

51



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

029.9357

**ASERTIVIDAD EN ESTUDIANTES
DE CIUDAD UNIVERSITARIA:
UN ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

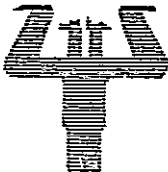
**CARLOS FABIÁN CONCHA GUTIÉRREZ
GERARDO RODRÍGUEZ FRAGOSO**

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

ASESORÍA ESTADÍSTICA Y PSICOMÉTRICA:

LIC. MA. ENEDINA VILLEGAS HERNÁNDEZ



MÉXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

Al Mtro. Samuel Jurado Cárdenas:

Nuestro más hondo reconocimiento al Psicólogo cuya atinada dirección, nos permitió culminar exitosamente con este esfuerzo, y un agradecimiento entrañable para el amigo que en todo momento nos apoyó con algo más que horas de trabajo académico.

A la Mtra. Ma. Enedina Villegas Hernández

Por su valiosa colaboración en la revisión de este escrito.

A los Mtros. Jorge Molina Avilés, Rocío Avendaño Sandoval y Blanca Reguero Reza:

Mil gracias por todos sus comentarios, los cuales significaron una aportación esencial para el buen desarrollo de este trabajo.

Al Lic. Fabián Martínez Silva:

En atención a su invaluable ayuda en el manejo del programa estadístico utilizado en esta investigación y sus certeros consejos para la elaboración de los resultados.

A la Lic. Francis Hernández García:

Como un testimonio de afecto y gratitud eternos para una amiga excepcional.

Al Ing. Germán C. Morato Vargas:

Por las facilidades brindadas en la utilización del equipo de cómputo.

Queremos agradecer también, a todos los estudiantes de Ciudad Universitaria que asertivamente aceptaron participar en este estudio.

Carlos y Gerardo.

Dedico esta tesis...

A mi madre, Ma. Dolores Gutiérrez Estrada Vda. de Concha:

Con amor y gratitud por todo el apoyo que siempre me brindó y en reconocimiento a su titánica labor de haber sido a la vez, padre y madre para mí y mis hermanos.

A mis hermanos, Rodolfo Concha Gutiérrez y Ma. Luisa Andrea Concha Gutiérrez:

Con todo el amor que les tengo y que no siempre he sabido expresarles.

A mi abuelita, Josefina Estrada Rosales:

Quien sé, que a pesar de mi alejamiento, siempre piensa en mí y reza para que yo esté bien.

A mi difunto padre, Rodolfo Concha Rangel:

A quien conocí a través del hermoso recuerdo que mi madre y mis hermanos guardaron de él y cuya imagen me motiva, cada día de mi vida, a tratar de ser mejor.

A toda mi familia, tíos (as), primos (as), sobrinos (as) y agregados:

Por su innegable contribución a todo lo bueno, malo y regular que soy o puedo llegar a ser.

A mi amada novia, Thalía Rodríguez Gavia:

Por su amorosa paciencia y tiernos cuidados a lo largo de todos estos años.

A mis grandes amigos, Alfredo Alvarez Curiel y Luis Rafael Pérez Lemus:

Quienes me enseñaron el valor de la amistad verdadera.

A mi amigo y compañero de tesis, Gerardo Rodríguez Frago:

Por obsequiarme con su amistad y mostrarme el poder de la perseverancia.

A todos mis maestros, particularmente al Dr. Nahum Martínez y a la Mtra. Concepción Conde:

Como muestra de gratitud por compartir conmigo sus conocimientos.

Al Ing. Salvador López López:

Con especial agradecimiento por ayudarme a confiar en mis capacidades.

A todos mis amigos y compañeros de carrera:

Especialmente a David Serrano Celis, Eduardo Marroquín Maceda, Oswaldo Teos Aguilar y Horacio Martínez Millán.

A mis compañeros de la Sección # 39:

Gracias por su apoyo y comprensión.

A mi querida Universidad Nacional Autónoma de México:

Por ofrecerme los mejores años de mi juventud y darme la oportunidad de estudiar la noble profesión de Psicólogo.

Sinceramente Carlos Concha.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1 ASERTIVIDAD	
1.1. Antecedentes históricos del estudio de la asertividad.....	7
1.2. Definiciones conceptuales del término asertividad.....	15
1.3. La investigación en el campo de la asertividad.....	22
1.4. Escalas de medición de conducta asertiva.....	27
CAPÍTULO 2 EPIDEMIOLOGÍA	
2.1. Concepto salud-enfermedad.....	33
2.2. Salud pública y epidemiología.....	37
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA	
3.1. Planteamiento del problema y justificación.....	54
3.2. Objetivos.....	57
3.3. Preguntas de investigación.....	57
3.4. Hipótesis.....	58
3.5. Variables.....	58
3.6. Muestreo.....	59
3.7. Sujetos.....	62
3.8. Instrumento.....	63
3.9. Tipo de estudio.....	68
3.10. Procedimiento.....	68

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

4.1. Prevalencia de casos de inasertividad en la muestra.....	70
4.2. Distribución por diagnóstico.....	73
4.3. Distribución de hombres por diagnóstico.....	75
4.4. Distribución de mujeres por diagnóstico.....	76
4.5. Comparación entre sexos por diagnóstico.....	77
4.6. Distribución y comparación entre Facultades por diagnóstico.....	78
4.7. Comparación entre sexos por reactivo.....	80
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	90
REFERENCIAS.....	97

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo fue obtener la prevalencia (frecuencia) de casos de inasertividad que se registran dentro de la población estudiantil de Ciudad Universitaria (C. U.), empleando para ello la metodología usada en el enfoque epidemiológico.

Como instrumento de medición psicológica se utilizó el Inventario de Asertividad elaborado por Gambrell y Richey (1975) y estandarizado para la población mexicana del Distrito Federal por Guerra (1996).

La prueba se aplicó a una muestra probabilística compuesta por 1000 estudiantes (500 hombres y 500 mujeres) pertenecientes a las diferentes facultades ubicadas al interior del campus de C. U.

Los resultados señalan que la prevalencia de casos de inasertividad es del 30%, es decir que tres de cada diez estudiantes de la población elegida presentan déficits significativos en su conducta asertiva.

Por otra parte, el análisis estadístico realizado en este estudio indica que de manera general no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en su conducta asertiva, pero sí se presentan algunas diferencias importantes al analizar por separado cada una de las dimensiones específicas que componen la asertividad ya que, de acuerdo con los resultados, las mujeres son más asertivas que los hombres en situaciones relacionadas con expresar sentimientos positivos, hacer halagos, defender sus derechos en situaciones comerciales y manifestar molestia, enfado o desacuerdo. Mientras que los hombres se comportan más asertivamente ante factores como reconocer limitaciones personales, iniciar contactos sociales, hacer peticiones, resistir la presión de otros, defender opiniones, afrontar situaciones molestas y emitir conductas de confrontación.

INTRODUCCIÓN

En el seno de la Psicología clínica se han desarrollado diversos programas de intervención terapéutica cuyos planteamientos teóricos y metodológicos se desprenden de las propuestas hechas por autores como Pavlov, Watson, Hull, Thorndike y algunos otros enmarcados dentro de la corriente conductista; a esta clase de tratamiento psicológico se le conoce comúnmente como **terapia conductual**.

Los psicólogos formados en el campo de la terapia conductual han acuñado una serie de conceptos propios para identificar diferentes áreas de la conducta humana. En este marco, uno de los términos que más ha llamado la atención de los psicoterapeutas, y de la población en general, es el de la **asertividad** o **conducta asertiva**, la cual se define generalmente como un conjunto de habilidades que permiten a un individuo expresar claramente sus sentimientos, pensamientos u opiniones en forma no agresiva, así como defender sus derechos sin violar los derechos de los otros.

