudio a otro, se han encontrado factores en diferente número, suele darse nombres distintos a factores semejantes y se han rotado tantos factores, que se obtienen factores que agrupan no más de dos reactivos (p. 26-27). Señalaron también la omisión de información relevante (técnica para determinar el número de factores rotados, comunalidad de las variables, valores eigen, entre otros) para la replicación de los estudios. Finalmente proponen un procedimiento para realizar el análisis factorial de las escalas de asertividad, tomando como ejemplo la Escala de Asertividad de Rathus (1973).

Aunado a los anteriores comentarios, poco halagadores, debemos mencionar que los estudios acerca de las características psicométricas de las escalas de asertividad han sido insuficientes o limitados. En muchos de ellos, los resultados no han sido

contrastados en muestras representativas de la población general, restringiéndose a sectores muy concretos y muestras pequeñas. Otro aspecto descuidado por la mayoría de los autores ha sido la obtención de normas de aplicación, corrección y valoración estandarizadas. No deja de ser preocupante que el análisis factorial haya sido utilizado sin el conocimiento y rigor necesario, dando lugar a resultados confusos y divergentes en cuanto a la validez de constructo de las escalas.

A pesar de estas críticas, los autorreportes de asertividad representan un recurso sumamente económico para detectar conductas inadaptativas, así como las situaciones en que estas se producen. Naturalmente, es interesante, siempre que sea posible, contrastar los datos obtenidos mediante estos instrumentos con los procedentes de otras fuentes, considerando que los autorreportes reflejan la visión subjetiva del individuo, lo que constituye un dato importante que debe aprovecharse con fines terapéuticos. La razón más legítima para invertir tiempo en la evaluación de la asertividad, es la de generar indicadores que orienten las decisiones que han de tomarse en beneficio de las personas no asertivas.

Todavía queda mucho por hacer en relación con el establecimiento de procedimientos adecuados para la evaluación de la conducta asertiva. Es necesario elaborar definiciones más específicas, sistematizar el procedimiento de validación y dedicar mayor atención a las características psicométricas de las escalas antes de que puedan hacerse conclusiones definitivas respecto a su utilidad en la investigación y el ámbito clínico.

Mediciones fisiológicas y conductuales en situaciones controladas

Respecto a las mediciones conductuales, la observación en situaciones controladas es la que se ha usado con mayor frecuencia. Este tipo de observaciones incluye las medidas de asertividad denominadas como técnicas de juego de roles. Han recibido un fuerte soporte empírico dada la semejanza entre los requerimientos de la situación controlada y las situaciones reales.

En términos generales, al sujeto se le presenta la descripción detallada de una escena social e inmediatamente después se le pide que diga cómo respondería ante tal

situación, o bien en otros casos se observa, codifica y analiza la evolución de sus respuestas en una situación interpersonal artificialmente creada. De estas dos posibilidades, la primera ha sido la más utilizada.

La técnica de observación en situaciones artificiales, raramente se ha utilizado como modalidad única y exclusiva, sino como método complementario de las técnicas de autorreporte.

A continuación se describen brevemente algunos de los estudios sobre asertividad en los que se han utilizado este tipo de mediciones, haciendo énfasis solamente en los aspectos más relevantes para el presente trabajo.

McFall y Marston (1970) desarrollaron una técnica de observación a fin de evaluar la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo para estudiantes, le llamaron Test Conductual de Juego de Roles. Este test fue utilizado conjuntamente con la Escala de Wolpe y Lazarus, con el Test de ansiedad de Tylor y con dos tipos de medidas auxiliares: latencia de respuesta y pulsaciones del sujeto inmediatamente después del juego de roles. A esto se añadió, dos semanas después, una llamada telefónica.

El test conductual consta de 80 descripciones de situaciones de interacción en audiograbación. En cada una, un narrador describe una escena de interacción inconclusa a la cual el sujeto debe dar una respuesta acorde y después se le pide que diga el nivel de ansiedad que le produciría la escena y el grado de satisfacción con la respuesta emitida.

Un ejemplo del tipo de situaciones incluidas sería el siguiente. En la grabación un narrador describe la escena pidiéndole al sujeto imaginar que está en la fila de un cine, ha esperado diez minutos, la película está por empezar y teme que las localidades se agoten. Dos personas se acercan a la persona que esta enfrente en la fila, estas últimas le preguntan: "Perdone, ¿no le importa si nos ponemos adelante, verdad?"

El test conductual se aplicaba de manera previa y posterior al tratamiento. Las respuestas del sujeto eran grabadas y posteriormente analizadas por jueces, con la finalidad de estudiar la efectividad que la repetición de conductas, como técnica terapéutica, tendría en la adquisición de respuesta asertivas.

La llamada telefónica, incluida en este estudio como representativa de las técnicas de observación en situaciones naturales, se hacía dos semanas después de concluidas las sesiones de entrenamiento y tenía la finalidad de evaluar la efectividad del mismo. Un estudiante que se hacía pasar por vendedor de revistas telefoneaba a cada uno de los sujetos experimentales ofreciéndoles revistas gratuitas por el resto del curso en la suscripción de otras dos a "precio especial para estudiantes".

Cada llamada fue grabada para su posterior análisis considerando el tiempo total de la conversación, el tiempo transcurrido hasta el primer rechazo por parte del sujeto experimental, la resistencia a la insistente propuesta y la actividad verbal durante la conversación. En una llamada posterior se les explicó a los sujetos la verdadera naturaleza de la primer llamada y se les pidió permiso para usar la grabación con fines de investigación. El análisis indicó que los logros en el entrenamiento se transferían a aspectos de la vida cotidiana.

Los hallazgos de un segundo estudio similar (MacFall y Lillesand, 1971) se contrapusieron a estos resultados. En este estudio los estudiantes fueron clasificados como asertivos y no asertivos según el Inventario de Resolución de Conflictos y se les sometió a una fase de entrenamiento. Días después de iniciado el entrenamiento y coincidiendo con el periodo de exámenes finales se les hacía una llamada telefónica. Una mujer se presentaba como la directora de un comité de estudiantes preocupados por los problemas de transporte público de la ciudad y les preguntaba hasta que punto estaban dispuestos a dar apoyo durante unas horas. La mujer insistía hasta que el sujeto había aceptado colaborar o rechazado la petición por lo menos cinco veces. Como en el estudio anterior, las llamadas fueron grabadas y se consiguió posteriormente el permiso para utilizarlas con fines de investigación. En este caso los resultados indicaron que los efectos del tratamiento no se transfirieron en el contexto de la llamada o que probablemente la situación analizada no era lo suficientemente representativa.

MacFall y Twentyman (1973), dando seguimiento a esta serie de investigaciones, utilizaron también la llamada telefónica para evaluar la generalización de los efectos del tratamiento a situaciones reales, también con estudiantes. En este caso la llamada era hecha por otro estudiante que hacía peticiones poco razonables. Le solicitaba al sujeto ayuda para la preparación de un examen y los apuntes de la materia durante varios días. Por último proponía devolverlos dos días antes del examen. Los resultados fueron en el mismo sentido que los de la segunda investigación.

En otro estudio, Eisler, Miller y Hersen (1973) desarrollaron el Test Conductual de Asertividad (BAT) para la medición de la asertividad en pacientes psiquiátricos varones. El test incluía catorce situaciones interpersonales, las respuestas eran grabadas para su posterior análisis.

La segunda versión, el BAT-R (Eisler, Hersen, Miller y Blanchard, 1975) se compone de 32 situaciones que describen escenas de la vida diaria, en las que el interlocutor puede ser hombre o mujer, familiar o no familiar. Tienen cabida dos tipos de respuesta: positiva y negativa (expresión de sentimientos positivos o negativos).

En la aplicación se le decía al paciente que se quería saber cómo reaccionaría en situaciones de la vida diaria fuera del hospital, pidiéndole que se esforzara en contestar como si realmente se encontrara en la situación. He aquí dos de las situaciones incluidas en la escala:

Interlocutor masculino-familiar-respuesta negativa

Narrador: "Usted ha tenido un día pesado en el trabajo y está cansado. Su jefe entra y le pide que se quede a trabajar horas extras por tercera ocasión en la semana. Usted en realidad quiere retirarse a su casa a la hora a la que le corresponde salir. Su jefe le dice: "Ya me voy. ¿Podría usted quedarse otra vez y terminar este trabajo por mí?"

Interlocutor femenino-no familiar-respuesta positiva

Narrador: "Esta usted en un restaurante y la mesera le acaba de servir un excelente platillo tal como a usted le gusta. Usted está agradecido por su rápido y eficiente servicio". Ella se acerca y le dice: "Espero que disfrute su comida, señor". (Eisler, Hersen, Miller y Blanchard, 1975, p. 332)

Una persona, hombre o mujer, según la escena, tomaba el lugar del interlocutor para hacer más real la escena. El análisis posterior de las respuestas grabadas, incluía los siguientes elementos:

I. Conducta verbal

- a) duración del contacto ocular
- b) sonrisas
- c) duración de la respuesta

- d) latencia de respuesta
 - e) intensidad de la voz
 - f) tonalidad de la voz
 - g) errores lingüísticos en relación con la duración de la respuesta
2. Respuesta positiva
- a) alabanza, aprobación, admiración
 - b) aprecio, agradecimiento
 - c) respuesta positiva espontánea
3. Contenido negativo de la respuesta
- a) sumisión
 - b) demanda de un cambio de conducta por parte del interlocutor
4. Asertividad según el total de respuestas dadas por el sujeto a cada una de las situaciones y según la opinión de dos jueces que determinaban el puntaje de cada sujeto experimental.

Este estudio puso de manifiesto la importancia de la situación en la calidad de las respuestas. Los resultados sostienen la hipótesis de que en situaciones que requieren de respuestas asertivas, la conducta del sujeto está funcionalmente relacionada con el contexto de la relación interpersonal. Se demostró que un individuo puede ser asertivo en un contexto interpersonal específico y no asertivo en otro distinto. A partir de esto puede afirmarse que la evaluación de las conductas asertivas y su entrenamiento requieren tanto un análisis conductual como situacional. Los resultados de este tipo de estudios dejan ver un reflejo de la diversidad de roles masculinos y femeninos culturalmente establecidos.

MacDonald (1975), por su parte, desarrolló un tipo de medida compuesta por 52 ítems que presentan situaciones sociales, llamado Test de Asertividad para Estudiantes Universitarias (CWAS). Este test, como los anteriormente mencionados presenta a las situaciones descritas en una grabación, y de igual manera se pedía a las estudiantes responder de manera natural, imaginándose que la escena ocurre en realidad. MacDonald quiso determinar la existencia de relaciones entre la ansiedad y

la asertividad, para lo cual aplicó el CWAS, el Inventario de Resolución de Conflictos y la Escala de Asertividad de Rathus como mediciones de asertividad; un autorreporte de ansiedad y la tasa cardíaca como índices de ansiedad. Encontró correlaciones significativas de 0.53 ($p < 0.001$) entre el CWAS y el CRI, de 0.51 entre el CWAS y el RAS y de 0.48 entre el CRI y el RAS. Sin embargo entre el CWAS, la tasa cardíaca y el Diferencial de Ansiedad la correlación fue nula. Estos resultados, según MacDonal, dan soporte a la validez divergente del CWAS y por otro lado, indican que la supuesta dependencia entre ansiedad y asertividad no es demostrable, al menos a partir de estas mediciones.

En general, como puede notarse, las técnicas de observación en situaciones controladas difieren relativamente poco de las de autorreporte, salvo que las preguntas o descripciones suelen ser más largas y explícitas. En realidad no se enfrenta al sujeto a una auténtica situación de juego de roles, pues la actuación del interlocutor se limita a la mera presencia o al pronunciamiento de una frase estandarizada.

Por otra parte, el uso de muestras de pacientes psiquiátricos o de universitarios dificulta las posibilidades de generalización, ya que ambos universos muestrales constituyen más una excepción que una regla en cuanto a su distribución en la población general.

Basándose en el supuesto de que la ansiedad interviene como inhibidor de las respuestas asertivas en la interacción social, se han hecho intentos por relacionar algunas medidas fisiológicas con la conducta asertiva, aunque existen pocos estudios al respecto. Este tipo de medida se apoya en el supuesto de que la ansiedad interviene como inhibidor de las respuestas asertivas en la interacción social. Desde esta perspectiva se ha considerado que la frecuencia cardíaca podría ser un buen indicador del estado emocional de un sujeto ante situaciones que requieren de reacciones autoafirmativas o asertivas, aunque en estas investigaciones se ha preferido el término habilidades sociales.

Borovec et al. (1974) conformaron dos grupos de sujetos a partir de las puntuaciones obtenidas en una escala de autorreporte de ansiedad social y midieron su frecuencia cardíaca. Esta medida fue tomada antes y durante una interacción *in vivo*. Los resultados más sobresalientes indican que la frecuencia cardíaca aumenta antes de la interacción, alcanza su punto máximo al inicio y decrece lentamente a lo

largo del diálogo. Aunque los sujetos con alta ansiedad, según el test, presentaron mayores frecuencias cardíacas, las diferencias no fueron significativas.

Pudo observarse una ausencia de relación entre las medidas fisiológicas de ansiedad y las de autorreporte en torno a los estados emocionales y que al parecer la excitación emocional no influye en la ejecución adecuada de la conducta social, por tanto la ansiedad aparenta poseer poca confiabilidad en la predicción de la conducta social.

Algunos investigadores se han dado a la tarea de comparar los resultados que se obtienen mediante técnicas como: autorreporte, observación en situaciones controladas y observación en situaciones naturales. Green, Burkhart y Harrison (1979) llevaron a cabo un estudio con 76 estudiantes, en la que aplicaron dos escalas de autorreporte de asertividad [la Escala de Autoexpresión para Estudiantes (Galassi et al., 1974) y la Escala de Asertividad (Rathus, 1973)] y la forma E (escala de impulsividad) del Perfil de Personalidad de Jackson, un test de juego de roles (en el que se consideró un índice de asertividad general, conducta verbal y conducta no verbal) y una llamada telefónica.

Las correlaciones más altas se dieron entre instrumentos del mismo tipo. El CSES y el RAS obtuvieron una correlación de 0.68 ($p < 0.001$). En el test de juego de roles, los índices de asertividad general y conducta verbal guardaron una correlación de 0.74 ($p < 0.001$). El PRF-E correlacionó solamente con las medidas de autoinforme y obtuvo correlación baja y poco significativa con la llamada telefónica.

La investigación de la asertividad en México

Incluimos este apartado con el fin de ofrecer un panorama general del estado que guarda el estudio de la asertividad en nuestro país y poder contextualizar el presente estudio.

Los estudios que se refieren aquí, son en su mayoría trabajos de tesis. Parece ser en este tipo de investigaciones, en los que con mayor frecuencia se ha abordado la evaluación de la asertividad, aunque de manera poco reflexiva. Los trabajos de Flores, Díaz-Loving y Rivera (1987) y Flores (1989, 1994), realizados también en México, han

hecho importantes aportaciones respecto a la conceptualización de la asertividad, su medición y relación con otras variables. Puesto que nos referimos a ellos con anterioridad, no se incluyen en este apartado.

En general, el uso de escalas de asertividad, se ha dado con el fin de hacer evaluaciones antes y después de programas de entrenamiento asertivo. A continuación referimos estos estudios.

Larios (1982) utilizó el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey para seleccionar 24 alcohólicos no asertivos, de entre 25 y 40 años, conformando dos grupos, de los cuales uno recibió entrenamiento asertivo. Durante el tiempo en que se desarrolló el entrenamiento, les fueron practicados a los sujetos pruebas de concentración de alcohol en sangre y un familiar llevaba el registro de las veces que ingería alcohol. La escala fue aplicada nuevamente al término del entrenamiento, observándose en el grupo experimental, una disminución significativa de los puntajes brutos de la subescalas de Grado de Incomodidad y aumento en la escala de Probabilidad de Respuesta, así como un decremento importante en la ingestión de alcohol. En este trabajo se incluye la versión de la escala utilizada sin ahondar en su origen y características. Tampoco se explica cómo a partir de los puntajes de la escala se diferenció entre sujetos no asertivos y asertivos.

Guerrero y Pacheco (1983) desarrollaron y propusieron un programa de entrenamiento asertivo para mejorar las relaciones sexuales en la pareja¹¹. En este programa se proponen evaluaciones previas y posteriores al entrenamiento, que incluyen la Escala de Asertividad de Rathus y el Inventario Asertivo de Alberti y Enimons, sin embargo las autoras no manifiestan cómo se obtuvo la traducción de las escalas originales ni preocupación por las características psicométricas y descriptivas de las mismas.

Arriaga y Giles (1983) implementaron un programa de entrenamiento asertivo para niños de tercer grado de primaria, con el fin de determinar la relación entre asertividad, rendimiento académico y relaciones interpersonales. Elaboraron una adaptación para niños de la Escala de Asertividad de Rathus, que aplicaron conjuntamente con pruebas de rendimiento académico y la realización de registros

¹¹ El programa no fue implementado.

observacionales de conductas asertivas antes y después del entrenamiento. Los resultados mostraron un incremento importante en los puntajes de las pruebas de rendimiento y asertividad y en los indicadores de asertividad que arrojaron los registros observacionales. Arriaga y Giles, al no encontrar una correlación significativa entre los registros observacionales y los puntajes de la escala de asertividad, concluyeron que ésta no era válida ni confiable.

Cortés (1984) seleccionó a 8 empleados no asertivos, tomando como criterio los puntajes del Cuestionario Asertivo de Lazarus. Dos observadores independientes realizaron registros de los componentes asertivos verbales (tono, volumen, latencia, contenido) y no verbales (contacto ocular, postura, expresión facial) de las conductas de los sujetos durante su horario de trabajo, obteniendo así la línea base de cada componente. Posteriormente se dió a los empleados un curso de entrenamiento asertivo y pasado mes y medio después de la terminación del curso, se realizaron nuevamente los registros observacionales. Se observó que los sujetos adquirieron, incrementaron y/o mantuvieron conductas asertivas. En este estudio no se consideró el hecho de que el Cuestionario Asertivo de Lazarus no ha sido adaptado para población mexicana.

Camargo (1985) realizó un estudio, cuyo objetivo fue ampliar el repertorio conductual de un grupo de enfermeras a fin de mejorar su interacción con los pacientes al poner en práctica conductas asertivas y aplicar técnicas de reforzamiento y extinción. Si bien quedó patente la efectividad del programa de entrenamiento, el uso de la traducción de la Escala de Asertividad de Rathus, cuyo origen no se menciona, deja en entredicho la validez de las evaluaciones previas y posteriores al tratamiento y en consecuencia, también el supuesto aumento de respuestas asertivas.

Ordoñez (1986) desarrolló e implementó un programa de entrenamiento para trabajadoras domésticas con el fin de dotarlas de un repertorio conductual y social adecuado que facilitara su interacción con sus patrones. Se incluyeron técnicas de entrenamiento asertivo y de terapia racional emotiva. Con el objeto de evaluar los efectos del programa, se utilizaron un inventario de asertividad y una dinámica de juego de roles, ambos diseñados en base a entrevistas realizadas a trabajadoras domésticas y que se aplicaron de manera previa y posterior al programa. El inventario y el juego de roles no fueron validados. Se concluyó que el entrenamiento fue efectivo,

pues los porcentajes de respuestas asertivas aumentaron considerablemente y se mantuvieron estables, como lo indicó el seguimiento realizado seis meses después.

El trabajo de Buitrón (1991) resulta interesante, por haber combinado medidas de autorreporte y juego de roles. Se reporta el desarrollo y resultados de un programa de entrenamiento asertivo para mujeres con trastorno de personalidad por dependencia. Buitrón trabajó con 10 mujeres de entre 25 y 35 años, asignadas a un grupo control y uno experimental, sólo este último recibió entrenamiento asertivo. En los dos grupos se realizaron evaluaciones previas y posteriores al entrenamiento que incluían el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, el Inventario de Asertividad de Rathus, un inventario de ideas irracionales y siete situaciones de juego de roles elaboradas ex profeso para la investigación. Incluimos aquí una de estas situaciones:

Instrucciones: Su pareja le dice que usted es incapaz de lograr algo en la vida.

Coterapeuta: "Creo que eres incapaz de lograr algo en la vida, tu naciste para cuidar de la casa y a tus hijos, no tienes aspiraciones mayores, lástima, ese es tu destino".

Las respuestas que daban las mujeres en el juego de roles se clasificaron en: asertivas, agresivas, tímidas y otras. Los puntajes del inventario de Gambrill y Richey fueron transformados en porcentajes de respuestas asertivas. Se consideraron respuestas asertivas, en la subescala Grado de Incomodidad, las respuestas 1 (nada) y 2 (un poco), y 1 (siempre) y 2 (usualmente) en la subescala Probabilidad de Respuesta. Las evaluaciones del grupo experimental, posteriores a la fase de entrenamiento, señalaron, un aumento de respuestas asertivas en las escalas de autorreporte y un decremento de respuestas agresivas y tímidas en el juego de roles. Desafortunadamente no se comprobó la significancia estadística de estos cambios. Algo que llama la atención en esta investigación es la ausencia de la descripción de las escalas de autorreporte y de las referencias a los trabajos de Rathus (1973) y Gambrill y Richey (1975) en los cuales se publicaron estos instrumentos. Buitrón señala la detección de reactivos incomprensibles en las escalas de asertividad, aunque no se indica el origen de las versiones utilizadas.

En un estudio exploratorio acerca de la aplicación del entrenamiento asertivo a los conflictos de interacción familiar, Romero y Ordoñez (1991) hicieron una adaptación del Inventario de Gambrill y Richey. Adecuaron los reactivos originales a

situaciones de interacción familiar e incluyeron reactivos nuevos, obteniendo en total 60. Trabajaron con una familia de cuatro integrantes (padre, madre, hijo e hija), a quienes dieron entrenamiento asertivo grupal. Las evaluaciones antes y después del entrenamiento incluyeron la aplicación del Inventario de Gambrell y Richey, un cuestionario de interacción familiar, un cuestionario de conflictos familiares y juego de roles. En el juego de roles se consideraron situaciones de tres tipos (expresión de sentimientos, manejar situaciones de conflicto y habilidad para negociar), evaluando a su vez conductas verbales y no verbales. Las evaluaciones posteriores al tratamiento se replicaron 2 y 4 semanas y 2 y 3 meses después.

Como resultado del entrenamiento se observó un aumento en el porcentaje de respuestas asertivas en el inventario, y estos porcentajes se mantuvieron en las evaluaciones durante el seguimiento. Los indicadores de asertividad del juego de roles también aumentaron después del entrenamiento, comprobándose la significancia estadística de tal incremento. En este trabajo tampoco se menciona el origen de la versión del inventario, ni se incluye la referencia al trabajo de Gambrell y Richey (1975).

Dos trabajos muy recientes que aportan más elementos a favor del entrenamiento asertivo son el de Gutiérrez (1994) y el de Martínez (1995). Gutiérrez argumenta la relevancia del entrenamiento asertivo como medio para mejorar la calidad de vida y señala la necesidad de evaluar su efectividad y promover su aplicación. Por su parte, Martínez comprobó las ventajas que ofrece la inclusión de ejercicios tendientes a incrementar las conductas asertivas en un programa de educación sexual para adolescentes. Observó que tales ejercicios facilitan el aprendizaje y favorecen actitudes más abiertas hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

Como puede verse, la mayoría de las investigaciones revisadas en este apartado, han abordado la evaluación de la asertividad básicamente para comprobar la efectividad del entrenamiento asertivo aplicado en diferentes contextos y a diferentes personas o grupos de personas. Desafortunadamente, salta a la vista la despreocupación con que se han utilizado las escalas de autorreporte. Parece inexistente en los investigadores la inquietud acerca de la adaptación y estandarización de las escalas para el correcto uso, calificación e interpretación de los puntajes que éstas aportan. En su mayoría, las versiones de las escalas que se han utilizado ni siquiera han sido traducciones

cuidadosas y se han calificado e interpretado arbitrariamente. Su inadecuado uso ha llevado a una serie de suposiciones erróneas que, en no pocos casos, invalidan las evaluaciones realizadas. Se observa que en general, el uso indiscriminado de escalas, no sólo las de asertividad, es un común denominador en las investigaciones.

Por otra parte, es interesante observar la manifiesta inquietud y expectativas que ha levantado la aplicación del entrenamiento asertivo en nuestro país. El hecho de que se hayan realizado intentos por aplicar esta modalidad de tratamiento a personas con déficits de conducta asertiva relacionados con otros problemas clínicos (alcoholismo, interacciones conflictivas de pareja y familiares, personalidad dependiente, etc.) y se reporte siempre resultados favorables, señala que existe un amplio espectro de aplicación para el entrenamiento asertivo.

La falta de instrumentos validados y confiables para la evaluación de la asertividad es una carencia que debe subsanarse. Es preciso promover también una mayor responsabilidad en cuanto al uso de escalas de autorreporte.

V. MÉTODO

Planteamiento del problema y justificación de la investigación

La falta de asertividad entendida como un déficit en habilidades sociales que dificulta las relaciones interpersonales es un problema que podría ser aliviado mediante el ofrecimiento de la modalidad de terapia pertinente. En este sentido, la medición y el diagnóstico de la falta de asertividad representa un problema en tanto no se disponga de los instrumentos adecuados y se difunda su uso.

En la práctica clínica, la determinación de aplicar el entrenamiento asertivo se ha basado en entrevistas, autorregistros, observación directa y autorreportes. Estos últimos ofrecen ventajas sobre las otras técnicas, pues requieren de pocos recursos materiales, humanos y mínimo tiempo para su aplicación. La mayoría de las escalas de autorreporte para la medición de la conducta asertiva en adultos han sido desarrolladas en Estados Unidos. Las traducciones de la Escala de Asertividad de Rathus (1973), el Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey (1975), el Inventario Asertivo de Alberti y Emmons (1974, en Cotler y Guerra, 1976), el Inventario Asertivo de Wolpe y Lazarus (1966, en Hersen et al., 1979), entre otras, han sido utilizadas en diversas investigaciones en nuestro país a pesar de la falta de estudios que avalen su uso. Esta situación ha dado origen a mediciones imprecisas y a la interpretación arbitraria de los resultados.

De las escalas mencionadas, sólo la Escala de Asertividad de Rathus ha sido retomada y adaptada para su uso en nuestro país, dando lugar a la Medida de Rasgos Asertivos, MERA (Flores, Díaz-Loving y Rivera, 1987) y a dos escalas específicas, una para empleados y otra para estudiantes (Flores, 1989, 1994). Aunque la validez y la confiabilidad de los instrumentos anteriores es aceptable, aún no se han obtenido normas para su calificación. Por otra parte, es evidente también la falta de otros instrumentos que midan el mismo constructo y permitan la evaluación idónea de la validez de criterio.

El Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey ha sido una de las escalas de autorreporte de asertividad más utilizadas en estudios de investigación, sin embargo,

dada la falta de información para la interpretación de los puntajes, se ha considerado pertinente explorar sus características psicométricas y estandarizarlo a fin de minimizar los errores de medición. Contar con un instrumento estandarizado para la evaluación de la asertividad es útil por tres motivos:

1. Puede ser usado como un medio eficiente para monitorear la conducta de una persona en una amplia variedad de situaciones interpersonales. A partir del instrumento, el terapeuta puede, identificar las áreas problema mediante la revisión minuciosa de las respuestas del paciente en la escala.
2. Puede usarse como un instrumento para identificar a las personas que pueden beneficiarse del entrenamiento asertivo, ya que éste parece ser una de las contribuciones más promisorias de la terapia conductual.
3. Puede usarse también como una herramienta de investigación. Su función puede ser muy importante en el diagnóstico y la medición de cambio conductual.

Otra de las razones por las que se eligió el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey para el presente estudio, es que a diferencia de otras escalas de autorreporte, abarca una amplia variedad de situaciones interpersonales, considera la multidimensionalidad del constructo asertividad y relaciona un factor de naturaleza emocional (la incomodidad subjetiva) y la manifestación conductual. Esta última característica ha sido considerada un acierto por su utilidad para los fines terapéuticos del entrenamiento asertivo (Pérez, 1981).

Muchas pruebas psicológicas suelen aplicarse de manera indiscriminada en instituciones de salud pública, ambientes laborales y otros ámbitos a pesar de que no cuentan con estudios de adaptación y estandarización. En general, puede decirse que existe gran irresponsabilidad y falta de ética en cuanto al uso de las pruebas psicológicas e inconciencia respecto la importancia de contar con instrumentos de medición psicológica cuya objetividad, sensibilidad, validez y confiabilidad hayan sido probadas.

Los estudios sobre entrenamiento asertivo en México reportan beneficios para diferentes personas (alcohólicos, enfermeras, empleados, trabajadoras domésticas, cónyuges y familiares) que no han podido ser evaluados de manera confiable debido a la falta de instrumentos estandarizados. Por lo expuesto anteriormente puede

considerarse necesaria la generación de instrumentos que en el ámbito clínico permitan la detección de problemas conductuales así como su diagnóstico certero y confiable, de tal forma que pueda ofrecerse atención oportuna y adecuada a ellos.

Objetivos

Objetivo general

- Estandarizar el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey para su correcto uso y aplicación a personas de la Ciudad de México. De esta manera se pretende aportar un instrumento útil para la detección y delimitación de déficits conductuales en asertividad, para su posterior atención.

Objetivos específicos

- Traducir y adaptar el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.
- Explorar las características psicométricas, de la versión en español elaborada para este estudio, de dicho inventario.
- Obtener las normas de calificación para la correcta interpretación de los resultados del inventario.

Preguntas de investigación

- ¿Es el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey un instrumento válido y confiable para la evaluación de la asertividad?
- ¿A partir de qué parámetros deben interpretarse los puntajes brutos obtenidos en el inventario por personas de la Ciudad de México?

Hipótesis

- El Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey, en su versión en español, es un instrumento válido y confiable para la evaluación de la asertividad.
- Las normas de calificación se basan en los parámetros pertinentes para interpretar los puntajes brutos y determinar en que grado las personas poseen el atributo asertividad.

Las hipótesis nulas son, naturalmente, contrarias a las aquí planteadas.

Variables

Variables independientes: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de escolaridad

Estas variables son características de los sujetos, y por tanto se consideran variables *atributivas* no manipulables. Sexo, estado civil y ocupación son variables *categorías*, dado que son medidas nominales que permiten definir subconjuntos (Kerlinger, 1973. pp. 26-27). En este caso, aunque que se trata de un estudio no experimental, esta variables han sido llamadas independientes, pues se considera que en cierto modo determinan (o se correlacionan con) los puntajes que arroja el inventario. Por la naturaleza explícita de estas variables, se prescindirá aquí de su definición conceptual y operacional.

Variables dependientes

Asertividad

Definiciones conceptuales:

- "...Se suele aplicar el término *conducta asertiva* para describir la conducta de aquellos individuos capaces de expresar directa y adecuadamente sus opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales. La gama de conductas asertivas es en sí misma ilimitada, e incluye toda la variedad

de situaciones existentes que de forma diferencial puedan requerir el expresar una opinión, rechazar una propuesta poco razonable o expresar enfado, al igual que amor, afecto o alabanza" (Bartolomé et al., 1979, citado en Pál-Hegedus y Hensen, 1982).