Los datos procedentes de diversas investigaciones experimentales, así como de numerosas observaciones clínicas, indican que la asertividad constituye un componente básico en el establecimiento de relaciones sociales satisfactorias; asimismo se ha demostrado que su contraparte, la **inassertividad**, se encuentra altamente relacionada con el origen y evolución de graves problemas de adaptación en el ser humano, ya que un individuo incapaz de responder eficazmente a los conflictos derivados de la interacción social cotidiana, puede desarrollar sentimientos de ira, culpa, frustración y/o autodegradación.

Debido a la importancia que la asertividad reviste para el bienestar psicológico del hombre, varios terapeutas se han dado a la tarea de crear diferentes técnicas que enseñan al paciente a comportarse asertivamente en

situaciones de intercambio social, este tipo de enseñanza recibe el nombre de entrenamiento asertivo, el cual ha ganado muchos adeptos a lo largo de las últimas décadas, presentándose como una alternativa terapéutica accesible, eficaz y eficiente.

A pesar del entusiasmo con que han sido recibidas las tesis sobre el estudio de la conducta asertiva, hasta la fecha no se tienen datos confiables sobre la cantidad de casos de inasertividad existentes en una población específica. De igual forma se desconoce hasta qué punto, los factores socioculturales que comparte una comunidad condicionan la formación de personas asertivas o inasertivas, cosa curiosa si se toma en cuenta que la asertividad es un constructo que se refiere específicamente a conductas de tipo social.

De las consideraciones anteriores se desprende la necesidad de obtener un banco de información estadística que permita a los psicólogos estudiar la génesis, evolución y efectos de la inasertividad en la salud psicológica de las poblaciones humanas. Para esto se requiere adoptar la metodología utilizada en el **enfoque epidemiológico**, la cual facilita la obtención y manipulación de un gran número de datos de una manera sistemática y confiable.

En este sentido la presente investigación tuvo por objetivo principal determinar el número de casos de inasertividad que se presentan en la población estudiantil de Ciudad Universitaria, mediante el empleo del enfoque epidemiológico.

En el primer capítulo de este trabajo se abordan brevemente, los antecedentes históricos del estudio de la asertividad, se ofrecen algunas definiciones sobre dicho término y se revisan las técnicas de medición más utilizadas para evaluar la conducta asertiva.

El segundo capítulo versa sobre el enfoque epidemiológico; en este apartado se proporcionan nociones básicas de la metodología utilizada por los epidemiólogos en sus trabajos de investigación.

Dentro del tercer y cuarto capítulo se describe detalladamente el procedimiento seguido en esta investigación y se analizan los resultados alcanzados.

Finalmente en las conclusiones se interpretan los datos obtenidos, se discute su importancia y se señalan las limitaciones que presenta el actual estudio, asimismo se ofrecen algunas propuestas que se espera sean de utilidad en el desarrollo de nuevas investigaciones.

CAPÍTULO 1

ASERTIVIDAD

1.1. Antecedentes históricos del estudio de la asertividad

El estudio de la asertividad tiene sus raíces en el desarrollo de la terapia conductual, cuyas bases teóricas se derivan, a su vez, de los principios conductistas propuestos por diferentes psicólogos y fisiólogos (Watson, Pavlov, Skinner, etcétera) a principios del siglo pasado. Sin embargo, los precedentes históricos de la Psicología conductista pueden rastrearse de mucho tiempo atrás.

De acuerdo con lo expuesto por Kazdin (1983) en su libro *Historia de la Modificación de Conducta*, durante la segunda mitad del siglo XIX, se suscitó un importante avance dentro de las ciencias, tanto a nivel conceptual como metodológico. Los enfoques mecanicista y materialista, que en ese tiempo empezaron a regir el estudio de las ciencias biológicas, concebían a los seres vivos como entidades de materia gobernadas por fuerzas mecánicas; consecuentemente, esta concepción arraigó entre los científicos la idea de estudiar los fenómenos biológicos mediante el empleo de rigurosos métodos experimentales que permitieran encontrar una explicación objetiva sobre el funcionamiento de los organismos en relación con las fuerzas del medio ambiente que les rodeaban.

La Psicología de esa época se vio fuertemente influenciada por este movimiento objetivista, psicólogos de diferentes países orientaron sus esfuerzos a la creación de métodos experimentales diseñados para estudiar el comportamiento humano.

Aproximadamente medio siglo más tarde, después de muchos intentos por parte de psicólogos y fisiólogos, el deseo de sistematizar el estudio de la psique

humana se cristalizó con la aparición de un nuevo modelo teórico conocido como conductismo, el cual se enfocaba exclusivamente a analizar las conductas observables y medibles por medio de técnicas experimentales.

En Norteamérica los inicios del movimiento conductista se fundamentaron en las proclamas ideológicas del psicólogo estadounidense John B. Watson, quien en el año de 1913 publicó un artículo llamado *La Psicología según un Conductista*, esta obra ejerció una gran influencia en el pensamiento de los psicólogos norteamericanos, en ella el autor sostenía que la Psicología debía enfocar su atención en el estudio de la conducta observable ya que los fenómenos de la conciencia como el pensamiento y la emoción no podían ser objeto de análisis científico debido a su carácter subjetivo; además reprobaba severamente el uso de la introspección como método de medición psicológica debido a que éste, aseguraba Watson, no permitía el estudio objetivo y confiable de la conducta.

De igual forma, al otro lado del mundo las investigaciones realizadas por tres fisiólogos rusos: Iván Sechenov, Vladimir Béchterev e Iván Pavlov -quienes dedicaron sus trabajos al estudio de los reflejos- definieron de manera definitiva el rumbo que tomaría la Psicología conductual en Europa (Yaroshevsky, 1979).

Iván Sechenov mostró un profundo interés por integrar a la Neurofisiología y a la Psicología en una misma ciencia, este planteamiento se derivó de sus trabajos de investigación sobre los reflejos.

Sechenov aseguraba que toda la conducta humana era refleja incluyendo la más compleja, a la cual consideraba como el producto de un aprendizaje, consistente en la simple asociación de estímulos ambientales con ciertos movimientos musculares. Dado su reconocimiento sobre la importancia de los reflejos y el aprendizaje en la conducta, Sechenov se convirtió en uno de los pioneros del conductismo.

Algunos años después de Sechenov, otro sobresaliente fisiólogo ruso, Iván Pavlov, realizó nuevas aportaciones a la Psicología a través del estudio de los reflejos. La más importante de todas ellas fue sentar las bases para investigar el condicionamiento de respuestas reflejas mediante el empleo de métodos objetivos y técnicas de laboratorio, así como poner de manifiesto la forma en como los organismos aprenden a reaccionar ante los estímulos medioambientales.

Los descubrimientos derivados de las investigaciones de Pavlov en 1927, generaron un interés especial por el condicionamiento de las conductas reflejas, el cual consistía, básicamente, en provocar una o varias respuestas reflejas mediante el apareamiento de un estímulo incondicionado (aquel estímulo que provoca una respuesta refleja de manera natural) con un estímulo condicionado (aquel estímulo que provoca una respuesta refleja después de un aprendizaje previo); a este proceso se le conoce actualmente como condicionamiento clásico.