- La *asertividad* se define como la habilidad tanto para emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente y para no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por otros (Gambrill, 1977, p. 532). Las conductas típicamente asertivas se componen de un elemento emocional (ausencia de incomodidad subjetiva) y de la manifestación conductual propiamente dicha (Gambrill y Richey, 1975).

Definición operacional: La *asertividad* fue medida a partir de la magnitud de los puntajes (suma de las respuestas a cada subescala del inventario). Una persona es considerada típicamente asertiva si obtiene puntajes bajos en las dos subescalas del inventario.

Confiabilidad

Definición conceptual: La *confiabilidad* de un instrumento de medición se refiere a su grado de exactitud y precisión, a que su aplicación repetida al mismo sujeto produzca resultados semejantes bajo condiciones similares y al grado en que evita errores de medición (Kerlinger, 1973, pp. 311-312; Magnusson, 1990, pp. 77).

Definición operacional: Coeficiente alfa de Cronbach mayor que 0.85 (Este coeficiente señala el grado de *homogeneidad de la estructura interna*).

Validez

Definición conceptual:

La *validez* se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir y a la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas (Kerlinger, 1973, p. 321, Magnusson, 1990, pp. 153).

Definición operacional:

Poder discriminativo de los reactivos. Los reactivos deben ser contestados de manera distinta por quienes obtienen puntajes bajos y altos, es decir, obtener valores *t* significativos al comparar las medias de dichos grupos.

Validez de constructo. Congruencia de la estructura factorial del inventario con las categorías planteadas por Gambrill y Richey (rechazar peticiones, admitir limitaciones personales, iniciar contactos sociales, expresar sentimientos positivos, afrontar la crítica de los demás, discrepar de las opiniones de otros, solicitar atención adecuada en situaciones de servicio y expresar sentimientos negativos).

Tipo de estudio

Este estudio fue básicamente *descriptivo* (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, pp. 60-63), pues busca especificar las propiedades del instrumento sometido a análisis, sin introducir ningún tratamiento para modificar la conducta asertiva de las personas que contestaron el inventario. Se evalúan aspectos como la capacidad de discriminación de los reactivos, la validez de constructo y la consistencia interna del inventario y se pretende medir con la mayor precisión posible la variable asertividad. Esta investigación puede caracterizarse también como del tipo *ex post facto*, no experimental (Kerlinger, 1973, pp. 268-278), puesto que no se tiene control directo sobre las variables independientes (atributivas) dado que ya acontecieron sus manifestaciones y son intrínsecamente no manipulables.

Muestras

En los estudios piloto y en la aplicación del inventario al grupo normativo, se utilizaron muestras accidentales no probabilísticas. Se hizo este tipo de muestreo dada la dificultad de realizar un muestreo aleatorio. No se pretendió que las muestras utilizadas en los estudios piloto fueran representativas puesto que el objetivo era solamente analizar los reactivos. Dado la conformación y el tamaño del grupo normativo ($n = 1127$) puede considerarse como una muestra representativa (según Kerlinger, 1973, p. 84), pues reúne las características de la población que son importantes para esta investigación.

Criterios para la selección de los sujetos

Los criterios fueron:

- Tener entre 16 y 65 años
- Saber leer y escribir
- Vivir en la Ciudad de México y
- Acceder a contestar el inventario

Instrumento

El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey es una escala de autorreporte. La versión original, en inglés, fue publicada en 1975. Consta de dos subescalas (grado de incomodidad, GI y probabilidad de respuesta, PR) que incluyen 40 reactivos que presentan situaciones de interacción con extraños, amigos, compañeros de trabajo y personas íntimamente relacionadas, dichas situaciones se engloban en ocho categorías:

- Rechazar peticiones
- Admitir limitaciones personales
- Iniciar contactos sociales
- Expresar sentimientos positivos
- Realizar conductas asertivas en lugares públicos
- Discrepar de las opiniones de otros
- Afrontar la crítica de los demás
- Expresar sentimientos negativos

Las autoras elaboraron los reactivos a partir de reportes de estudiantes y pacientes así como de una amplia revisión de la literatura para determinar cuales eran las situaciones que con mayor frecuencia se asocian con la falta de asertividad.

Los reactivos son contestados en dos ocasiones de manera independiente. Las instrucciones indican a quien contesta señalar en la columna izquierda, en una escala de 1 (nada) a 5 (demasiado), el grado de incomodidad o malestar subjetivo que experimentarfa en las situaciones descritas. Se le pide después señalar en la columna derecha, en una escala de 1 (siempre) a 5 (nunca), la probabilidad de que lleve a cabo la conducta descrita. Al sumar las respuestas dadas en cada columna, se obtienen dos puntajes, uno para la subescala Grado de Incomodidad (GI) y otro para la subescala Probabilidad de Respuesta (PR). Finalmente se pide al sujeto señalar aquellas situaciones en las que le gustaría ser más asertivo¹². El número de situaciones marcadas y el análisis de cada una de ellas aportan información valiosa para fines terapéuticos.

El inventario (en su versión original) obtuvo un coeficiente de estabilidad temporal de 0.87 para la escala GI y de 0.81 para PR. Las autoras del inventario realizaron sólo el análisis factorial para el indicador GI. La estructura factorial obtenida fue coherente con las categorías que engloban los reactivos¹³.

Las combinaciones de las puntuaciones obtenidas en las dos subescalas configuran, según las autoras, cuatro grupos posibles: asertivos (bajo GI y alta PR), indiferentes (bajo GI y baja PR), actores ansiosos (alto GI y alta PR) y no asertivos (alto GI y baja PR). Debe señalarse que las autoras tomaron como punto de corte la media para llamar a los puntajes altos o bajos. Los puntajes de la subescala PR fueron llamados altos cuando eran inferiores a la media, debido a que en la escala de respuesta 1 es igual a siempre y 5 a nunca.

El inventario original fue traducido en este estudio y la redacción de los reactivos se adaptó al lenguaje de uso cotidiano. Se respetaron el sentido original de los reactivos, las escalas de respuesta y el formato de columnas. A continuación se presentan algunos reactivos, tal y como aparecen en la versión final del inventario obtenida en este estudio:

¹² En la versión utilizada en este estudio, esta última instrucción indicó señalar las situaciones en las que le gustaría conducirse con mas *seguridad*, puesto que la palabra asertivo(a) podía no ser comprendida.

¹³ En el capítulo IV se detallan los resultados obtenidos por Gambrill y Richey.

Ejemplos de reactivos

1 = Nada
 2 = Un poco
 3 = Regular
 4 = Mucho
 5 = Demasiado

1 = Siempre lo haría
 2 = Usualmente lo haría
 3 = Lo haría la mitad de las veces
 4 = Rara vez lo haría
 5 = Nunca lo haría

GRADO DE INCOMODIDAD	SITUACION	PROBABILIDAD DERESPUESTA
_____	1. Decirle a alguien que le pide su coche que no puede prestárselo.	_____
_____	10. Aceptar que no sabe sobre algún tema.	_____
_____	17. Solicitar una reunión o cita.	_____
_____	22. Decirle a alguien que le cae muy bien.	_____
_____	23. Reclamar un servicio por el cual usted ha esperado sin ser atendido, por ejemplo en un restaurante.	_____
_____	26. Expresar una opinión contraria a la de la persona con la que usted está hablando	_____
_____	35. Discutir abiertamente con una persona que critica su trabajo.	_____
_____	39. Decirle a un compañero(a) de trabajo que algo que dice o hace le molesta a usted.	_____

Se ha incluido aquí un reactivo representativo de cada categoría conductual. El inventario puede ser aplicado de manera individual o colectiva y su tiempo de aplicación aproximado es de 15 minutos.

Con la intención de no atender en contra de los derechos de las autoras y favorecer el uso responsable de los instrumentos de evaluación psicológica, no se incluye en este trabajo la versión íntegra del inventario, ésta debe solicitarse a:

Mtro. Samuel Jurado Cárdenas y/o Lic. Enedina Villegas

División de Estudios de Posgrado,

Facultad de Psicología,

Av. Universidad 3004, C.P04510

Procedimiento

Estudios piloto

Se obtuvo la autorización por escrito de las autoras para utilizar su inventario en este estudio de estandarización. A partir del original en inglés, la escala fue traducida al español. Esta primera versión se hizo revisar por diez jueces (psicólogos, profesores de la Facultad de Psicología) familiarizados con la terapia conductual y/o la elaboración de escalas psicométricas. Después de incorporar sus observaciones se obtuvo una escala corregida, que fue utilizada en el estudio piloto 1.

A las personas que participaron en el primer piloteo, se les pidió contestarlo, aclarando que los datos que vertían en el mismo eran confidenciales y se utilizarían sólo con fines de investigación. Como se dijo antes, la selección de los sujetos fue accidental y no probabilística. Los criterios para seleccionar a los sujetos fueron que tuvieran entre 16 y 65 años, supieran leer y escribir, vivieran en la Ciudad de México y que accedieran voluntariamente a contestar el inventario.

En la parte superior de la primera página del inventario, se solicitaban los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de escolaridad y lugar de residencia. Esto permitió eliminar las aplicaciones en las que se señalaba como lugar de residencia, alguno distinto a la Ciudad de México o una edad menor de 16 años o mayor de 65.

Las aplicaciones se realizaron en centros de estudio, centros de trabajo y en los domicilios de los sujetos. En los casos en que no era posible para las personas contestar el inventario de manera inmediata, se permitió que conservaran la escala y la entregaran posteriormente.

Se procedió a la codificación de los inventarios y al procesamiento de datos mediante el SPSSPC (Statistical Package for Social Science, versión 4.0). El análisis de los reactivos se realizó mediante la prueba *t*. Para tal efecto se conformaron dos grupos de puntajes totales, bajos (25% de la muestra con puntajes bajos) y altos (25% de la muestra con puntajes altos), para cada indicador (Grado de Incomodidad y Probabilidad de Respuesta). Las medias de las respuestas a cada reactivo en tales grupos de puntajes fueron comparadas para determinar el poder discriminativo de los

reactivos. Se obtuvo un valor t por reactivo, considerando 40 reactivos en cada subescala. Se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach para el inventario.

Los reactivos que no obtuvieron valores t significativos al 0.05 se reelaboraron a fin de salvar errores de traducción y/o dificultad de comprensión, pero manteniendo su sentido original. Estas nuevas versiones de los reactivos se incorporaron al inventario y de esta manera se obtuvo la versión que se utilizó en el segundo piloteo.

Se siguió el mismo procedimiento para la aplicación, selección de sujetos, análisis de resultados y reelaboración de reactivos en los estudios piloto 2 y 3.

En el primer y segundo piloteo se probaron los 40 reactivos, es decir el inventario completo, mientras que en el tercero se probaron solamente ocho, puesto que sólo dos reactivos no poseían aún poder discriminativo. Estos dos reactivos se reformularon y se consideró pertinente pilotear dos versiones de cada uno, junto con otros cuatro reactivos a fin de no desvirtuar la naturaleza del inventario.

Los resultados del tercer estudio piloto indicaron que todos los reactivos habían pasado satisfactoriamente el análisis y por tanto poseían un adecuado poder discriminativo.

Aplicación del inventario al grupo normativo

En esta última fase se siguió también el mismo procedimiento para la aplicación, selección de sujetos y procesamiento de datos. El análisis de resultados incluyó el análisis confirmatorio del poder discriminativo de los reactivos, el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach y de consistencia interna.

Se realizó un análisis factorial para cada subescala, con el método de factores principales y rotación de varianza máxima (ortogonal) como lo sugieren Futch, Scheirer y Lisman (1982). Finalmente se obtuvieron las frecuencias de los puntajes brutos. Estos últimos fueron convertidos a calificaciones estandarizadas y con ellas se elaboraron los cuadros de normas.

VI. RESULTADOS

Estudios piloto

Descripción de las muestras

Como se dijo anteriormente, las muestras fueron accidentales, no probabilísticas e independientes. En cada piloteo las muestras fueron de diferentes tamaños, aunque incluyeron siempre sujetos de entre 16 y 65 años. Debe mencionarse que al solicitar a las personas que contestaran el inventario, éstas no siempre accedían. En el siguiente cuadro se especifica la conformación de las muestras:

Cuadro 6-1. Conformación de las muestras de los estudios piloto

	PILOTEO 1 (n = 82)		PILOTEO 2 (n = 198)		PILOTEO 3 (n = 42)	
SEXO	Mujeres	56	Mujeres	119	Mujeres	29
	Hombres	26	Hombres	79	Hombres	13
EDAD	16-20	5	16-20	19	16-20	7
	21-25	20	21-25	57	21-25	9
	26-30	9	26-30	37	26-30	3
	31-35	28	31-35	22	31-35	8
	36-40	6	36-40	14	36-40	5
	41-45	5	41-45	13	41-45	4
	46-50	3	46-50	20	46-50	2
	51-55	2	51-55	9	51-55	0
	56-60	2	56-60	5	56-60	1
61-65	2	61-65	2	61-65	2	
ESTADO CIVIL	Soltero/a	46	Soltero/a	103	Soltero/a	25
	Casado/a	29	Casado/a	86	Casado/a	14
	Divorciado/a	3	Divorciado/a	6	Divorciado/a	1
	Viudo/a	3	Viudo/a	2	Viudo/a	0
	Unión libre	1	Unión libre	1	Unión libre	2
OCUPACION	Estudiante	15	Estudiante	54	Estudiante	9
	Empleado/a	53	Empleado/a	97	Empleado/a	27
	Trabajador indep.	8	Trabajador indep.	14	Trabajador indep.	3
	Ama de casa	4	Ama de casa	21	Ama de casa	3
	Jubilado/a	2	Desempleado/a	12		
ESCOLARIDAD	Primaria	5	Primaria	15	Primaria	7
	Secundaria	8	Secundaria	20	Secundaria	4
	Bachillerato	17	Bachillerato	29	Bachillerato	7
	Carrera téc./comerc.	9	Carrera téc./comerc.	33	Carrera téc./comerc.	3
	Profesional	30	Profesional	94	Profesional	14
	Maestría	13	Maestría	7	Maestría	7

Análisis de reactivos

En el primer piloteo, 37 reactivos (92.5%) en la subescala GI y 31 (77.5%) en la subescala PR demostraron tener un adecuado poder discriminativo, al obtener valores t significativos ($p < 0.04$). Los valores obtenidos para cada reactivo se presentan en el anexo A. Los reactivos con valores t no significativos que se reformularon en la versión utilizada en el segundo piloteo fueron los siguientes:

GI: 1, 29 y 30

PR: 1, 4, 6, 11, 13, 27, 32, 34 y 37

En el estudio piloto 2, el análisis de reactivos indicó que 39 de ellos (97.5%) en la subescala GI y 38 (95%) en la subescala PR obtuvieron valores t significativos ($p < 0.04$). En el anexo B pueden encontrarse los valores t obtenidos en este segundo análisis. Los reactivos que por segunda vez no obtuvieron valores t significativos y se reformularon para el siguiente piloteo fueron:

GI: 32

PR: 1, 32

En el tercer y último estudio piloto, los ocho reactivos incluidos pasaron satisfactoriamente el análisis obteniendo valores t significativos al 0.04 (ver anexo C). De las versiones de los reactivos 1 y 32, se eligieron las versiones B y A respectivamente (se incluyen en el anexo C) para su inclusión en el inventario. De esta manera se obtuvo una versión definitiva, en la cual todos los reactivos habían probado su poder discriminativo.

Puntajes obtenidos

En el primer piloteo los puntajes de la subescala GI variaron en un rango de 51 a 153, con una media de 96.6 y una desviación estándar de 22.6. En PR los puntajes fueron de 66 a 165, con una media y una desviación estándar de 111.4 y 19.5 respectivamente.