En la misma época que Pavlov, Vladimir Bechterev se dedicó también al estudio de los reflejos, pero a diferencia del primero sus aportaciones fueron más de tipo teórico que experimental. Las investigaciones de Bechterev sobre el condicionamiento de los reflejos carecían del rigor metodológico que caracterizaba a los estudios de Pavlov, pero su formación como psiquiatra le permitió vincular en forma más eficiente los principios de la reflexología con la psicología humana, de hecho Bechterev intentó utilizar dichos fundamentos en la explicación de los desórdenes psiquiátricos.

Los hallazgos de estos tres investigadores rusos en el campo de la reflexología -especialmente los de Pavlov-, marcaron los inicios del movimiento conductista y el posterior desarrollo de nuevas teorías. El tema central de la Psicología se enfocó durante un periodo considerable, a estudiar los procesos de aprendizaje mediante el uso de condicionamiento clásico.

Paralelamente a las investigaciones de Pavlov, Edward Lee Thorndike, psicólogo estadounidense, estudiaba otra forma de aprendizaje que no tenía relación con conductas reflejas, sino más bien con acciones voluntarias.

Las investigaciones de Thorndike sobre el aprendizaje fueron distintas a las de los fisiólogos rusos. Su línea de trabajo se centró en la adquisición de respuestas no existentes en el repertorio natural de los organismos, es decir conductas que se aprenden mediante el proceso de ensayo y error. La principal aportación de Thorndike a la Psicología fue su llamada “Ley del Efecto”, la cual señala en términos coloquiales, que la probabilidad de que una conducta se presente o no, depende de las consecuencias positivas o negativas que ésta tenga para el individuo.

Por esa misma época surgió una fuerte figura en el mundo de la Psicología experimental. Formado bajo los preceptos conductuales de Watson, el psicólogo Burrus Frederick Skinner, fue uno de los personajes más sobresalientes del movimiento conductista en Estados Unidos, su trabajo de laboratorio sobre condicionamiento operante se considera una de las aportaciones más importantes de la Psicología moderna, esta clase de condicionamiento se refiere al aprendizaje de conductas no reflejas. Con base en la “Ley del Efecto” descubierta por Thorndike, Skinner realizó una gran cantidad de experimentos en donde demostró el papel fundamental que jugaba el reforzamiento en el aprendizaje de cualquier tipo de conducta. De esta manera definió el concepto de reforzador como cualquier evento que ocurra después de la emisión de la conducta y aumente la probabilidad de que dicha conducta se repita, además diseñó diferentes situaciones experimentales para el estudio de la conducta conocidas como programas de reforzamiento.

No obstante el entusiasmo con que fueron acogidas las teorías conductistas, algunos psicólogos como Edward Tolman y Clark Hull, observaron que el modelo

propuesto por el conductismo riguroso dejaba de lado el análisis de importantes procesos psíquicos que condicionaban la conducta del ser humano. Tolman llamó a estos procesos variables intermedias y estaba convencido de que éstas podían ser sometidas a estudios experimentales al igual que la conducta manifiesta, contradiciendo en cierto modo lo afirmado por Watson.

La propuesta de Tolman, a diferencia de los planteamientos elaborados por Watson y otros conductistas, insistía en la necesidad de estudiar la conducta como un todo (enfoque molar) en lugar de estudiar específicamente los actos concretos (enfoque molecular), además sostenía que la conducta era propositiva, es decir las acciones de un individuo estaban dirigidas a un fin en particular. Tolman aseguraba también que los organismos no aprendían respuestas específicas, como lo había afirmado Thorndike, sino que adquirían significados y desarrollaban cogniciones sobre los distintos estímulos que se relacionaban con una meta en especial.

Por su parte Hull, coincidía con Tolman en que existían variables intermedias que condicionaban la respuesta de los individuos, señalaba que tanto el estímulo como el estado del organismo afectaban la respuesta final. Sin embargo Hull no aspiraba a someter dichas variables al estudio experimental, más bien trabajó en un intento por desarrollar una teoría hipotético-deductiva que permitiera inferir que sucedía adentro del organismo mediante el estudio de las conductas observables.

A pesar de que en su momento los planteamientos de Tolman y Hull fueron criticados seriamente por la comunidad científica, parte de sus propuestas han redefinido, en la actualidad, los objetivos y métodos manejados por la Psicología moderna y han dado paso a una nueva concepción de esta ciencia, originando la corriente psicológica llamada cognitivo-conductual.

Mientras en Estados Unidos la Psicología dirigía sus esfuerzos a la aplicación práctica de los principios básicos del condicionamiento operante de Skinner, en Sudáfrica e Inglaterra psicólogos como Salter, Wolpe, Lazarus, Eysenck, Shapiro y Yates entre muchos otros terapeutas, retomaron los principios básicos desarrollados por la investigación de conductas reflejas a través de condicionamiento pavloviano, llevándolos hasta su aplicación clínica en la solución de problemas psicológicos. Este movimiento fue conocido como terapia conductual, la cual consistía básicamente en descubrir los determinantes actuales de la conducta y modificarla a través de técnicas de aprendizaje, poniendo especial énfasis en la necesidad de modificar conductas no deseadas, mediante la aplicación de procedimientos que tenían como finalidad:

1. Entrenar al paciente para desarrollar nuevas formas de comportamiento ante situaciones específicas como interacciones sociales, fobias, o situaciones en general en las que la persona considera que su seguridad física o emocional se encuentra amenazada.
2. Disminuir la ansiedad que estos pudieran experimentar ante dichas situaciones, a través de la enseñanza de técnicas de relajación.

Andrew Salter en el año de 1949, escribió un libro clásico en terapia conductual llamado *Conditioned Reflex Therapy*, en esta obra el autor utilizó los conceptos pavlovianos de excitación, inhibición y desinhibición para explicar las causas de la conducta desadaptativa y fundamentó la efectividad de los tratamientos conductuales para solucionar una gran variedad de desórdenes psicológicos. Salter consideraba el condicionamiento de respuestas reflejas como el instrumento fundamental para el cambio terapéutico, sostenía que los desajustes emocionales se debían a una inhibición excesiva provocada por las restricciones

sociales que no permitían al individuo expresarse libremente (Kazdin, 1983 y Rees y Graham, 1991)

El principal objetivo de los tratamientos propuestos por Salter era incrementar la conducta excitatoria en las personas, mediante la práctica de técnicas que pretendían mejorar la expresión emocional de sus pacientes, permitiéndoles así establecer una interacción más efectiva con su medio ambiente.

La innovación de los planteamientos hechos por Salter consistió en proponer el desarrollo de técnicas sistematizadas y su aplicación en la práctica clínica, enfatizando la importancia de enseñar al paciente a comportarse de formas específicas ante situaciones cotidianas, hasta conseguir el cambio conductual esperado (Kazdin 1983).

No obstante la importancia de los escritos de Salter no fue hasta la década de los cincuenta que se empezó a hablar recurrentemente de la terapia conductual como una alternativa para el tratamiento de los problemas psicológicos (Fernández, 1983). Algo parecido sucedió en Norteamérica, donde Skinner, Solomon, Lindsley y Richards en 1954 (citados por Fernández, 1983) presentaron un trabajo en el que se destacaba la utilidad de los paradigmas del condicionamiento operante en el tratamiento de algunos trastornos psicológicos, a los procedimientos contenidos en esta obra se les dió el nombre de modificación de conducta.

En el año de 1958, Wolpe en África del Sur, incluyó la técnica de la desensibilización sistemática en el tratamiento de distintos desórdenes neuróticos, además de que desarrolló diversos programas terapéuticos basados en el principio pavloviano de la inhibición recíproca, estableciendo así un lazo de unión entre los principios obtenidos de la investigación animal en laboratorios y su aplicación clínica (Kazdin, 1983).

Asimismo Lazarus delineó el concepto de terapia de conducta, para referirse a una alternativa terapéutica basada en los principios obtenidos del trabajo de laboratorio. Desde una perspectiva sumamente ecléctica, presentó toda una serie de técnicas conductuales útiles para atender satisfactoriamente algunos trastornos psicológicos (Kazdin, 1983 y Franks, 1991).

En el Reino Unido el desarrollo de la terapia conductual siguió un camino independiente a los trabajos de Wolpe y Lazarus.

Eysenck y Shapiro fueron los psicólogos que mayor influencia ejercieron dentro de la terapia conductual en Inglaterra.

Eysenck tenía la idea de que el psicólogo debía ser fundamentalmente un investigador cuyo objetivo era la aplicación clínica de los hallazgos que se obtuvieran de la investigación experimental. Basándose en las teorías de Hull, Eysenck propuso que el constructo psicológico llamado personalidad debía ser dividido en un pequeño número de dimensiones definidas operacionalmente, medibles factorialmente y exploradas experimentalmente (Kazdin, 1983 y Franks, 1991).

Shapiro por su parte pensaba que la labor del psicólogo debía ser la de enfocar el problema del paciente desde una perspectiva científica, tomando como punto de partida los resultados obtenidos en las investigaciones psicológicas. Una de las principales propuestas de Shapiro era el uso de medidas individuales de la conducta de cada paciente en la solución de sus problemas psicológicos. Defendía el estudio intensivo del caso único, es decir que el paciente individual podía someterse a investigación para poner a prueba diferentes hipótesis sobre su problema y sobre los procedimientos para manejarlo (Kazdin, 1983).

Las teorías propuestas por estos autores marcaron los inicios de una nueva era en la Psicología y constituyen los antecedentes históricos más sobresalientes en el estudio de la asertividad y de la terapia conductual, los cuales permiten

conocer y comprender el enfoque teórico que subyace a dicha modalidad terapéutica.

1.2. Definiciones conceptuales del término asertividad

Algunos autores como Caballo (1991) utilizan la palabra asertividad como un concepto equivalente al de habilidad social, mientras que otros como Blanco (1983) la consideran como “el índice más distintivo de las habilidades sociales y la más importante de entre todas ellas”. Estas dos perspectivas nos dan un panorama general de los planteamientos más importantes que se han hecho para tratar de delimitar los elementos que conforman dicho término.

Sin embargo para los propósitos del presente estudio se utilizará el concepto de asertividad únicamente para identificar una serie de habilidades que se encuentran englobadas dentro de las definiciones mismas que se manejan en este trabajo, dejando de lado la discusión sobre la naturaleza epistemológica de dicho vocablo.

La palabra asertividad es una adaptación al español del término en inglés *assertiveness* que, a su vez, proviene de la etimología latina *assertus* la cual se refiere a la acción de afirmar, acertar, declarar, sostener o asegurar.

Mathieu, Wright y Valiquette (1977) y Caballo (1991), coinciden en señalar a Salter como uno de los principales pioneros en el estudio de la asertividad. Pese a que Salter nunca utiliza este término en sus escritos, es el primero en enfatizar la importancia que tiene el dominio de ciertas habilidades sociales para el bienestar psicológico del individuo.

Los planteamientos de Salter se apoyan básicamente en los conceptos pavlovianos de excitación e inhibición, considera que los individuos que presentan conductas desadaptativas desarrollan procesos de inhibición muy fuertes derivados de la represión social que no les permite expresarse con libertad,

por lo tanto el objetivo de la terapia es suprimir esas inhibiciones y aumentar el estado de excitación.

Salter en 1949 (citado por Caballo, 1991) realiza una serie de observaciones y sugerencias clínicas que aún hoy en día se utilizan en el entrenamiento asertivo. Esencialmente propone la aplicación de técnicas dirigidas a aumentar la expresividad de los individuos en seis áreas principales:

1. La expresión verbal y
2. La expresión facial de las emociones
3. El empleo deliberado de la primera persona al hablar
4. El estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas
5. El expresar desacuerdo
6. La improvisación y actuación espontáneas

Posteriormente Wolpe (1958), acuña el término de asertividad o conducta asertiva para designar las habilidades a que Salter hace referencia en sus estudios y retoma sus ideas para incluirlas en un capítulo de su libro *Psicoterapia por Inhibición Recíproca*. En este texto Wolpe propone utilizar la enseñanza de las respuestas asertivas como un medio para inhibir la ansiedad que se presenta cuando una persona se ve involucrada en situaciones de interacción social, sus técnicas, al igual que las de Salter, se centran principalmente en la expresión de sentimientos negativos como molestia o enfado.

Para Wolpe la falta de asertividad se debe a que el individuo responde con ansiedad ante ciertos estímulos sociales, por ello el tratamiento para este tipo de problemática tiene que enfocarse a la tarea de disminuir dicha ansiedad, creando así una respuesta antagónica a la misma a través del uso de procesos terapéuticos como la inhibición recíproca, la desensibilización sistemática y la aplicación de

técnicas de relajación. En concordancia con sus ideas, Wolpe (1969) define a la conducta asertiva como “la expresión adecuada, dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad”.

Arnold Lazarus en 1971 (citado por Rees y Graham, 1991), amplía la visión ofrecida por Wolpe y Salter e incluye la manifestación de emociones positivas como parte de la asertividad, considerando a ésta como la defensa de los propios derechos y la expresión de afectos, placer, y otros sentimientos positivos que constituyen parte de la libertad emocional.

Lazarus (1973) propone además que la conducta asertiva está dividida en cuatro patrones de respuestas específicas y separadas:

1. La habilidad para decir no ante peticiones no razonables
2. La habilidad para pedir favores y hacer solicitudes
3. La habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos
4. La habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones

A pesar de que el modelo propuesto por Lazarus es un poco más específico que el de Wolpe, aún resulta insuficiente, ya que algunas de las categorías conductuales que maneja son muy vagas. Desafortunadamente son muchas las definiciones de asertividad que presentan este mismo problema, por ejemplo Fensterheim en 1972 (citado por Heimberg, Montgomery, Madsen y Heimberg, 1977), califica a la asertividad “como el acto de declararse a sí mismo, afirmando quien soy, que pienso y siento, en una forma más activa que pasiva ante la vida”, mientras que Rimm y Masters (1974), la conceptualizan como “la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos”.

Alberti y Emmons en 1974 (citados por Rich y Schroeder, 1976), definen a la asertividad como la “conducta que capacita a una persona para actuar en favor de sus propios intereses, defenderse a sí mismo sin experimentar ansiedad, expresar sus derechos sin negar los derechos de los otros”.

Goldfried y Davison (1976), apuntan que “asertividad se refiere a la conducta socialmente apropiada que nos sirve para eliminar los obstáculos que interfieren con nuestras metas individuales”.

Jakubowski y Lange (1978), señalan que “actitud asertiva significa defender tus derechos y expresar en forma apropiada lo que tú crees, sientes y deseas, respetando los derechos de las otras personas”.

De acuerdo con Aguilar (1987), “actuar asertivamente significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario”.

Castanyer (1996) por su parte menciona que la asertividad es “la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás”.

No obstante la representatividad de las definiciones anteriormente expuestas, es preciso señalar que esta clase de conceptualizaciones resultan poco operativas para poder desarrollar un programa de intervención terapéutica, lo cual ha propiciado que algunos autores intenten generar definiciones que sean más conductuales y un poco más específicas, por ejemplo:

Gay, Hollandsworth y Galassi (1975) plantean un modelo de asertividad que implica básicamente dos dimensiones:

1. Estatus de la persona-estímulo.- Este factor se refiere al rol que juega la persona con la que se llevará a cabo la interacción social y presenta seis diferentes niveles: pariente, público, autoridad, conocido, amigo íntimo y relación no específica.
2. Naturaleza de la conducta asertiva.- Este factor incluye siete niveles: expresión de opiniones, negativa a acceder a peticiones no razonables, tomar iniciativas, expresar emociones positivas y negativas. hacer respetar los propios derechos y pedir favores.