El rango de variación de los puntajes GI en el segundo estudio piloto fue de 47 a 159 y de 42 a 151 para los puntajes PR. La media de GI fue 100 y su desviación estándar 23.3. En PR se obtuvo una media de 102.5 y una desviación de 19.1.

Las medias (GI, 19.3 y PR, 20.1) y desviaciones estándar (GI, 5.9 y PR, 5.1) obtenidas en el tercer piloteo fueron menores dado a que se probó sólo una pequeña muestra de reactivos.

Reactivos marcados con mayor frecuencia

De manera complementaria, y por su relevancia para el diseño de programas de entrenamiento, se identificó que los reactivos señalados con mayor frecuencia por las personas (20% de la muestra o más) fueron los siguientes:

Cuadro 6-2. Reactivos marcados con mayor frecuencia en el estudio piloto 1

REACTIVO	Número de veces que fue marcado
34. Resistir la insistencia de alguien que quiere hacerlo enojar.	17 (20.7%)
36. Solicitar la devolución de cosas prestadas.	18 (21.9%)
39. Decirle a un compañero(a) de trabajo que algo que dice o hace le molesta.	17 (20.7%)
40. Pedirle a una persona que lo está molestando ante otras personas que deje de hacerlo.	23 (28%)

Cuadro 6-3. Reactivos marcados con mayor frecuencia en el estudio piloto 2

REACTIVO	Número de veces que fue marcado
7. Admitir que tiene miedo y pedir comprensión.	40 (20.2%)
8. Decirle a una persona, con quien está íntimamente relacionado(a), que a usted le molesta algo que dice o hace.	50 (25.2%)
18. Insistir al pedir una reunión o cita que le negaron la primera vez que la solicitó.	42 (21.2%)
24. Discutir abiertamente con una persona que critica su conducta.	43 (21.7%)
34. Resistir la presión de alguien que quiere hacerlo(a) enojar.	68 (34.3%)
39. Decirle a un compañero(a) de trabajo que algo que dice o hace le molesta a usted.	52 (26.2%)
40. Pedirle a una persona que lo está molestando ante otras personas que deje de hacerlo.	58 (29.2%)

Como puede notarse, las situaciones que describen los reactivos 34, 39 y 40 parecen ser aquellas que las personas consideran más problemáticas y por tanto, en las que les gustaría conducirse con mayor seguridad. Curiosamente estos tres reactivos se refieren a situaciones de confrontación directa con la persona que molesta o "agrede".

En el tercer piloteo, por incluirse solamente ocho reactivos no se les pidió a las personas inmarcar los reactivos.

Confiabilidad de las versiones piloto

El coeficiente alfa del inventario fue de 0.91 para la primera versión piloteada y de 0.92 para la versión del segundo piloteo. En el tercer piloteo no se obtuvo este valor. Estos coeficientes se tomaron como indicadores preliminares de la alta confiabilidad del inventario.

Los resultados de los tres estudios piloto se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 6-4. Resumen de resultados de los tres estudios piloto

	PILOTEO 1		PILOTEO 2		PILOTEO 3	
No. de reactivos piloteados	40		40		8	
Tamaño de la muestra	82		198		42	
Media	GI	96.6	GI	100.0	GI	19.3
	PR	111.4	PR	102.5	PR	20.1
Desviación estándar	GI	22.6	GI	23.3	GI	5.9
	PR	19.5	PR	19.1	PR	5.1
Puntaje mínimo obtenido	GI	51.0	GI	47.0	GI	9
	PR	66.0	PR	42.0	PR	11
Puntaje máximo obtenido	GI	153	GI	159	GI	31
	PR	165	PR	151	PR	31
Reactivos que no obtuvieron valores t significativos	GI: 1, 29, 30 PR: 1, 4, 6, 27, 32, 34, 37		GI: 32 PR: 1, 32		Ninguno	
Reactivos marcados con mayor frecuencia	34, 36, 39, 40		7, 8, 18, 24, 34, 39, 40		No se pidió marcarlos	
Coefficiente alfa	0.91		0.92		No se obtuvo	

Aplicación del inventario al grupo normativo

Descripción del grupo normativo

Se realizó un muestreo accidental, no probabilístico e independiente de las muestras de los estudios piloto. Se incluyeron en el grupo normativo las personas que accedieron a contestar el inventario, que vivían en la Cd. de México, tenían entre 16 y 65 años, y sabían leer y escribir. Este grupo estuvo conformado por 1127 personas. Su composición se detalla a continuación:

Cuadro 6-5. Composición del grupo normativo (n = 1127)

SEXO	EDAD	ESTADOCIVIL	OCUPACION	ESCOLARIDAD	
Mujeres	674	16-20 265	Soltero/a 547	Estudiante 374	Primaria 183
Hombres	453	21-25 180	Casado/a 515	Empleado/a 410	Secundaria 211
		26-30 131	Divorciado/n 27	Trabajador indep. 88	Bachillerato 336
		31-35 122	Viudo/a 21	Ama de casa 234	Carrera téc./comerc. 94
		36-40 121	Unión libre 15	Desempleado/a 9	Profesional 281
		41-45 103	Madre soltera 2	Jubilado/a 12	Maestría 22
		46-50 97			
		51-55 45			
		56-60 35			
		61-65 28			

Análisis de reactivos confirmatorio

Para corroborar el poder discriminativo de los reactivos se realizó nuevamente el análisis. En esta ocasión, todos los reactivos obtuvieron valores t significativos al 0.001 (ver anexo D) lo cual da soporte a la validez del inventario, pues señala la capacidad de los reactivos de discriminar entre quienes obtienen puntajes bajos y altos en ambas subescalas (GI y PR).

Reactivos marcados con mayor frecuencia

Las personas que contestaron el inventario señalaron con mayor frecuencia algunos reactivos como situaciones en las que les gustaría conducirse con mayor seguridad. A continuación se presentan los reactivos marcados por el 10% de las personas o más y sus respectivas frecuencias y porcentajes:

Cuadro 6-6. Reactivos marcados con mayor frecuencia

REACTIVO	Número de veces que fue marcado
5. Pedir una disculpa.	118 (10.5%)
7. Admitir que tiene miedo y pedir comprensión.	129 (11.4%)
8. Decirle a una persona, con quien está íntimamente relacionado(a), que a usted le molesta algo que dice o hace.	136 (12%)
9. Pedir un aumento de sueldo.	124 (11%)
15. Iniciar una conversación con un extraño.	116 (10.2%)
20. Solicitar empleo.	118 (10.5%)
23. Reclamar un servicio por el cual usted ha esperado sin ser atendido, por ejemplo en un restaurante.	114 (10.1%)
24. Discutir abiertamente con una persona que critica su conducta.	141 (12.5%)
34. Resistir la presión de alguien que quiere hacerlo enojar.	166 (14.7%)
39. Decirle a un compañero(a) de trabajo que algo que dice o hace le molesta a usted.	120 (10.6%)
40. Pedirle a una persona que lo está molestando ante otras personas que deje de hacerlo.	160 (14.1%)

Los reactivos 8, 24, 34 y 40 fueron marcados por 136 personas o más. Los reactivos 34 y 40 fueron también de los más frecuentemente marcados en los estudios piloto. Debido a que estos reactivos se refieren a situaciones en las que es necesario confrontar a la otra persona que esta "agrediendo", la interpretación tentativa es que son este tipo de situaciones en las que comportarse de manera asertiva es menos frecuente y por tanto son señaladas como situaciones problemáticas.

Confiabilidad del inventario

Como es sabido existen diferentes maneras para evaluar la confiabilidad de un instrumento de medición. En este caso se consideró apropiado utilizar dos métodos: el método por mitades y Alfa de Cronbach.

La subescala GI obtuvo un coeficiente de consistencia interna de 0.9213, considerando la corrección para la longitud de la prueba. Este coeficiente fue de 0.8879 para la subescala PR. El valor obtenido para el inventario fue 0.9221.

Como índice de la homogeneidad de la estructura interna, el coeficiente alfa adquirió valores de 0.8998, 0.8816 y 0.9247 para GI, PR y el inventario completo respectivamente. Considerando que los coeficientes alfa y los de consistencia interna son mayores que 0.85, puede afirmarse que el inventario es altamente confiable.

Relación entre las escalas GI y PR

Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre los puntajes de las dos subescalas del inventario. El valor de r fue de 0.5074 ($p = 0.0001$). Se trata de una correlación moderada y directamente proporcional, lo que señala que los puntajes de las dos subescalas están relacionados y tienden a aumentar y disminuir paralelamente.

Análisis factorial

Se realizó un análisis factorial para cada una de las subescalas. Como se dijo antes, se utilizó el método de factores principales y rotación varimax.

Subescala Grado de Incomodidad (GI)

De los 40 posibles factores, sólo 9 obtuvieron valores eigen mayores a 1 que explican el 50% de la varianza total. A continuación se incluye una tabla con los valores obtenidos:

Cuadro 6-7. Especificación de los factores con valores eigen mayores a 1 para la subescala Grado de Incomodidad

Factor	Varianza explicada (valores eigen)	Proporción de varianza total	Proporción de varianza acumulada
1	8.468	21.2	21.2
2	2.503	6.3	27.4
3	1.908	4.8	32.2
4	1.456	3.6	35.8
5	1.342	3.4	39.2
6	1.167	2.9	42.1
7	1.093	2.7	44.8
8	1.042	2.6	47.5
9	1.001	2.5	50.0

Después de la rotación se determinó la composición de cada factor, incluyendo sólo los reactivos con cargas factoriales sustanciales, es decir igual o mayores que 0.25 (Carrasco, Clemente y Llavona, 1986). En la siguiente tabla aparecen los factores y los reactivos que los componen, figuran en primer lugar aquellos con cargas factoriales mayores:

Cuadro 6-8. Factores de la subescala GI y reactivos que los componen

Factor	Reactivos
1. Reconocer limitaciones personales/Hacer halagos	21, 22, 5, 14, 2, 19, 10, 16, (20), (4), 7, (17)
2. Conductas de confrontación y defensa de opiniones	35, 38, 24, 39, (33), 32, 34, 40, 26, 28, (12), (14), 8, 23
3. Defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas	23, 25, 13, 24, (2), 40, (16), (19), 8, (22)
4. Hacer peticiones	9, 36, 20, (39), 40, 25, (11)
5. Expresión de sentimientos positivos	37, 29, 30, 16, 26, 22, 12
6. Rechazar peticiones	11, 1, (12), 4, 13, (3), (10)
7. Resistir la presión de otros	31, 27, 34, (28), 32
8. Iniciar contactos sociales	18, 17, 15, (33), (3), (7)
9. Afrontar situaciones molestas	7, 8, 6, 13, 1, 28

Aparecen entre paréntesis los reactivos que a pesar de tener cargas factoriales sustanciales, parecen incongruentes con el nombre dado al factor.

Los nombres que se asignan a los factores son, como ocurre en todo análisis de este tipo, provisionales, un tanto arbitrarios y representan una integración subjetiva por parte del investigador. Por esta razón, es importante presentar la matriz factorial rotada completa, como lo sugieren Futch, Scheirer y Lisman (1982). Esta matriz se presenta en el anexo E.

En cuanto a la composición de los factores, es preciso mencionar que algunos reactivos (los que aparecen entre paréntesis en el cuadro anterior) a pesar de tener cargas factoriales sustanciales, se refieren a situaciones que no corresponden por completo con el resto de los reactivos y por tanto, con los nombres que se dieron a los factores. Esta misma situación se ha observado en la estructura factorial de varias escalas de autorreporte de asertividad (Gambrill y Richey, 1975; Futch, Scheirer y Lisman, 1982; Henderson y Furnham, 1983; Carrasco, Clemente y Llavona; 1989).

Los factores obtenidos están relacionados con las categorías originalmente planteadas por Gambrill y Richey (1975). El factor 1 corresponde a las categorías *admitir limitaciones personales* y *expresar sentimientos positivos*, el factor 2 se relaciona con *afrontar la crítica de los demás* y *discrepar de las opiniones de otros*. El factor 3, por su parte, puede considerarse asociado a la categoría *realizar conductas asertivas en lugares públicos* y el factor 5 a *expresar sentimientos positivos*. El factor 6 se relaciona con *rechazar peticiones* y el factor 8 con *iniciar contactos sociales*. Los factores 4, 7 y 9 no se corresponden directamente con ninguna categoría.

Puede decirse también que los 9 factores obtenidos en el presente análisis también se encuentran relacionados con los 11 encontrados por Gambrill y Richey para la subescala GI. Apuntan a contenidos similares, pero no idénticos, pues no se conforman por los mismos reactivos. Algunas similitudes, sin embargo llaman la atención, por ejemplo el factor 8 incluye tres de los cuatro reactivos del factor 1 descrito por las autoras del inventario. En el factor 2 se observan también cinco de los seis reactivos del factor 2 de Gambrill y Richey.

Debe mencionarse que las autoras de la escala obtuvieron dos factores a los que llamaron *resistir la presión de otras personas* y *manejar una situación molesta*, los cuales están relacionados con los factores 7 y 9 respectivamente. En este sentido, sólo el factor 4 puede considerarse como un factor "nuevo". Gambrill y Richey no

especifican qué método utilizaron para realizar el análisis factorial, ni las cargas factoriales obtenidas por los reactivos considerados en los factores. Esta falta de información imposibilita una comparación de mayor alcance.

Al encontrar que los nueve factores obtenidos explican sólo el 50% de la varianza total, puede señalarse que el porcentaje de varianza restante corresponde a reactivos cuyo contenido es altamente inespecífico y a varianza de error. Esto puede deberse a la construcción misma del inventario, pues éste no incluye reactivos que abarquen sistemáticamente la variedad de conductas asertivas y las situaciones específicas en que ocurren (interacciones con extraños, personas con autoridad, familiares, amigos, prestadores de servicios, etc.)

Subescala Probabilidad de Respuesta

Se obtuvieron 9 factores con valores eigen mayores a 1 que explican el 48% de la varianza total. A continuación se presentan los valores obtenidos:

Cuadro 6-9. Especificación de los factores con valores eigen mayores a 1 para la subescala Grado de Incomodidad

Factor	Varianza explicada (valores eigen)	Proporción de varianza total	Proporción de varianza acumulada
1	7.355	18.4	18.4
2	2.147	5.4	23.8
3	2.017	5.0	28.8
4	1.637	4.1	32.9
5	1.537	3.8	36.7
6	1.279	3.2	39.9
7	1.140	2.9	42.8
8	1.071	2.7	45.5
9	1.024	2.6	48.0

Los factores y los reactivos que los conforman se presentan en la siguiente tabla, aparecen en primer lugar aquellos con cargas factoriales mayores:

Cuadro 6-10. Factores de la subescala PR y reactivos que los componen

Factor	Reactivos
1. Expresión de sentimientos positivos	37, 29, 30, 2, 16, (12), 22, (17), (15), (26), (33), (3)
2. Manifiestar molestia, enfado o desacuerdo	39, 8, 40, 28, 32, (36), (19), (37), 26, (10)
3. Reconocer limitaciones personales	5, 21, 7, 10, (22), 14, 19, (2), (16)
4. Hacer peticiones	18, 17, 20, 9, 36, 3, (15), 19, (12)
5. Conductas de confrontación y defensa de opiniones	35, 24, 38, 26, (33), 39
6. Rechazar peticiones	11, 6, 1, (13), (33), (3)
7. Resistir la presión de otros	31, 27, 34
8. Defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas	23, 25, 13, (38), (36), 32
9. Afrontar situaciones molestas	4, 13, 34, 10, (14), (12), 32

Aparecen entre paréntesis los reactivos que a pesar de tener cargas factoriales sustanciales, parecen incongruentes con el nombre dado al factor.

La matriz factorial rotada completa se presenta en el anexo F.