Eisler, Hersen, Miller y Blanchard (1975) proponen un modelo factorial que implica tres dimensiones situacionales de la asertividad en el que enfatizan la importancia del contexto social en las interacciones interpersonales:

1. Calidad de la emoción expresada (positiva o negativa).
2. Grado de familiaridad de la persona-estímulo (familiar o no familiar).
3. Sexo de la persona-estímulo (hombre o mujer).

Además definen un total de cuatro componentes conductuales de la interacción social:

- a) Conductas no verbales: duración del contacto visual, número de sonrisas, duración y latencia de la respuesta, volumen de la voz, apropiada expresión afectiva y proporción de interrupciones o irregularidades durante la conversación.
- b) Contenido negativo: conformismo, solicitud de cambios en la conducta de otros.
- c) Contenido positivo: halagos, reconocimiento, conductas positivas espontáneas.

d) Asertividad general: engloba los tres componentes anteriores.

Rich y Schroeder (1976), sugieren una definición más operativa concibiendo a la asertividad como “la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal, a través de la expresión de nuestros sentimientos y deseos, aunque con dicha expresión se arriesgue a la pérdida del reforzamiento o incluso el castigo”.

Lorr y More (1980), identifican la existencia de al menos cuatro dimensiones de la conducta asertiva, señalan que cada una de estas dimensiones se pueden conceptualizar como una habilidad y una disposición a actuar en forma específica ante determinadas clases de estímulos. El primer factor al que estos autores denominan “dirección”, se refiere a la disposición para dirigir, influir o controlar la conducta de otras personas. La segunda dimensión llamada “asertividad social”, representa la habilidad para relacionarse con otros individuos en situaciones sociales, conversar y hacer amigos. El tercer factor designado “defensa de derechos e intereses”, esta compuesto por conductas que implican una tendencia a defender los derechos propios, así como conducirse a favor de intereses y necesidades personales y finalmente la última dimensión definida como “independencia”, tiene que ver con la voluntad para resistir la presión social y expresar creencias y opiniones. Estas categorías fueron confirmadas en un estudio posterior, llevado a cabo por Lorr, More y Mansueto (1981).

Blanco (1983) proporciona una definición desde una perspectiva más social que clínica, señalando que la conducta asertiva es la manifestación de habilidades sociointeractivas tales como la capacidad de decir “no” a peticiones ilógicas o fuera de lugar, expresar sentimientos positivos y negativos, mantener o finalizar una conversación, mostrarse tal como uno es, salvaguardar los derechos propios y manifestar opiniones o creencias personales, todo ello de acuerdo con los

requerimientos de la situación. Asimismo coincide con Lorr y More (1980), al apuntar que “la asertividad no es propiamente una conducta, sino más bien un estado de predisposición o de preparación latente a responder de una manera determinada, es decir, una actitud, una postura (intelectiva, emocional y conductual) que el individuo adopta frente al mundo que le rodea... la tendencia que un individuo tiene de reaccionar de una manera concreta y personal ante los diversos estímulos sociales”.

Caballo (1991) señala que las clases de respuestas que se han propuesto como parte de la asertividad son relativamente abundantes. Sin embargo apunta que existen 12 tipos de conducta que son generalmente aceptados como habilidades asertivas:

1. Iniciar y mantener conversaciones
2. Hablar en público
3. Expresión de amor, agrado y afecto
4. Defensa de los propios derechos
5. Pedir favores
6. Rechazar peticiones
7. Hacer y aceptar cumplidos
8. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
9. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
10. Disculparse o admitir ignorancia
11. Petición de cambios en la conducta de otro
11. Afrontamiento de las críticas

Además Caballo incluye 10 componentes no verbales de la asertividad a los que llama elementos moleculares de la conducta asertiva:

- a) La expresión facial
- b) Los gestos
- c) La postura
- d) La orientación
- e) Distancia/contacto físico
- f) El volumen de la voz
- g) La entonación
- h) La fluidez
- i) El tiempo de habla
- j) El contenido

Como se puede observar la mayoría de las definiciones coinciden en señalar de manera general que la asertividad es un conjunto de habilidades que permiten a un individuo expresar claramente sus sentimientos, pensamientos u opiniones, en forma no agresiva, así como defender sus derechos sin violar los derechos de los otros.

1.3. La investigación en el campo de la asertividad

Numerosos y muy diversos son los trabajos de investigación que se han llevado a cabo para estudiar la influencia que ejerce la conducta asertiva en el equilibrio psicológico del ser humano, dichos estudios abarcan varios aspectos de la conducta y han sido dirigidos a diferentes tipos de población.

Algunas investigaciones, por ejemplo, han intentado determinar si existe una relación significativa entre la asertividad y la presencia de diferentes desórdenes psicológicos como la depresión, asimismo se han planteado los beneficios que el entrenamiento asertivo puede aportar en el tratamiento de ciertas patologías:

- Pachman y Foy en 1978 realizaron una investigación para analizar la relación que existe entre asertividad y depresión. los resultados arrojaron datos reveladores; en primer término los autores encontraron que existe una correlación positiva entre depresión y ansiedad, así como una correlación negativa, o inversa, entre ansiedad y conducta asertiva, estos hallazgos apoyan las hipótesis de Wolpe quien sostiene que la ansiedad prolongada es uno de los factores que condicionan el desarrollo de la depresión y que la ansiedad y la conducta asertiva son incompatibles. Asimismo, el descubrimiento de una correlación negativa entre depresión y asertividad, apoya la propuesta de Lewinsohn, la cual señala que un pronunciado déficit en las habilidades asertivas es una condición antecedente esencial en la aparición de un cuadro depresivo.
- Algunos años más tarde Culkin y Perroto (1985) realizaron un estudio con mujeres universitarias para determinar si existe alguna correlación entre tres factores principales de la conducta asertiva y medidas de depresión. Los resultados obtenidos indican que el factor 1 (conductas de confrontación) no presenta una correlación significativa con la presencia de estados depresivos. En el caso del factor 2 (iniciativa social deficiente) la correlación con medidas de depresión es positiva, este hallazgo ofrece algún apoyo a las teorías sociales de la depresión, sin embargo es importante acotar que dicha correlación está fuertemente condicionada por la presencia de ansiedad, lo cual sugiere que dichas teorías deben revisar el rol que desempeña la ansiedad en la presencia de la depresión. El factor 3 (inhibición de la expresión verbal) es el que presenta la correlación más estable de todas, este factor al parecer no está condicionado de manera determinante por la ansiedad, por lo cual se puede considerar como un “índice puro” de depresión en mujeres.

- Por su parte Sánchez, Lewinsohn y Larson en 1980, demostraron en una investigación que el entrenamiento asertivo puede producir mayores mejorías en el tratamiento de pacientes con depresión que la psicoterapia tradicional.
- Emmelkamp, Hout y Vries en 1983 utilizaron el entrenamiento asertivo en el tratamiento de pacientes agorafóbicos, obteniendo buenos resultados, mientras que Mansdorf en 1986, probó la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo en la disminución y eventual eliminación de tics nerviosos en niños.

La asertividad también ha sido relacionada con factores tales como la agresividad, las adicciones o la conducta sexual:

- Tanner y Holliman (1988) demostraron la efectividad de un programa de entrenamiento asertivo en niños pequeños para disminuir considerablemente la agresión física y verbal e incrementar la frecuencia de la interacción social y la cooperatividad.
- Wills, Baker y Botvin (1989) llevaron a cabo una investigación en adolescentes para determinar si existe una relación entre la asertividad y el uso de sustancias tóxicas tales como el alcohol, la marihuana y el tabaco. Los resultados demostraron que diversas dimensiones de la asertividad tienen diferentes implicaciones, por ejemplo, la dimensión que se refiere específicamente a conductas de rechazo a presiones para ingerir bebidas alcohólicas o drogas, correlacionó negativamente con el uso de sustancias; sin embargo las dimensiones correspondientes al manejo de las interacciones sociales y la habilidad de concertar citas, correlacionaron positivamente, estos datos indican que el consumo de sustancias tiende a ser mayor entre adolescentes que son propensos a involucrarse en citas y actividades sociales.

- Goldberg y Botvin (1993) hicieron un estudio con adolescentes hispanos para determinar si algunos factores de la asertividad pueden servir como elementos predictores de la frecuencia en el consumo de alcohol. Las observaciones señalan que el factor relativo a rechazar presiones de otros para ingerir bebidas embriagantes correlacionó negativamente con la frecuencia en el uso del alcohol, mientras los factores concernientes a la disposición para hacer citas, el manejo de relaciones sociales y la defensa de derechos individuales correlacionaron positivamente. Estos resultados coinciden con las observaciones de Wills, *et al.*(1989).
- Yesmont (1992) descubrió que la ejecución de conductas de protección sexual tales como el uso del preservativo, la disminución de parejas sexuales o la comunicación abierta, presenta una relación directamente proporcional con la asertividad.

Otro aspecto importante en el estudio de la asertividad tiene que ver con la efectividad de la conducta asertiva para establecer relaciones sociales satisfactorias y la disminución de la ansiedad interpersonal:

- Rathus (1972) encontró que un grupo de mujeres que fueron sometidas a un programa de entrenamiento asertivo, reportó una reducción significativa del miedo hacia la crítica y hacia las interacciones sociales en general.
- Los resultados de un trabajo realizado por Rimm, Snyder, Depeu, Haanstad y Armstrong (1976) sugieren que el entrenamiento asertivo ayuda a fomentar sentimientos de bienestar personal.
- Breidenbach (1977) demostró que un programa de entrenamiento asertivo ayudó a un grupo de adolescentes, no sólo a incrementar su nivel de asertividad, sino a mejorar su autoconcepto.

- Hull y Schroeder (1979) llevaron a cabo una investigación, cuyos resultados demostraron las ventajas que representa la asertividad con respecto a la pasividad o la agresividad. La pasividad, a pesar de ser evaluada socialmente como un rasgo positivo, provoca insatisfacción personal, ya que este tipo de comportamiento no permite el logro de metas inmediatas; por otro lado la agresividad puede facilitar el logro de dichas metas, pero sus efectos sociales son generalmente negativos. En cambio la asertividad mantiene el equilibrio entre el entorno social y el bienestar individual, conjugando armónicamente, la conquista de metas personales con la adecuada interacción social.
- Hidalgo y Abarca (1990) diseñaron una investigación para evaluar la efectividad de un programa para desarrollar habilidades sociales. Los resultados demostraron que dicho programa tuvo un efecto significativo de cambio positivo. Específicamente, se produjo una variación en el área emocional, observándose disminución de la ansiedad social. En el área cognitiva se reportó una disminución de ideas irracionales y de expectativas anticipatorias negativas ante situaciones conflictivas. Las personas reportan cambios en la conducta en cuanto a una mayor frecuencia de interacciones personales y de mejor calidad.

Finalmente es importante mencionar algunos de los estudios que se han encargado de analizar los efectos sociales que provoca la conducta asertiva:

- En una investigación, Epstein (1980) demostró que una misma petición puede producir consecuencias sociales diferentes dependiendo de la forma en como ésta se exprese. Los resultados indicaron que la agresión y la agresión pasiva, generalmente provocan en el receptor sentimientos de inconformidad, enojo y

antipatía, a diferencia de la asertividad, la cual produce respuestas de aceptación, simpatía y bajo nivel de enojo.

- Kelly, Kern, Kirkley y Patterson (1980), llevaron a cabo un estudio cuyos resultados indican que las personas asertivas son percibidas como más hábiles y competentes, pero como menos agradables, flexibles y amigables.
- Levin y Gross (1984) llevaron a cabo un estudio en el que observaron que las personas que se comportan asertivamente son percibidas como más agradables y competentes que las personas inasertivas.
- Delamater y McNamara (1986) afirman que a pesar de que las habilidades asertivas son comúnmente consideradas como una forma de incrementar la autoestima, la autoconfianza, las relaciones interpersonales y la realización personal, la asertividad es vista en ocasiones como una actitud menos agradable, deseable y cortés que la inasertividad. Estos autores insisten en señalar que el impacto social de la conducta asertiva es un fenómeno altamente complejo, multicausal y contextualmente específico.
- Kern y Paquette (1992) realizaron un estudio con mujeres universitarias para observar como son percibidas las personas asertivas. Los resultados indicaron que las mujeres que muestran altos niveles de asertividad son generalmente percibidas como más competentes y agradables que aquellas que muestran una asertividad baja.

1.4. Escalas de medición de conducta asertiva

Con base en las definiciones de asertividad propuestas por diferentes autores, algunos terapeutas han desarrollado diversos métodos para tratar de medir la conducta asertiva. Por ejemplo, los sistemas de medición que utilizan la observación directa en situaciones controladas artificialmente se les conoce como

juego de roles y consisten básicamente en presentar al paciente la simulación de una situación social y pedirle que se comporte como lo haría en la vida real, registrando y codificando sus respuestas conductuales.

Existen también, otro tipo de estrategias consistentes en observar, registrar y analizar las conductas de los sujetos en situaciones naturales de interacción social, sin embargo, hasta ahora, las técnicas más utilizadas, tal vez por su rápida y sencilla administración, son las llamadas, pruebas de auto-informe o inventarios de lápiz y papel.

Las evaluaciones de este tipo han sido severamente criticadas por algunos investigadores quienes insisten en señalar que dichas escalas carecen de la validez necesaria, ya que la selección de los reactivos obedece a criterios teóricos dispersos, considerando sólo situaciones anecdóticas generales y muy ambiguas que dificultan su comprensión e interpretación (Blanco, 1983) y arrojan tan sólo una puntuación global de las conductas asertivas (Mathieu, *et al.* 1977).

A pesar de las críticas recibidas, las escalas de auto-informe continúan utilizándose como un efectivo y económico sistema de medición en asertividad. De hecho, la mayor parte de las investigaciones en las se requiere medir la asertividad en grupos numerosos, manejan alguna de las siguientes escalas:

Inventario de resolución de conflictos (CRI)

Con base en las descripciones de una serie de situaciones en las que estudiantes de ambos sexos declararon haber experimentado dificultad en decir “no”, McFall y Lillesand (1971), desarrollaron un instrumento llamado Inventario de resolución de conflictos. Esta prueba maneja un total de 35 reactivos (situaciones-estímulo) relacionados con las reacciones generadas ante peticiones poco razonables. Autores como Green, Burkhart y Harrison en 1973 (citados por Blanco, 1983), le conceden a esta prueba una utilidad limitada debido a que ésta

incluye solamente preguntas relacionadas con el rechazo a demandas excesivas. Por otra parte, los autores no proporcionan datos sobre las cualidades psicométricas del instrumento.