Ocho factores fueron los mismos que se encontraron en la subescala GI. En esta ocasión el factor relacionado con iniciar contactos sociales no apareció, y surgió uno distinto, el factor 2.

Debe notarse que los factores 4, 6, 7 y 9 aparecieron en el mismo orden que en la primera subescala y recibieron el mismo nombre. No se componen de los mismos reactivos, pero comparten algunos, que naturalmente obtuvieron cargas factoriales distintos en cada subescala. Los factores 4 de ambas subescalas comparten los reactivos 9, 20 y 36; los factores 6 los reactivos 1, 3, 11 y 13; los factores 7 los reactivos 27, 31 y 34, y los factores 9 únicamente un reactivo, el 13.

Los factores obtenidos, al igual que los de la subescala anterior, están relacionados con las categorías originales de Gambrell y Richey (1975). El factor 1 corresponde a la categoría *expresar sentimientos positivos*, el factor 2 se relaciona con *expresar sentimientos negativos y discrepar de las opiniones de otros*. El factor 3 está asociado a la categoría *admitir limitaciones personales* y el factor 5 a *discrepar de las opiniones de otros* y *afrontar la crítica de los demás*. El factor 6 se relaciona con *rechazar*

peticiones y el factor 8 con *realizar conductas asertivas en lugares públicos*. Los factores 4, 7 y 9 nuevamente, no se corresponden directamente con ninguna categoría.

Los factores de esta subescala (PR) se encuentran relacionados con los 11 encontrados por Gambrell y Richey para la subescala GI. Las autoras de la escala no realizaron un análisis factorial para PR ni mencionan la razón de ello. Nuevamente se presentó un factor relacionado con hacer peticiones (factor 4), categoría que Gambrell y Richey no consideraron.

El porcentaje de varianza total explicado por los factores (48%) debe interpretarse en el mismo sentido en que fue interpretada el de la subescala GI.

Normas e interpretación de los puntajes

Los puntajes de la subescala GI variaron en un rango de 40 a 168, obteniendo una media de 98 y una desviación estándar de 23. En el caso de PR el puntaje mínimo obtenido fue 45 y el máximo 172. La media y la desviación estándar fueron 102 y 21 respectivamente. En el anexo G pueden encontrarse las representaciones gráficas de las distribuciones de frecuencia de los puntajes brutos de ambas subescalas. Con base en los puntajes, sus medias y desviaciones, se obtuvieron las calificaciones estándar (calificaciones T) según el procedimiento que describe Brown (1976, pp. 229-235). A partir de ellas se elaboraron los cuadros normativos que se presentan a continuación.

Cuadro 6-11. Normas de la subescala Grado de Incomodidad (GI) para población de la Cd. de México

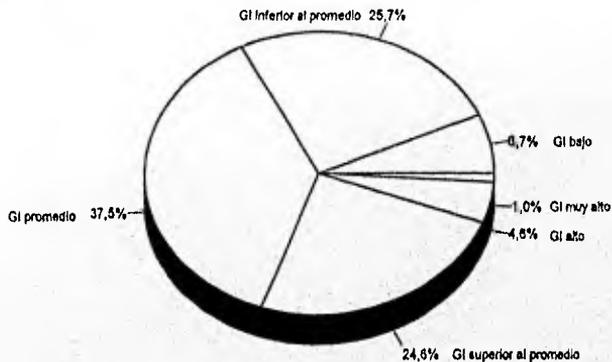
Puntajes brutos	Calificaciones T	Nivel
167 en adelante	80	GI muy alto
164-166	79	
162-163	78	
160-161	77	
157-159	76	
155-156	75	GI alto
153-154	74	
150-152	73	
148-149	72	
146-147	71	
143-145	70	
141-142	69	
139-140	68	
137-138	67	
134-136	66	
132-133	65	GI superior al promedio
130-131	64	
127-129	63	
125-126	62	
123-124	61	
120-122	60	
118-119	59	
116-117	58	
114-115	57	
111-113	56	GI promedio
109-110	55	
107-108	54	
104-106	53	
102-103	52	
100-101	51	
97-99	50	
95-96	49	
93-94	48	
91-92	47	GI inferior al promedio
88-90	46	
86-87	45	
84-85	44	
81-83	43	
79-80	42	
77-78	41	
74-76	40	
72-73	39	
70-71	38	GI bajo
68-69	37	
65-67	36	
63-64	35	
61-62	34	
58-60	33	
56-57	32	
54-55	31	
51-53	30	
49-50	29	GI muy bajo
47-48	28	
45-46	27	
42-44	26	
40-41	25	

Cuadro 6-12. Normas de la subescala Probabilidad de Respuesta (PR) para población de la Cd. de México

Puntajes brutos	Calificaciones T	Nivel
165 en adelante	80	PR muy baja
162-164	79	
160-161	78	
158-159	77	
156-157	76	
154-155	75	PR baja
152-153	74	
150-151	73	
148-149	72	
146-147	71	
144-145	70	
141-143	69	
139-140	68	
137-138	67	
135-136	66	PR inferior al promedio
133-134	65	
131-132	64	
129-130	63	
127-128	62	
125-126	61	
123-124	60	
120-122	59	
118-119	58	PR promedio
116-117	57	
114-115	56	
112-113	55	
110-111	54	
108-109	53	
106-107	52	
104-105	51	
102-103	50	
99-101	49	
97-98	48	
95-96	47	
93-94	46	
91-92	45	
89-90	44	
87-88	43	
85-86	42	PR alta
83-84	41	
81-82	40	
78-80	39	
76-77	38	
74-75	37	
72-73	36	
70-71	35	
68-69	34	
66-67	33	
64-65	32	
62-63	31	
60-61	30	
57-59	29	
55-56	28	
53-54	27	
51-52	26	
49-50	25	PR muy alta
47-48	24	
46 o menos	23	

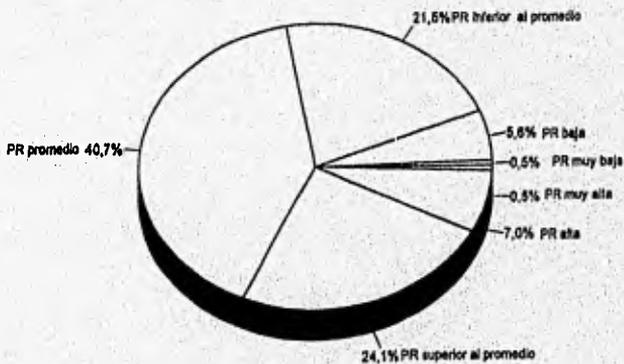
En las siguientes gráficas se muestra la distribución del grupo normativo (n = 1127) en los niveles de GI y PR:

Gráfica 6-1. Porcentaje de personas en los niveles de GI



En el nivel GI muy bajo se ubica un solo sujeto (0,1%), por ello no se incluye en la gráfica.

Gráfica 6-2. Porcentaje de personas en los niveles de PR



El entrenamiento asertivo pretende favorecer el aprendizaje de respuestas asertivas pertinentes, por tanto se esperaría en quien lo recibe, que experimente menor incomodidad subjetiva y aumente su probabilidad de comportarse asertivamente. Partiendo de los anterior, y considerando la proporción de personas del grupo normativo clasificadas en niveles de incomodidad superiores al promedio (30.1 %) y de probabilidad de respuesta inferiores al promedio (27.6%), puede afirmarse que un número importante de personas podría beneficiarse de este tipo de programas de entrenamiento.

Los sujetos que obtienen puntajes correspondientes a los niveles promedio en ambas subescalas, pueden considerarse personas "normales" (según el criterio estadístico). En teoría, experimentan un grado de incomodidad moderado y tienen una probabilidad de respuesta promedio, lo que señalaría que cuentan con un repertorio conductual apropiado para actuar asertivamente cuando es pertinente. Naturalmente, esto implica que su nivel de incomodidad puede aún reducirse y el nivel de probabilidad de respuesta aumentar.

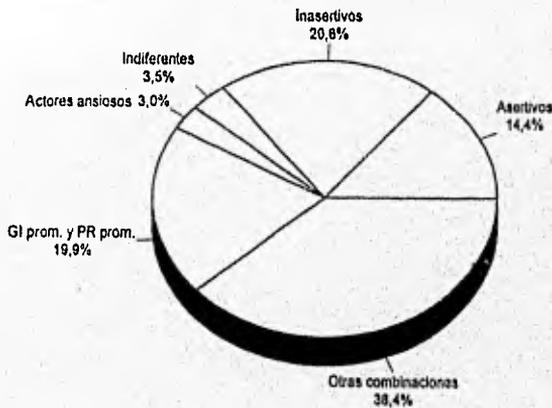
Gambrill y Richey (1975) conformaron cuatro grupos (asertivos, indiferentes, actores ansiosos e inasertivos) a partir de las combinaciones de puntajes bajos y altos en las dos subescalas, tomando como criterio la media. A partir de las normas obtenidas en esta investigación, puede tomarse un nuevo criterio para llamar a los puntajes bajos y altos: el nivel promedio. La propuesta para definir los grupos sería la siguiente:

Cuadro 6-13. Criterios para la delimitación de los 4 grupos propuestos por Gambrill y Richey

		GRADO DE INCOMODIDAD	
		BAJO hasta 87 (Niveles: inferior al promedio, bajo y muy bajo)	ALTO 111 en adelante (Niveles: superior al promedio, alto y muy alto)
PROBABILIDAD DE RESPUESTA	BAJA 114 en adelante (Niveles: inferior al promedio, baja y muy baja)	<i>Indiferentes</i>	<i>Inasertivos</i>
	ALTA hasta 92 (Niveles: superior al promedio, alta y muy alta)	<i>Asertivos</i>	<i>Actores ansiosos</i>

Tomando en cuenta los criterios propuestos, 470 personas (42% del grupo normativo) pueden clasificarse en estos grupos. El número de personas y los porcentajes correspondientes a los grupos definidos y otras categorías, se aprecian en la siguiente gráfica:

Gráfica 6-3. Porcentaje de personas en los cuatro grupos propuestos por Gambriell y Richey y otras combinaciones de niveles



Como puede notarse, la clasificación de los sujetos en *asertivos*, *inasertivos*, *actores ansiosos* e *indiferentes* a partir de los criterios propuestos, deja fuera a muchas personas que se clasifican en GI promedio y PR promedio o bien en otras combinaciones (GI promedio y uno de los seis niveles de PR diferentes a PR promedio o PR promedio y uno de los seis niveles de GI diferentes a GI promedio).

La clasificación en los 4 grupos propuestos por Gambriell y Richey resulta atractiva por su utilidad práctica. Ellas suponen que tanto los *indiferentes*, *actores ansiosos* e *inasertivos* pueden beneficiarse del entrenamiento asertivo, aunque quienes se incluyen en estos tres grupos requieren de procedimientos de cambio

conductual distintos. En el caso de los *actores ansiosos*, el entrenamiento debería centrarse en disminuir la ansiedad mediante la relajación, mientras que para los *inaseptivos* además de disminuir la ansiedad, se deberían incluir ejercicios pertinentes para desarrollar respuestas asertivas adecuadas. Los *indiferentes* necesitarían antes del entrenamiento una etapa de "sensibilización".

Sin hacer a un lado la clasificación de Gambrell y Richey, las normas obtenidas en este estudio (cuadros 6-11 y 6-12) proporcionan los criterios para la interpretación de los puntajes brutos. En este sentido una persona debe ser considerada asertiva, en la medida en que sus puntajes en las subescalas sean menores y por tanto se acerquen a los niveles GI bajo y PR alta. Hacer llegar la incomodidad subjetiva a los niveles menores y la probabilidad de respuesta a los mayores pueden considerarse metas terapéuticas.

Diferencias entre los puntajes obtenidos por diferentes grupos

Aunque determinar la existencia de diferencias de puntajes entre subgrupos de la muestra no era uno de los objetivos de este trabajo, se ofrecen aquí, de manera complementaria, algunos datos relacionados con estas cuestiones.

Se realizó un análisis de varianza para determinar si existían diferencias significativas entre los puntajes atribuibles a las variables sexo y grado de escolaridad. Los resultados de la prueba F se presentan en el cuadro 1 del anexo H. Estos coeficientes señalaron que las variables sexo y escolaridad están relacionadas con las diferencias de puntaje en GI, mientras que sólo la variable escolaridad tiene que ver con las diferencias en PR. La interacción de ambas variables (sexo y escolaridad) no explica la diferencia de puntaje en ninguna de las dos subescalas.

Un análisis más minucioso, mediante la prueba t (ver cuadros 2 y 3 de anexo H), encontró que las medias obtenidas por las mujeres en las dos subescalas son mayores que las de los hombres. En cuanto a la subescala GI, la prueba t indicó que:

- La media del grupo con escolaridad primaria es mayor que la de los grupos de bachillerato, estudios profesionales y maestría.

- La media del grupo con estudios de secundaria es mayor que la de los grupos de bachillerato, estudios profesionales y maestría.
- La media del grupo con estudios de bachillerato es mayor que la del grupo de maestría.
- La media del grupo que estudió una carrera técnica o comercial es mayor que la del grupo de maestría.
- La media del grupo con estudios profesionales es mayor que la del grupo de maestría.

En cuanto a la subescala PR se encontró que:

- La media del grupo con escolaridad primaria es mayor que la de los grupos de bachillerato, carrera técnica o comercial, estudios profesionales y maestría.
- La media del grupo con estudios de secundaria es mayor que la de los grupos de bachillerato, estudios profesionales y maestría.
- La media del grupo con estudios de bachillerato es mayor que la del grupo de maestría.
- La media del grupo que estudió una carrera técnica o comercial es mayor que la de los grupos de bachillerato, estudios profesionales y maestría.
- La media del grupo con estudios profesionales es mayor que la del grupo de maestría.

A pesar de las diferencias señaladas entre hombres y mujeres, las medias comparadas se encontrarían en el mismo nivel (GI promedio y PR promedio) según los cuadros normativos, por lo que resultaría aventurado afirmar que los hombres son más asertivos que las mujeres. En cuanto a las medias de los grupos de diferentes escolaridades, todas se sitúan en el nivel GI promedio y PR promedio, excepto las del grupo de maestría que se encuentra en el nivel GI inferior al promedio y PR superior al promedio. En este sentido es válido afirmar que las personas con estudios de maestría tienden a obtener puntajes bajos en las dos subescalas y por tanto parecen ser más asertivas que las personas con grados de escolaridad inferiores.

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Como ha podido apreciarse, el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey posee una estructura interna homogénea y consistente. El coeficiente alfa del inventario obtenido en el presente estudio (0.924) es muy similar al de Carrasco, Clemente y Llavona (0.915) (1989). Esto señala que las calificaciones de los reactivos se relacionan de manera recíproca, independientemente de su contenido. A partir de esto puede suponerse que los reactivos miden una variable común: asertividad. Al comprobar que este instrumento es capaz de proporcionar medidas consistentes, se abre la posibilidad de relacionar los puntajes del inventario con otras variables o mediciones con un buen grado de confianza.

Los diversos estudios que aportan datos sobre la confiabilidad de las escalas de asertividad, se han concentrado, generalmente, en evaluar la estabilidad temporal y no la consistencia interna. Esto se relaciona con que no suele esperarse una alta consistencia, pues la especificidad situacional de las conductas asertivas obliga a generar reactivos que cubren una amplia variedad de categorías conductuales. Llama la atención el hecho de que el inventario de Gambrill y Richey si parezca internamente consistente y homogéneo. Probablemente en aras de la brevedad de los reactivos y la extensión misma del inventario, la especificidad situacional se ha sacrificado.