Escala de asertividad de Rathus (RAS)

Una de las pruebas más utilizadas para medir la conducta asertiva es el inventario creado por Rathus (1973), el cual está compuesto por 30 oraciones, las cuales deben ser contestadas por el sujeto indicando su grado de acuerdo o desacuerdo con la situación que se propone, en una escala que va de +3 a -3.

A pesar de que Rathus comprobó que su escala muestra un buen nivel de validez y confiabilidad, las principales objeciones que ha recibido este test señalan que la mayor parte de las preguntas están más relacionadas con agresión que con asertividad (Jakubowsky y Lacks, 1975, citados por Blanco, 1983) y que el número de situaciones incluidas en las treinta preguntas es limitado y no provee una muestra adecuada de contextos en los que la conducta asertiva puede manifestarse (Law, Wilson y Crassini, 1979, citados por Blanco, 1983).

Escala de auto-expresión en universitarios (CSES)

Galassi, Delo, Galassi y Bastien (1974), diseñaron un inventario para medir el nivel de asertividad en estudiantes universitarios; en esta prueba se le pide al sujeto que responda hasta qué punto y con qué frecuencia emite las conductas que se le plantean en cada uno de los 50 reactivos que la conforman, de acuerdo a una escala que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). De acuerdo a los autores este instrumento proporciona información sobre contextos interpersonales de acuerdo a los diferentes roles sociales que se presentan en la prueba (extraños, figuras de autoridad, socios, familia y amigos del mismo sexo o del opuesto) y valora tres dimensiones de la asertividad:

1. Asertividad positiva: expresión de sentimientos positivos como amor, afecto admiración, aprobación y acuerdo.
2. Asertividad negativa: expresión justificada de sentimientos negativos como ira, desagrado, insatisfacción y molestia.
3. Auto-negación: pedir disculpas en forma desmedida, experimentar ansiedad excesiva en las relaciones interpersonales y preocupación exagerada por los sentimientos de otros.

No obstante que esta escala obtuvo puntajes significativos en su validez y confiabilidad, Blanco (1983) opina que: “Existe, sin embargo, una serie inacabada de inclusiones y omisiones sin justificar, entre las que destacan la ausencia de preguntas relacionadas con expresiones de amor o afecto respecto a cualquiera de los miembros de la familia, y la inclusión de cinco preguntas expresamente relacionadas con la expresión de los derechos legítimos en tiendas y restaurantes”.

Inventario de asertividad para adultos

Tomando como base la escala anterior, Gay, Hollandsworth y Galassi (1975) construyeron este inventario que se compone de 48 reactivos, los cuales refieren interacciones sociales con desconocidos, figuras de autoridad, familiares, amigos y pareja e incluyen factores como:

1. Expresar opiniones personales
2. Expresar sentimientos positivos y negativos
3. Tomar la iniciativa en las conversaciones
4. Rechazar peticiones no razonables

5. Defender derechos propios
6. Pedir favores

Al igual que su antecesora esta escala presenta un buen nivel de validez y confiabilidad, sin embargo, Mathieu, Wright y Valiquette (1977) critican severamente el modelo utilizado por los autores en la configuración de la prueba, señalando lo siguiente: “Su pesadez constituye probablemente la primera laguna de este modelo. La no utilización o la confusión pasividad-actividad es otra, seis de las siete conductas sugeridas son claramente activas... Esta confusión promueve problemas en que el modelo no puede distinguir una asertividad muy activa (hacer un cumplido) de una asertividad menos activa (recibir un cumplido)”.

Inventario de asertividad de Gambrill y Richey

Gambrill y Richey (1975) diseñaron un inventario formado por 40 reactivos, que al ser contestados en dos ocasiones de acuerdo a subescalas independientes miden dos variables:

- a) Grado de incomodidad (GI) se refiere al malestar subjetivo que una persona puede experimentar al tener que enfrentarse a alguna de las situaciones descritas en el inventario.
- b) Probabilidad de respuesta (PR) se refiere a la probabilidad de que una persona lleve a cabo alguna de las conductas descritas en el inventario.

Las preguntas que contiene el inventario plantean situaciones de interacción personal con extraños, amigos, etcétera, a lo largo de ocho categorías:

1. Rechazar peticiones
2. Admitir limitaciones personales
3. Iniciar contactos sociales
4. Expresar sentimientos positivos
5. Afrontar la crítica de los demás
6. Discrepar de las opiniones de otros
7. Conducirse asertivamente en situaciones de servicio
8. Expresar sentimientos negativos

Los niveles de validez y confiabilidad obtenidos por sus autores para esta prueba son significativamente altos, no obstante Guerra (1996), señala que en el año de 1989, Carrasco, Clemente y Llavona llevaron a cabo un análisis detallado del inventario y encontraron que el test presentaba algunas deficiencias, por ejemplo: en los reactivos no se considera si las conductas se realizan de manera amenazante o punitiva, ni la edad de las personas con las que interactúa el sujeto, además el inventario recoge poca información sobre interacciones con familiares o extraños y situaciones en el ambiente laboral.

En este apartado se ha realizado una breve revisión sobre las escalas de auto-informe más utilizadas por investigadores y psicoterapeutas en la medición de la conducta asertiva. Los instrumentos que aquí se mencionan son considerados los más confiables en el cumplimiento del fin para el que fueron creados.

A pesar de los cuestionamientos que cada una de estas pruebas ha recibido por parte de algunos teóricos, resulta importante señalar que la utilidad práctica de dichas escalas ha sido probada en diferentes investigaciones, así como en la aplicación de programas de entrenamiento asertivo.

CAPÍTULO 2

EPIDEMIOLOGÍA

2.1. Concepto salud-enfermedad

En 1948 se fundó en Ginebra, Suiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), institución perteneciente a las Naciones Unidas, cuya finalidad última es mejorar las condiciones sanitarias de la población mundial. En su declaración de principios la OMS definió a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o invalidez”. A raíz de esta definición se suscitó una interesante discusión acerca del concepto salud-enfermedad, algunos teóricos coinciden en señalar que la conceptualización ofrecida por la OMS, resulta inadecuada ya que maneja a la salud como un atributo absoluto y estático.

San Martín (1964) señala que “la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación... salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación biológica, son, pues, la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total”, para apoyar esta tesis el mismo San Martín cita a Lambert quien considera que “la salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos y que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido”, y menciona las definiciones de Dubos y Cornillot, el primero define a la salud como “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio” mientras que para el segundo “la salud aparece como

un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad”, finalmente San Martín hace hincapié en la necesidad de definir el concepto de enfermedad como algo más que la ausencia de salud y ofrece la siguiente acepción: “la enfermedad podría definirse como un desequilibrio biológico-ecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto”.

Vega y García (1976) retoman la definición de salud proporcionada por Perkins la cual explica que “la salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y la función corporal, el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienden a alterarlo” y concluyen señalando “la salud se manifiesta por el desarrollo equilibrado de las funciones fisiológicas, que a su vez se expresan por el ejercicio normal de la interrelación e interdependencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente”, asimismo agregan que “la salud y la enfermedad son conceptos bipolares que implican, en cierta forma, la buena o mala calidad de la vida. El organismo mantiene en acción ciertos mecanismos que aseguran un balance positivo entre las fuerzas que generan la enfermedad y las que condicionan el equilibrio de su salud biológica, física, mental y social”.