Como Carrasco, Clemente y Llavona (Ibíd.) lo señalaron, muchos y variados han sido los tipos de conductas que los autores de las escalas han incluido en el término asertividad y no todos éstos tipos se consideran siempre al construir las escalas. Por esta razón, la validez de los instrumentos, en este caso, del inventario de Gambrill y Richey, debe evaluarse a partir de los aspectos que los autores se han propuesto evaluar. Las ocho categorías que originalmente se incluyeron en el inventario, se han visto reflejadas en la estructura factorial encontrada en este estudio. Los nueve factores de ambas subescalas también son coherentes con los que las autoras obtuvieron. En este sentido, se ha verificado que el inventario evalúa las categorías de conductas asertivas, que pretende evaluar.

Debe notarse que aparecieron factores conformados por pocos reactivos, tres o cuatro, coherentes entre sí. Los factores "débiles" son *rechazar peticiones* (factores 6 de GI y PR), *resistir la presión de otros* (factores 7 de GI y PR), *iniciar contactos sociales* (factor 8 de GI) y *defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas* (factor 8 de PR). Asumiendo esto, es claro que algunas categorías conductuales no están siendo convenientemente cubiertas por los reactivos y por ello la información que el inventario recoge se limita.

La proporción de varianza explicada por los factores (50% y 48% en GI y PR respectivamente) es un indicador de la pertinencia de una revisión en detalle de los reactivos, que permita disminuir la inespecificidad de los mismos y la varianza no explicada. Lo anterior es coherente con las observaciones de Carrasco, Clemente y Llavona quienes afirman que el contenido de los reactivos es poco específico en cuanto a las personas (familiares, amigos, desconocidos, compañeros de trabajo, etc), las situaciones (comerciales, laborales, familiares, entre otras) y el modo de comportamiento (hostil, amenazante, respetuoso, por mencionar algunos).

Otro aspecto relacionado con la validez es el análisis estadístico de los reactivos (Kerlinger, 1976). La realización de este tipo de análisis es uno de los aspectos descuidados en la construcción de escalas de asertividad. Tratándose de un instrumento de ejecución típica, era importante probar, como se hizo, que los reactivos del inventario de asertividad son capaces de discriminar entre quienes obtienen puntajes altos y bajos en las subescalas. Este es un elemento a favor de la validez del inventario.

La propuesta de Gambrell y Richey respecto a la interpretación de las relaciones entre los puntajes de las subescalas y la conformación de 4 grupos de personas a partir de ellas (asertivos, actores ansiosos, indiferentes e inasertivos), parece tener utilidad clínica, sin embargo, la validez de ésta clasificación aún debe sustentarse con evidencias empíricas. Por el momento, los niveles incluidos en los cuadros normativos proporcionan un esquema de interpretación y comparación interindividual acorde con las distribuciones de puntajes obtenidas por el grupo normativo. Conservando la propuesta de las autoras del inventario, los niveles GI inferior al promedio, GI bajo y GI muy bajo en la primera subescala y PR superior al promedio, PR alta y PR muy alta en la segunda pueden ser los indicadores que permiten identificar a una persona típicamente asertiva. Las personas clasificadas en los demás niveles, si participan en

un programa de entrenamiento asertivo, deberían resultar beneficiados, por lo menos en teoría. Lo anterior puede ser motivo, en un futuro, de un estudio interesante.

Un aspecto no cuantitativo pero relevante del inventario lo constituye la identificación de situaciones problemáticas. Esta información es de utilidad cuando existe la posibilidad de que la persona en cuestión participe en un programa de entrenamiento asertivo. Como lo señalan los resultados, tanto de los estudios piloto como de la aplicación al grupo normativo, algunos reactivos (8, 24, 34, 39 y 40) fueron consistentemente marcados por las personas. Llama la atención que de 40 reactivos, los 5 señalados con mayor frecuencia (por 136 personas o más, de un total de 1127) se refieran a la expresión abierta de molestia o desacuerdo de manera directa a quien produce la situación incómoda. Esta información resulta importante para el diseño de programas de entrenamiento. Es evidente, la pertinencia de incluir y hacer énfasis en ejercicios para la adquisición de respuestas asertivas en situaciones como las que describen los reactivos marcados con mayor frecuencia.

Las normas elaboradas son el marco de referencia para la interpretación de los puntajes individuales. Esto hará posible la comparación interindividual en base a criterios acordes a la distribución de la variable asertividad en la población estudiada. La poca o casi nula atención que la obtención de normas ha recibido por parte de los autores de las escalas de asertividad ha limitado la aplicación de estos instrumentos en contextos clínicos (Beck y Heimberg, 1983).

Conclusiones

Una de las pretensiones del presente estudio ha sido hacer aportaciones para subsanar la carencia de información acerca de las características psicométricas de uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país en trabajos de investigación para evaluar la conducta asertiva.

Aunque se han obtenido aquí evidencias que apoyan tanto la validez como la confiabilidad del inventario, deben considerarse también sus limitaciones: la inespecificidad de las situaciones que los reactivos describen, la aparente incongruencia

de algunos reactivos con los factores y la existencia de factores conformados por pocos reactivos coherentes entre sí.

Varias traducciones de escalas de autorreporte de asertividad suelen utilizarse en nuestro país para seleccionar sujetos inasertivos como candidatos a participar en programas de entrenamiento o bien para evaluar los efectos de dichos programas. El Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey, ofrece ventajas para esos fines, pues requiere de mínimos recursos materiales, humanos y tiempo para su aplicación, cuenta con normas y puede considerarse un instrumento confiable y aceptablemente válido. Si se utiliza de manera cuidadosa, y teniendo en cuenta sus limitaciones, puede resultar un instrumento útil para la detección de déficits conductuales en asertividad en contextos clínicos y de investigación.

Contar con normas para población de la Ciudad de México representa una ventaja que el inventario de Gambrell y Richey, ofrece ahora sobre otras escalas de autorreporte. De esta manera quedan sentados los criterios para la interpretación de los puntajes de manera no arbitraria.

La mayoría de los autores de las escalas de autorreporte de asertividad han trabajado con muestras de estudiantes de nivel medio y superior. Desafortunadamente esta práctica ha limitado la aplicación clínica potencial de estos instrumentos. Al incluir en este trabajo muestras que incluyen un rango más amplio de sujetos se ha pretendido evitar este problema.

La obtención de información relacionada con las características psicométricas de cualquier instrumento es un proceso continuo, en el cual debe haber avances mientras el instrumento sea usado. Es importante que aspectos como la estabilidad temporal y la validez relacionada con criterios externos sean evaluados en estudios posteriores. El estudio consistente del efecto probable en los puntajes de variables como el sexo, la edad y la escolaridad, entre otras, puede aportar más elementos sobre la validez.

Hasta ahora se ha pospuesto una discusión teórica seria acerca del concepto asertividad y las conductas que engloba, sin embargo es necesario emprenderla si se pretende superar el estado de desorden que guarda la investigación relacionada con la evaluación de la conducta asertiva. La manera poco estricta y en ocasiones hasta divergente en que los teóricos han definido la asertividad aún deja mucho que desear. Se han incluido conductas de una amplia gama, en situaciones demasiado específicas

o bien demasiado inespecíficas, con un rango tan variado de personas, que al parecer ninguna escala de autorreporte ha logrado cubrir tal diversidad. Por ejemplo el inventario de Gambrell y Richey parece dejar fuera categorías conductuales como mantener conversaciones y manifestar opiniones personales, y en algunos reactivos no queda explícito si la interacción se dá con un desconocido, con un amigo, con un pariente, etc.

El análisis factorial puede hacer aportaciones útiles en la delimitación de las categorías de conductas asertivas. La obtención de varios factores en este estudio y en otros hace evidente la naturaleza multidimensional del constructo y, en consecuencia, lo inadecuado de tomar un sólo puntaje como medida de asertividad. Retomar los factores que comúnmente emergen en los estudios y elaborar reactivos en número considerable para su evaluación sistemática podría dar lugar a mediciones más precisas y a sentar las bases para una teoría multidimensional de la asertividad.

Dada la naturaleza de la medición psicológica, ningún instrumento psicométrico está completamente exento de los errores de medición. Perder de vista este planteamiento puede llevar a la inadecuada interpretación y manejo de la información que estos instrumentos aportan. Tomar decisiones importantes a partir exclusivamente de el puntaje obtenido en una prueba, es tan riesgoso como irresponsable. El uso ético de los instrumentos de evaluación debe considerar el hecho de que éstos son auxiliares de trabajo y que por sí solos no bastan para formular un diagnóstico. Las posibles deficiencias y la imprecisión inherente de toda medición psicométrica son cuestiones que corresponde al psicólogo superar, haciendo uso de sus habilidades clínicas.

VIII. ANEXOS

ANEXO A

Resultados del análisis de reactivos del estudio piloto 1

Reactivo	Grado de Incomodidad					Reactivo	Probabilidad de Respuesta				
	Calificaciones bajas		Calificaciones altas		t		Calificaciones bajas		Calificaciones altas		t
	\bar{X}	S	\bar{X}	S			\bar{X}	S	\bar{X}	S	
1	1.95	1.07	2.25	1.51	-0.72	1	2.95	1.35	3.38	1.59	-0.93
2	1.38	0.86	2.10	1.11	-2.29*	2	1.85	0.81	3.19	1.12	-4.39*
3	2.14	1.23	3.10	1.07	-2.65*	3	2.85	0.87	3.61	0.66	-3.15*
4	1.85	1.01	2.65	0.98	-2.54*	4	2.70	1.21	2.76	1.09	-0.17
5	1.57	0.74	2.95	1.27	-4.20*	5	2.05	0.94	3.14	1.15	-3.33*
6	1.80	0.81	2.90	1.16	-3.46*	6	3.30	0.86	3.52	1.12	-0.72
7	1.90	0.83	3.45	1.14	-4.92*	7	2.30	1.03	4.00	0.54	-6.55*
8	1.52	0.87	3.50	1.19	-6.03*	8	2.10	0.91	3.61	1.11	-4.78*
9	1.80	1.03	3.40	0.99	-5.03*	9	2.75	1.33	4.33	0.79	-4.59*
10	1.52	0.60	2.90	1.21	-4.58*	10	1.75	0.85	3.14	1.15	-4.42*
11	1.66	0.65	3.30	1.30	-5.03*	11	3.60	0.88	3.57	1.07	0.09
12	1.71	0.90	3.35	1.08	-5.22*	12	3.00	1.25	3.71	0.95	-2.04*
13	1.85	0.72	3.35	1.04	-5.30*	13	3.25	1.07	3.61	1.24	-1.02
14	1.42	0.74	2.75	1.02	-4.72*	14	1.90	0.71	3.80	0.92	-7.39*
15	2.00	0.94	3.25	1.44	-3.26*	15	2.90	1.29	3.71	0.95	-2.28*
16	1.19	0.51	2.15	1.38	-2.91*	16	1.35	0.58	2.76	1.09	-5.19*
17	1.33	0.48	2.85	1.18	-5.33*	17	1.80	0.76	3.80	1.03	-7.10*
18	2.19	1.20	3.65	1.30	-3.70*	18	3.00	1.25	4.28	0.64	-4.09*
19	1.23	0.43	3.25	1.07	-7.81*	19	1.50	0.60	3.19	1.12	-6.03*
20	1.23	0.53	3.15	0.87	-8.37*	20	2.05	1.19	3.76	1.22	-4.54*
21	1.57	0.67	2.55	1.31	-2.97*	21	1.95	1.09	4.00	0.77	-6.87*
22	1.09	0.30	1.95	1.23	-3.01*	22	1.25	0.55	3.04	1.20	-6.20*
23	1.57	0.74	3.25	1.33	-4.94*	23	1.85	0.93	3.61	1.07	-5.65*
24	1.61	0.66	3.60	1.31	-6.04*	24	2.05	0.68	3.80	0.81	-7.50*
25	1.38	0.66	3.10	1.21	-5.59*	25	1.70	0.97	3.71	1.18	-5.93*
26	1.38	0.66	2.75	0.85	-5.71*	26	2.10	0.78	3.23	0.94	-4.20*
27	1.33	0.57	3.70	1.45	-6.79*	27	1.65	0.87	2.23	1.57	-1.48
28	1.57	0.67	3.60	1.42	-5.76*	28	1.75	0.63	3.33	1.49	-4.45*
29	1.80	1.03	2.55	1.60	-1.75	29	2.35	1.49	3.33	1.06	-2.41*
30	1.61	0.74	2.15	1.18	-1.71	30	2.30	1.12	3.38	1.20	-2.97*
31	1.71	1.18	2.95	1.82	-2.56*	31	1.55	1.23	2.47	1.47	-2.19*
32	2.66	1.49	4.00	1.41	-2.94*	32	2.50	1.60	3.38	1.39	-1.87
33	2.00	1.34	3.70	1.17	-4.32*	33	2.95	1.60	4.23	0.88	-3.16*
34	1.95	1.02	4.05	1.09	-6.32*	34	2.55	1.19	2.95	1.32	-1.02
35	1.95	0.92	3.35	1.18	-4.21*	35	2.05	0.82	3.95	0.80	-7.47*
36	2.14	1.06	3.90	0.78	-6.03*	36	2.60	1.27	3.42	0.87	-2.42*
37	2.00	1.09	3.00	1.58	-2.33*	37	1.95	1.19	2.52	1.47	-1.38
38	1.71	1.05	3.45	1.23	-4.83*	38	2.45	1.05	3.38	1.07	-2.81*
39	1.95	0.86	3.55	1.23	-4.78*	39	2.50	1.14	3.80	0.87	-4.10*
40	1.71	0.78	3.95	1.14	-7.26*	40	2.05	0.94	3.47	1.12	-4.41*

* Valores significativos ($p \leq 0.03$)

*Valores significativos ($p \leq 0.04$)

ANEXO B

Resultados del análisis de reactivos del estudio piloto 2

Grado de Incomodidad

Reactivo	Calificaciones bajas		Calificaciones altas		t
	X	S	X	S	
1	1.96	0.99	2.60	1.27	-2.80*
2	1.27	0.53	2.20	1.12	-5.27*
3	1.94	0.64	3.20	0.96	-7.67*
4	1.76	0.97	2.72	1.17	-4.44*
5	1.54	0.73	3.20	1.08	-8.94*
6	1.98	0.99	3.36	1.39	-5.72*
7	1.92	0.91	3.56	1.19	-7.72*
8	1.56	0.78	3.46	1.32	-8.70*
9	1.80	0.87	3.28	1.21	-7.01*
10	1.49	0.67	3.08	1.27	-7.81*
11	1.82	0.79	3.18	1.13	-6.94*
12	1.80	0.98	3.10	1.21	-5.89*
13	1.68	0.78	3.30	1.07	-8.60*
14	1.31	0.61	3.06	1.13	-9.60*
15	1.88	1.01	2.78	1.38	-3.70*
16	1.15	0.41	2.80	1.42	-7.81*
17	1.35	0.62	2.88	1.18	-8.05*
18	1.96	1.05	3.26	1.38	-5.30*
19	1.56	0.70	3.30	1.14	-9.13*
20	1.35	0.59	3.34	1.11	-11.1*
21	1.39	0.53	3.32	1.51	-10.7*
22	1.11	0.32	2.82	1.30	-8.96*
23	1.68	1.12	3.56	1.23	-7.99*
24	1.60	0.80	3.46	1.26	-8.77*
25	1.56	0.78	3.44	1.11	-9.78*
26	1.49	0.61	3.02	1.09	-8.63*
27	1.70	1.27	3.14	1.61	-4.95*
28	1.68	0.78	3.46	0.99	-9.93*
29	1.39	0.66	2.82	1.20	-7.34*
30	1.41	0.66	2.68	1.18	-6.60*
31	1.90	1.31	3.00	1.52	-3.87*
32	2.92	1.24	3.36	1.54	-1.57
33	2.47	1.15	3.34	1.28	-3.57*
34	2.54	1.33	3.80	1.14	-5.07*
35	1.92	0.79	3.58	1.03	-9.03*
36	1.78	0.92	3.84	1.07	-10.3*
37	1.58	0.80	2.90	1.35	-5.89*
38	1.92	0.79	3.26	1.13	-6.83*
39	1.84	0.80	3.84	1.01	-10.9*
40	1.76	0.95	3.92	1.12	-10.4*

* Valores significativos ($p \leq 0.01$)

Probabilidad de Respuesta

Reactivo	Calificaciones bajas		Calificaciones altas		t
	X	S	X	S	
1	2.54	1.30	2.84	1.29	-1.12
2	1.74	0.82	2.94	1.15	-6.00*
3	2.58	1.06	3.58	0.73	-5.48*
4	2.62	1.09	3.20	0.99	-2.76*
5	1.58	0.66	2.86	1.16	-6.73*
6	2.17	1.16	3.26	1.27	-4.46*
7	2.54	1.06	3.18	1.20	-2.78*
8	1.56	0.64	3.10	1.28	-7.57*
9	2.00	0.93	3.58	1.05	-7.96*
10	1.82	0.84	2.60	1.26	-3.63*
11	1.82	0.88	3.16	1.14	-6.53*
12	2.25	1.16	3.68	1.13	-6.24*
13	2.27	1.00	3.32	1.13	-4.91*
14	1.78	0.87	3.02	1.20	-5.88*
15	2.37	1.11	3.70	1.01	-6.26*
16	1.49	0.67	2.82	1.35	-6.24*
17	1.54	0.67	3.10	1.07	-8.68*
18	2.03	0.95	3.90	0.88	-10.1*
19	1.64	0.82	2.90	1.23	-6.00*
20	1.50	0.70	2.38	1.12	-4.66*
21	1.66	0.79	3.20	1.16	-7.74*
22	1.33	0.71	2.74	1.19	-7.18*
23	1.41	0.72	3.22	1.21	-9.05*
24	2.15	0.98	3.60	1.03	-7.19*
25	1.45	0.64	2.96	1.34	-7.20*
26	2.13	0.98	3.52	0.97	-7.11*
27	1.54	1.00	2.02	1.27	-2.06+
28	1.84	0.83	3.20	1.14	-6.81*
29	2.23	0.99	3.38	1.21	-5.19*
30	2.25	1.05	3.62	0.98	-6.71*
31	1.43	0.72	3.18	1.45	-7.62*
32	3.01	1.27	3.46	1.09	-1.87
33	3.45	1.30	4.36	0.69	-4.39*
34	2.58	1.00	3.22	1.23	-2.82*
35	2.41	1.18	3.84	0.99	-6.55*
36	2.03	0.93	3.48	1.12	-6.97*
37	1.96	1.09	3.28	1.21	-5.73*
38	2.39	1.09	3.54	1.09	-5.27*
39	2.17	0.95	3.62	1.10	-7.03*
40	1.96	1.01	3.30	1.23	-5.94*

* Valores significativos ($p \leq 0.01$)+ Valores significativos ($p = 0.04$)

Resultados del análisis de reactivos del estudio piloto 3

Grado de Incomodidad	Calificaciones bajas		Calificaciones altas		t
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
Reactivo					
Pedir un favor a alguien. (react. 3)	1.80	0.78	3.30	0.82	-4.16*
Negarle su coche a alguien que se lo pide prestado. (react. 1, versión A)	1.30	0.67	2.90	0.99	-4.21*
Decirle a una persona importante para usted cuando le hace un reclamo injusto, que no tiene razón. (react. 32, versión A)	1.70	0.82	3.30	1.16	-3.56*
Cortar la plástica a un amigo que habla mucho. (react. 13)	1.60	0.69	3.60	0.69	-6.40*
Iniciar una conversación con un extraño. (react. 15)	1.70	0.82	3.40	1.07	-3.97*
Negarse a aceptar un reclamo injusto de una persona importante para usted. (react. 32, versión B).	1.30	0.48	3.60	0.96	-6.73*
Resistir la presión de alguien que insiste en que usted tome bebidas alcohólicas. (react. 31)	1.10	0.31	3.70	0.67	-11.03*
Decirle a alguien que le pide su coche que no puede prestárselo (react. 1, versión B).	1.20	0.42	3.20	1.47	-4.12*

* Valores significativos ($p \leq 0.01$)

Probabilidad de Respuesta	Calificaciones bajas		Calificaciones altas		t
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
Reactivo					
Pedir un favor a alguien. (react. 3)	2.59	1.06	3.50	0.71	-5.46*
Negarle su coche a alguien que se lo pide prestado. (react. 1, versión A)	1.70	0.67	4.25	0.75	-8.37*
Decirle a una persona importante para usted cuando le hace un reclamo injusto, que no tiene razón. (react. 32, versión A)	1.80	0.919	2.83	1.26	-2.21*
Cortar la plástica a un amigo que habla mucho. (react. 13)	1.60	0.51	3.16	0.83	-5.38*
Iniciar una conversación con un extraño. (react. 15)	2.20	0.78	3.33	1.23	-2.61*
Negarse a aceptar un reclamo injusto de una persona importante para usted. (react. 32, versión B).	1.30	0.48	3.16	1.11	-5.24*
Resistir la presión de alguien que insiste en que usted tome bebidas alcohólicas. (react. 31)	1.10	0.316	2.83	1.52	-3.83*
Decirle a alguien que le pide su coche que no puede prestárselo (react. 1, versión B).	1.40	0.51	3.41	1.31	-4.89*

* Valores significativos ($p \leq 0.04$)

ANEXO D

Resultados del análisis de reactivos confirmatorio
(aplicación al grupo normativo)

Reactivo	Grado de Incomodidad					Probabilidad de Respuesta				
	Calificaciones bajas		Calificaciones altas		t	Calificaciones bajas		Calificaciones altas		t
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		\bar{X}	S	\bar{X}	S	
1	1.83	0.93	2.92	1.24	-11.81	2.07	1.18	3.48	1.28	-13.46
2	1.44	0.85	2.45	1.17	-11.72	1.70	0.95	3.01	1.19	-14.20
3	2.09	0.89	3.19	1.06	-13.35	2.47	1.09	3.30	0.97	-9.55
4	1.76	1.01	2.77	1.33	-10.20	2.17	1.10	3.10	1.17	-9.70
5	1.77	0.99	3.01	1.23	-13.09	1.77	0.99	2.98	1.26	-12.58
6	1.93	0.90	3.12	1.20	-13.27	2.56	1.27	3.34	1.12	-7.73
7	1.89	0.97	3.11	1.22	-13.16	2.11	1.14	3.33	1.18	-12.37
8	1.76	0.88	3.46	1.25	-18.65	1.61	0.87	3.07	1.18	-16.49
9	1.90	0.98	3.19	1.25	-13.59	2.14	1.10	3.11	1.27	-9.58
10	1.72	1.01	3.08	1.19	-14.64	1.61	0.86	2.74	1.10	-13.39
11	1.74	0.84	2.99	1.17	-14.55	2.26	1.10	3.26	1.09	-10.83
12	1.84	0.99	3.10	1.21	-13.54	2.47	1.17	3.59	1.09	-11.67
13	1.86	0.89	3.19	1.19	-15.10	2.25	1.08	3.39	1.16	-11.96
14	1.53	0.81	2.84	1.25	-14.84	1.69	0.97	3.14	1.29	-14.89
15	1.88	1.03	3.18	1.39	-12.64	2.42	1.22	3.80	1.11	-13.96
16	1.29	0.65	2.70	1.32	-16.07	1.54	0.86	2.96	1.32	-14.92
17	1.45	0.77	2.86	1.19	-16.78	1.79	0.94	3.62	1.10	-21.13
18	2.14	1.12	3.52	1.32	-13.45	2.26	1.24	3.97	1.04	-17.59
19	1.53	0.73	3.26	1.23	-20.28	1.50	0.77	2.82	1.16	-15.71
20	1.45	0.75	3.08	1.34	-17.72	2.13	0.73	2.53	1.27	-13.10
21	1.54	0.70	2.91	1.24	-16.16	1.67	0.90	3.22	1.23	-16.84
22	1.22	0.54	2.40	1.34	-13.72	1.36	0.72	2.69	1.32	-14.64
23	1.64	0.89	3.45	1.15	-20.88	1.50	0.75	2.94	1.30	-15.98
24	1.75	0.89	3.32	1.19	-17.81	1.81	0.92	3.48	1.16	-18.75
25	1.55	0.83	3.42	1.26	-20.83	1.40	0.71	2.80	1.32	-15.48
26	1.42	0.64	2.89	1.05	-20.08	1.74	0.86	3.37	1.11	-19.34
27	1.65	1.08	3.57	1.49	-17.56	1.44	0.94	2.58	1.59	-10.26
28	1.67	0.84	3.41	1.10	-21.08	1.72	0.91	3.25	1.18	-16.97
29	1.61	0.89	2.88	1.32	-13.40	2.12	1.21	3.48	1.33	-12.56
30	1.46	0.79	2.44	1.12	-12.05	1.95	1.15	3.24	1.18	-13.04
31	1.81	1.22	3.37	1.47	-13.68	1.52	1.01	2.74	1.57	-10.79
32	1.64	0.85	3.56	1.23	-21.58	1.47	0.78	2.93	1.27	-16.21
33	2.27	1.23	3.23	1.36	-8.82	2.88	1.39	4.03	1.07	-10.91
34	2.26	1.18	3.72	1.19	-14.61	2.18	1.19	3.14	1.21	-9.48
35	1.75	0.85	3.53	1.15	-20.88	1.76	0.94	3.25	1.24	-15.95
36	1.98	1.02	3.67	1.15	-18.42	1.76	0.97	3.03	1.34	-12.73
37	1.75	0.94	2.86	1.25	-11.91	1.95	1.13	3.30	1.15	-13.91
38	1.91	1.00	3.21	1.19	-13.98	2.28	1.17	3.46	1.13	-12.03
39	1.77	0.79	3.48	1.10	-21.04	1.83	0.95	3.39	1.14	-17.51
40	1.75	0.93	3.76	1.24	21.70	1.56	0.92	2.94	1.36	-13.96

Todos los valores t fueron significativos ($p \leq 0.001$)

ANEXO E

Matriz factorial rotada de la subescala Grado de Incomodidad (GI)

Reactivos	FACTORES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	-0.033	0.151	0.063	0.085	-0.127	0.490*	0.089	0.160	0.321*
2	0.519*	-0.115	0.333*	-0.158	0.166	0.079	0.185	0.025	-0.045
3	0.154	0.091	0.117	0.040	0.161	0.408*	0.038	0.288*	-0.044
4	0.326*	-0.003	-0.020	0.089	-0.013	0.441*	0.234	-0.182	0.008
5	0.603*	-0.024	-0.114	0.045	0.048	0.143	0.106	0.060	0.231
6	0.028	-0.005	-0.074	0.176	0.208	0.355*	0.245	0.097	0.460*
7	0.322*	0.069	0.025	0.036	-0.015	0.033	-0.032	0.284*	0.550*
8	0.214	0.252*	0.290*	0.188	0.063	0.040	0.018	-0.060	0.499*
9	0.148	0.052	0.094	0.616*	0.082	0.165	-0.130	0.087	0.105
10	0.488*	0.082	-0.010	0.184	-0.059	0.268*	0.140	0.060	0.205
11	0.087	0.153	-0.027	0.252*	0.068	0.632*	0.036	0.086	-0.022
12	-0.033	0.298*	0.150	-0.080	0.277*	0.445*	-0.118	0.238	0.035
13	0.072	0.156	0.389*	-0.024	0.125	0.415*	-0.073	0.010	0.332*
14	0.591*	0.258*	0.065	-0.072	0.135	-0.119	-0.085	0.046	0.104
15	0.032	0.173	0.016	0.004	0.193	-0.026	0.067	0.586*	0.249
16	0.448*	-0.003	0.311*	-0.077	0.379*	0.069	0.057	0.092	0.108
17	0.296*	-0.048	0.140	0.130	0.216	0.146	0.080	0.633*	-0.004
18	0.054	0.135	0.063	0.200	-0.156	0.116	0.030	0.732*	0.057
19	0.519*	0.161	0.308*	0.214	0.063	0.116	0.037	0.101	0.099
20	0.447*	0.028	0.123	0.560*	0.095	0.046	0.001	0.146	-0.032
21	0.639*	0.245	-0.020	0.184	0.049	0.016	-0.031	0.127	0.002
22	0.627*	-0.006	0.284*	0.081	0.309*	0.002	0.033	-0.058	-0.085
23	0.098	0.250*	0.663*	0.175	0.032	0.030	0.158	0.107	0.087
24	0.122	0.560*	0.375*	0.077	-0.028	0.048	0.064	0.106	0.042
25	0.157	0.099	0.632*	0.321*	0.110	0.043	0.236	0.026	0.003
26	0.221	0.416*	0.212	0.064	0.332*	0.209	0.071	-0.083	0.100
27	0.111	0.164	0.109	0.100	0.121	0.039	0.706*	-0.017	0.125
28	0.108	0.367*	0.180	0.243	0.172	-0.057	0.323*	0.098	0.274*
29	0.059	0.066	0.081	0.024	0.613*	0.035	0.091	0.126	0.190
30	0.147	0.123	0.144	0.112	0.594*	0.096	-0.006	0.003	-0.225
31	0.023	0.208	0.217	-0.105	0.021	0.090	0.708*	0.109	-0.138
32	0.210	0.466*	0.238	0.016	0.070	0.145	0.301*	0.033	-0.056
33	-0.157	0.475*	-0.138	0.005	0.004	0.165	0.048	0.348*	-0.084
34	-0.023	0.428*	-0.030	0.082	-0.016	0.070	0.450*	0.133	0.193
35	0.107	0.615*	0.159	0.159	0.051	0.094	0.146	-0.012	0.130
36	0.015	0.169	0.126	0.574*	0.140	0.161	0.232	0.100	0.119
37	0.169	0.046	-0.111	0.180	0.656*	0.027	0.065	0.115	0.064
38	0.132	0.563*	-0.205	-0.120	0.139	0.239	0.185	0.132	0.034
39	0.083	0.516*	0.174	0.392*	0.133	0.046	0.025	0.103	0.151
40	0.095	0.421*	0.320*	0.387*	0.026	0.016	0.248	0.035	0.029

* Cargas factoriales sustanciales (iguales o mayores que 0.25), cuyos reactivos correspondientes constituyen los factores.

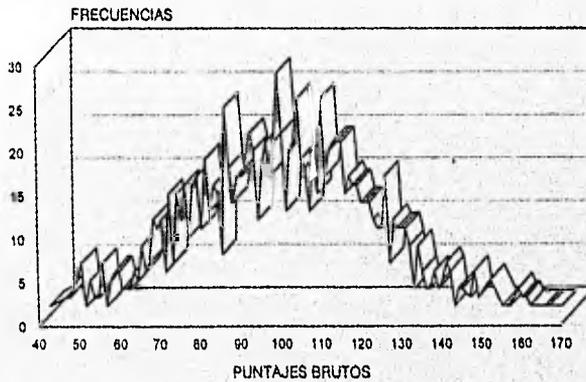
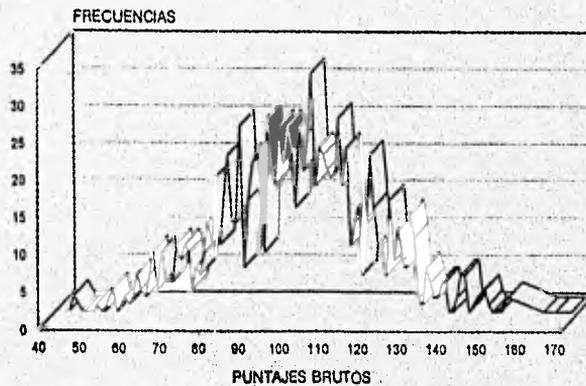
ANEXO F

Matriz factorial rotada de la subescala Probabilidad de Respuesta (PR)

Reactivos	FACTORES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	0.122	0.114	0.033	0.106	-0.026	0.585*	0.110	0.158	0.099
2	0.538*	0.062	0.346*	0.050	0.051	-0.007	0.144	-0.117	0.066
3	0.252*	-0.052	0.209	0.300*	0.135	0.260*	-0.132	-0.176	-0.052
4	0.059	-0.009	0.079	0.064	0.053	0.167	0.106	-0.005	0.645*
5	0.102	-0.059	0.664*	0.167	0.017	0.111	0.117	0.009	0.009
6	-0.028	0.007	0.205	-0.155	0.173	0.604*	0.189	-0.018	0.011
7	0.072	0.175	0.563*	0.015	0.062	0.224	-0.190	-0.004	0.068
8	0.046	0.567*	0.224	0.024	0.037	0.119	0.013	0.004	0.159
9	-0.171	0.158	0.134	0.476*	0.076	0.172	-0.063	0.210	0.010
10	0.039	0.311*	0.510*	0.088	-0.115	0.071	0.021	-0.055	0.354*
11	0.081	0.149	-0.055	0.216	-0.019	0.632*	0.067	-0.021	0.095
12	0.485*	0.019	-0.059	0.258*	0.136	0.187	-0.207	-0.043	0.286*
13	0.105	0.088	0.050	-0.010	0.107	0.311*	-0.092	0.415*	0.385*
14	0.083	0.203	0.429*	0.173	0.035	-0.126	-0.015	0.101	0.325*
15	0.424*	-0.098	0.129	0.292*	0.162	0.136	0.011	0.038	0.078
16	0.514*	0.206	0.280*	0.038	-0.046	-0.107	0.151	0.044	0.227
17	0.428*	0.057	0.124	0.599*	0.047	0.034	0.095	0.066	0.114
18	0.173	0.108	0.154	0.677*	0.052	0.086	0.068	0.000	0.061
19	0.000	0.391*	0.416*	0.287*	0.022	-0.090	0.114	0.055	0.165
20	0.017	0.213	0.214	0.493*	0.025	-0.091	0.105	0.196	0.005
21	0.104	0.105	0.651*	0.135	0.185	0.015	0.122	0.153	-0.101
22	0.467*	0.106	0.460*	0.082	-0.065	-0.090	0.142	0.127	-0.079
23	0.146	0.239	0.074	0.162	0.179	0.078	0.086	0.656*	0.004
24	0.153	0.234	0.092	0.052	0.692*	0.075	-0.024	0.141	-0.051
25	0.083	0.241	0.095	0.232	0.136	0.033	0.104	0.652*	0.002
26	0.299*	0.322*	0.016	-0.047	0.401*	0.212	0.113	0.152	0.049
27	0.075	0.156	0.127	-0.016	-0.048	0.202	0.707*	0.043	-0.102
28	0.111	0.484*	0.097	0.123	0.223	0.161	0.124	0.075	-0.110
29	0.582*	-0.080	-0.018	0.077	0.198	0.047	0.049	0.163	0.055
30	0.577*	0.120	0.101	-0.056	0.163	0.112	-0.068	0.107	-0.129
31	0.155	0.074	0.024	0.059	0.060	0.116	0.733*	0.065	0.079
32	0.195	0.477*	0.096	-0.134	0.110	-0.003	0.147	0.273*	0.255*
33	0.284*	-0.156	0.075	0.067	0.307*	0.305*	0.010	0.118	0.121
34	-0.068	0.025	0.014	0.133	0.238	-0.002	0.552*	0.009	0.363*
35	0.084	0.203	0.039	0.094	0.721*	-0.061	0.115	0.123	0.114
36	0.031	0.402*	-0.124	0.331*	0.078	0.159	-0.025	0.308*	0.081
37	0.616*	0.347*	-0.077	0.021	-0.041	0.095	0.116	-0.037	-0.038
38	0.204	0.205	-0.034	0.204	0.425*	0.187	0.060	-0.389*	0.153
39	0.079	0.598*	0.108	0.202	0.292*	0.023	-0.032	0.091	0.007
40	0.004	0.547*	0.097	0.172	0.108	-0.010	0.138	0.224	-0.136

* Cargas factoriales sustanciales (iguales o mayores que 0.25), cuyos reactivos correspondientes constituyen los factores.

ANEXO G

**Gráficas de distribución de frecuencias
de los puntajes brutos de las subescalas GI y PR****Distribución de frecuencias de los puntajes de GI**
Grupo normativo (n=1127)**Distribución de frecuencias de los puntajes de PR**
Grupo normativo (n=1127)

ANEXO H

Resultados del análisis de varianza

Cuadro 1. Valores obtenidos en la prueba F

Grado de incomodidad			Probabilidad de respuesta		
Variable	F	Nivel de significancia	Variable	F	Nivel de significancia
Sexo	7.49	0.006	Sexo	2.26	0.113
Escolaridad	6.15	0.000	Escolaridad	20.89	0.000
Interacción entre sexo y escolaridad	1.36	0.237	Interacción entre sexo y escolaridad	0.38	0.861

Cuadro 2. Medias de los subgrupos

Variable	Subgrupos	Número de casos	Medias GI	PR
SEXO	Mujeres	674	99.8	103.2
	Hombres	453	95.8	100.5
GRADO DE ESCOLARIDAD	Primaria	183	101.7	111.5
	Secundaria	211	102.1	108.2
	Bachillerato	336	96.1	97.8
	Carrera técnica o comercial	94	99.9	103.6
	Profesional	281	96.3	97.3
	Maestría	22	79.5	85.5

Cuadro 3. Valores t obtenidos al comparar las medias de los subgrupos de las variables sexo y escolaridad

Comparación entre las medias de los grupos de:	Grado de Incomodidad t	Probabilidad de respuesta t
Mujeres-hombres	2.89*	2.15**
Primaria-secundaria	-0.22	1.53
Primaria-bachillerato	2.96*	6.83*
Primaria-carrera téc./comercial	0.60	2.85*
Primaria-est. profesionales	2.69*	6.79*
Primaria-maestría	4.95*	7.19*
Secundaria-bachillerato	3.09*	6.23*
Secundaria-carrera téc./com.	0.74	1.80
Secundaria-est. profesionales	2.83*	6.16*
Secundaria-maestría	5.02*	6.59*
Bachillerato-carrera téc./com.	-1.33	-2.44*
Bachillerato-est. profesionales	-0.06	0.32
Bachillerato-maestría	3.76*	3.69*
Carrera téc./com.-est. prof.	1.25	2.58*
Carrera téc./com.-maestría	4.11*	4.72*
Est. profesionales-maestría	3.73*	3.48*

* Valores significativos ($p \leq 0.01$)** Valores significativos ($p = 0.03$)

IX. REFERENCIAS

- Arriaga, L. y Giles, A. (1983). Programa de entrenamiento asertivo en el área educativa. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Arrindell, W.; Sanderman, R.; Van der Molen, H.; Van der Ende, J. y Mersh, P-P. (1988). The structure of assertiveness: a confirmatory approach. Behavior Research and Therapy, 26, 337-339.
- Arrindell, W. y Van der Ende, J. (1985). Cross sample invariance of the structure of self-reported distress and difficulty in assertiveness. Advances in Behavior Research and Therapy, 7, 205-243.
- Bandura, A. y Walters, R. (1963). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza.
- Barreto, C. (1985). Interrelación de la conducta asertiva y las relaciones objetales. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Fac. de Psicología, UNAM.
- Blanco, A. (1983). Evaluación de las habilidades sociales. En Fernández, R. y Carrobes, J. (Comp.). Evaluación conductual, metodología y aplicaciones (pp. 567-606) Madrid: Pirámide.
- Beck J. G. y Heimberg R. (1983). Self-report assesment of assertive behavior: a critical analysis. Behavior Modification, 7, pp.451-487.
- Bouchard M., Granger L. y Ladouceur, R. (1981). Historia y principios. En Bouchard M., Granger L. y Ladouceur, R. (Comp.) Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta (pp. 21-38). Madrid: Debate.
- Brown, F. (1976). Principios de la medición en psicología y educación. México: Manual Moderno, 1993.
- Buitrón, E. (1991). Entrenamiento asertivo para el transtorno de la personalidad por dependencia. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad del Valle de México.
- Caballo V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En Caballo V. E. (Comp.). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta, (pp. 403-443). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Camargo, J. L. (1985). La asertividad, el reforzamiento y la extinción aplicadas por enfermeras en un área médica. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Carrasco, I.; Clemente, M. y Llavona, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Gambrell y Richey. Estudios de Psicología, 37, 63-74.
- Crawford, M. (1988). Gender, age, and the social evaluation of assertion. Behavior Modification, 12, 549-564.
- Cortés, S. (1984). Entrenamiento asertivo en el ambiente laboral. Tesis de Licenciatura en Psicología. Fac. de Psicología, UNAM.
- Cotler, S. y Guerra, J. (1976). Assertion training, a humanistic-behavioral guide to self-dignity. Illinois: Research Press Company.
- Delgado, F. (1983). La terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas. México: Trillas.

- Eisler, R., Miller, P. y Hersen, M. (1973). Components of assertive behavior. Journal of Clinical Psychology, 24, 295-299.
- Eisler, R., Hersen, M., Miller, P. y Blanchard, E. (1975). Situational determinants of assertive behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43 (3), 330-340.
- Fernández, R. (1983). Perspectivas históricas de la evaluación conductual. En Fernández, R. y Carroles, J. (Comp.). Evaluación conductual, metodología y aplicaciones (pp. 31-62). Madrid: Pirámide.
- Flores, M., Díaz-Loving, R. y Rivera, S. (1987). MERA: una medida de rasgos asertivos para la cultura mexicana. Revista Mexicana de Psicología, 4 (1), pp. 29-35.
- Flores, M. (1989). Asertividad, agresividad y solución de situaciones problemáticas en una muestra mexicana. Tesis de Maestría en Psicología social. Fac. de Psicología, UNAM.
- Flores, M. (1994). Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis de Doctorado en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM.
- Futch, E. Scheirer, J y Lisman, S. (1982). Factor analyzing a scale of assertiveness, a critique and demonstration. Behavior Modification, 6, 23-43.
- Galassi, J., DeLo, J., Galassi, M. y Bastien, S. (1974). The College Self-Expression Scale: a measure of assertiveness. Behavior Therapy, 5, 165-171.
- Galassi, M. D. y Galassi, J. P. (1976). The effects of role playing variations on the assesment of assertive behavior. Behavior Modification, 7, 343-347.
- Gambrill, Eileen D. (1977). Behavior Modification, handbook of assessment, intervention and evaluation. California: Jossey-Bass.
- Gambrill E. y Richey Ch. (1975). An assertion inventory for use in assesment and research. Behavior Therapy, 6, 550-561.
- Gay, M., Hollandsworth, J. y Galassi, J. (1975). An assertive inventory for adults. Journal of Counseling Psychology, 22 (4), 340-344.
- Green, S., Burkhart, B. y Harrison, W. (1979). Personality correlates of self-report, role playing and in vivo measures of assertiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 16-24.
- Guerrero, G. y Pacheco, E. (1983). Entrenamiento asertivo como medio para mejorar las relaciones sexuales en la pareja. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Zaragoza, UNAM.
- Gustafson, R. (1992). A swedish psychometric test of the Rathus Assertiveness Schedule. Psychological Reports, 71, 479-482.
- Gutiérrez, R. (1994). Asertividad, herramienta para mejorar la calidad de vida. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Henderson, M. y Furnham, A. (1983). Dimensions of assertiveness: factor analysis of five assertion inventories. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14, 223-231.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Hersen, M., Bellack, A., Turner, S., Williams, M., Harper, K. y Watts, J. (1979). Psychometric properties of the Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale. Behavior Research and Therapy, 17, 63-69.

- Keane, T., Lawrence, J., Himadi, W., Graves, K. y Kelly, J. (1983). Blacks' perceptions of assertive behavior, an empirical evaluation. Behavior Modification, 7, 97-111.
- Kerlinger, F. (1973). Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. México: Interamericana, 1975.
- Lange, S. y Jakubowski, P. (1976). Responsible assertive behavior. Cognitive-behavioral procedures for trainers. Illinois: Research Press Company.
- Larios, T. (1982). Entrenamiento asertivo en sujetos alcohólicos. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Lazarus, M. (1966). Behavior rehearsal vs. nondirective therapy vs. advice in effecting behavior change. Behavior Research and Therapy, 4, pp. 209-212.
- Levenson, R. y Gottman, J. (1978). Toward the assesment of social competence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 453-462.
- Lowe, M. y Storm, M. (1986). Being assertive or being liked, a genuine dilemma? Behavior Modification, 10 (4), 371-390.
- MacDonald, M. (1978). Measuring assertion: a model and method. Behavior therapy, 9, 889-899.
- Mahoney, M. (1974). Cognición y modificación de conducta. México: Trillas, 1983.
- Martínez, L. (1995). La influencia de la autoestima y asertividad en un programa de educación sexual en la actitud hacia la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- Mathieu, M., Wright J. y Valiquette C. (1981). Asertividad y habilidades sociales. En Bouchard M., Granger L. y Ladouceur (Comp.) Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta (pp. 169-202). Madrid: Debate.
- McFall, R. y Lillesand, D. (1971). Behavioral rehearsal with modeling and coaching in assertion training. Journal of Abnormal Psychology, 77, 313-323.
- McFall, R. y Marston, S. (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive behavior. Journal of Abnormal Psychology, 76, 295-303.
- McFall, R. y Twentyman, C. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertion training. Journal of Abnormal Psychology, 81, 199-218.
- Meichenbaum, D. (1974). Cognitive behavior modification. Nueva York: Plenum Press.
- Mischel, W. (1968). Personalidad y evaluación. México: Trillas, 1973.
- Ordoñez, A. (1986). Implementación de un entrenamiento asertivo para trabajadoras domésticas. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Pál-Hegedus, C. y Jensen, H. (1982). Propiedades psicométricas y estructura factorial de la Escala de Asertividad de Rathus en una muestra de universitarios. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, 2 (2), 41-52.
- Pasquali, L. y Veloso, V. (1990) Escala de Assertividad de Rathus-RAS: adaptacao brasileira. Psicología: Teoría e Pesquisa, 6 (3), 233-249.
- Pérez, F. (1981). El autoinforme como criterio de evaluación en asertividad y ansiedad. Revista de Psicología General y Aplicada, 36, 651-658.
- Rathus, S. (1973). A 30 item schedule for assessing assertive behavior. Behavior therapy, 4, pp. 398-406.

- Rimm, D. y Masters, J. (1980). Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos (Flores, A., Trad.). México: Trillas.
- Romero, A. y Ordoñez, L. (1991) Un estudio exploratorio acerca de la aplicación del entrenamiento asertivo a los conflictos de interacción familiar. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Smith, M. (1975). Cuando digo no me siento culpable. México: Grijalbo, 1983.
- Vizcarro, C. y García, J. (1983). Los auto-informes. En Fernández, R. y Carrohes, J. (Comp.). Evaluación conductual. metodología y aplicaciones (pp. 233-266). Madrid: Pirámide. 233-266.
- Wildman, B. y Clementz, B. (1986) Assertive, emphatic assertive and conversational behavior; perception of likability, effectiveness and sex role. Behavior Modification. 10, 315-331.
- Wolpe, J. (1958). Psicoterapia por inhibición recíproca. Madrid: Bilbao (1971).
- Wolpe, J. (1969). Basic principles and practices of behavior therapy of neuroses. American Journal of Psychiatry, 125, 1242-1247.
- Wolpe, J. (1979). Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas, 1969.
- Yates (1973). Terapia del comportamiento. México: Trillas.