San Martín y Pastor (1984) indican que el ser humano existe y se desarrolla en tres realidades interdependientes:

- a) La realidad biológico-ecológica, donde “el Homo Sapiens es un ser vivo de naturaleza biológica animal que actúa como una entidad termodinámica, en constante relación ecológica con su ambiente” y “la noción de salud corresponde a un estado de equilibrio ecológico individual, mantenido entre los límites máximo y mínimo de las capacidades filogenéticas individuales de

compensación y tolerancia, naturales y adquiridas, frente a fluctuaciones internas y externas a las que el organismo humano está expuesto constante e irremediabilmente en el medio social artificial en que hoy vive”.

- b) La realidad social humana “que nos hace vivir en una densa red de relaciones sociales, y que nos induce a admitir que todos los seres humanos tienen derecho a vivir sanos, pero, al mismo tiempo admitimos que en nuestras sociedades se producen diferencias sociales, económicas, políticas, culturales, etcétera, que condicionan desigualdades frente a la salud, a la enfermedad y la muerte”.
- c) La realidad epidemiológica la cual es consecuencia de las anteriores y está “constituida por los determinantes y riesgos de enfermar y morir, que existen, natural o artificialmente, en el ambiente, siempre en cambio, en el cual vivimos”.

Con base en este planteamiento de las tres realidades interdependientes en las que se desarrolla el ser humano, San Martín y Pastor apuntan que “la salud absoluta tal como la concibe la OMS, es una meta utópica para la población en su conjunto, aún cuando pudiera suceder temporal y esporádicamente en el individuo. La salud absoluta (física, mental y social) es una contradicción en la dinámica propia a los sistemas biológicos que son abiertos” y prefieren considerar a la salud como “un estado relativo (salud relativa), es decir, como un estado de salud enfermedad dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales), producto, también dinámico y variable, de todos los determinantes sociales (ambientales) y genético-biológico-ecológicos que se origina en la sociedad, se distribuyan socialmente y se expresan en nuestra biología”. En este concepto de salud hay, al menos, tres aspectos a considerar:

- a) El estado de salud no puede ser absoluto porque es inseparable del ambiente ecológico y social de la comunidad, el cual es esencialmente variable.
- b) No existe un límite claro entre la salud y la enfermedad, sino grados y expresiones diversas mezcladas.
- c) En el concepto de salud existe un componente subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función) y uno de tipo adaptativo (adaptación biológica, mental y social del individuo).

Como puede observarse, existen muchas coincidencias entre las ideas que manejan los diferentes autores respecto al concepto de salud, todos ellos coinciden en calificar a ésta, como un proceso de adaptación del organismo a su medio ambiente; asimismo destacan la importancia que reviste el considerar la influencia de factores, biológicos, psicológicos y sociales en la sanidad de los individuos.

Todos estos planteamientos denotan que resulta pertinente, por no decir indispensable, concebir el estudio de la salud desde una orientación ecológica y social tal y como lo mencionan Vega y García (1976): “Siendo la ecología la parte de la biología que se responsabiliza del estudio de las relaciones mutuas entre los organismos y su universo, animado o inanimado, la salud colectiva puede ser enfocada dentro de este marco de referencia. La unidad de observación es, en este caso, la de un grupo de seres viviendo en su ambiente natural; de esta manera ha surgido como disciplina, la ecología médica (epidemiología) la cual permite explicar los procesos de salud o enfermedad como fenómenos de población, que traducen el tipo de relación entre el hombre y su medio externo... Siendo el hombre un ser gregario por excelencia, la convivencia con otras personas es imprescindible para el óptimo desarrollo de sus potencialidades; de aquí la importancia de considerar la salud como un patrimonio del grupo al que pertenece

el individuo y no como un objeto de propiedad exclusiva de cada uno de sus miembros”.

En este mismo sentido San Martín (1964) expone que “el hombre moderno se ha transformado en un ser eminentemente social, depende en todos los fenómenos de su vida de la organización social en que vive... hay condiciones culturales, económicas y sociales que influyen sobre el nivel de salud de las colectividades. La epidemiología parece demostrar que los factores del ambiente social tienen una gran importancia en la salud y enfermedad de la población”.

Además propone que muchos de los problemas ecológicos que enfrenta el hombre proceden de su incapacidad para adaptarse a los nuevos factores que él mismo introduce en el ambiente, o a la rapidez de los cambios en el ambiente sociocultural, o a la calidad de estos cambios, hecho por el cual es urgente “estudiar al hombre desde el punto de vista ecológico y como ente biológico-social”, “conocer íntimamente el sistema ecológico en que el hombre vive” y “considerar no sólo al individuo aisladamente, sino al grupo, a la población como relaciones ecológicas”.

Conceptualizar a la salud como un atributo de una población determinada nos conduce irremediabilmente hacia otros dos términos acuñados en el seno de la práctica médica: salud pública y epidemiología.

2.2. Salud pública y epidemiología

Según la OMS el término de salud pública implica la preocupación por los problemas de salud de las comunidades humanas, el estado sanitario del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de servicio de salud, incluyendo la atención médico-curativa y la educación para la salud.

San Martín y Pastor (1984) aseguran que la salud pública debe referirse al nivel de salud de las comunidades y de las sociedades humanas, a los determinantes sociales que producen los estados de salud-enfermedad, y a los recursos y actividades, de todo tipo, que se planifiquen para modificar favorablemente la situación con la participación organizada y consciente de la comunidad.

De acuerdo con Vega y García (1976) e Higashida (1983), la definición de salud pública más aceptada es la propuesta por Winslow:

La salud pública es la ciencia y el arte de 1) prevenir las enfermedades, 2) prolongar la vida y 3) fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- a) El saneamiento del medio
- b) El control de las enfermedades transmisibles
- c) La educación de los individuos en higiene personal
- d) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades
- e) El desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Con base en esta definición Vega y García enfatizan que la “salud pública tiene como objeto hacer llegar los conocimientos y adelantos de la tecnología biomédica a la población, mediante la organización de sistemas que administran los recursos en función de las necesidades del país”; de igual forma destacan su carácter preventivo al citar a Mustard y Stebbins, quienes consideran a esta disciplina “como un cuerpo de conocimientos y prácticas que contribuyen a la salud colectiva, ya sea con medidas preventivas, curativas o con ambas”, y a

Leavell y Clark, para los cuales la “medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y eficiencia física y mental”, estos últimos identifican, además, tres niveles de acción preventiva:

1. La prevención primaria, que tiene como finalidad evitar que la enfermedad se presente.
2. La prevención secundaria, cuya meta es detener la progresión de los procesos patológicos.
3. La prevención terciaria, que se realiza con el propósito de limitar las secuelas de la enfermedad.

Finalmente Vega y García indican que los instrumentos de los que se vale la salud pública para ejecutar su acción son:

- a) La epidemiología, que permite el diagnóstico de salud o enfermedad en la población.
- b) La tecnología biomédica indicada en cada situación.
- c) El desarrollo de un programa de educación higiénica aplicado a las circunstancias.
- d) La correcta administración de los recursos de salud disponibles.

De los conceptos anteriores, la epidemiología es aquel en el que se centra el interés de esta investigación.

Según Vega y García (1976) la epidemiología surge históricamente como una ciencia dirigida en exclusiva, al estudio de las enfermedades infecciosas como: el cólera, el sarampión, el tifo, la viruela y otros males que aquejaron durante muchos años a grandes sectores de la población en diferentes partes del

mundo. A pesar de que Hipócrates en el siglo V., a. C. fue la primera persona que propuso formalmente la relación entre la enfermedad y los elementos del medio ambiente, no es hasta casi finalizar la primera mitad del siglo XIX cuando el pensamiento epidemiológico resurgió con gran fuerza en Europa y Norteamérica, gracias a los trabajos de John Snow, William Farr, William Budd y Peter Panum.

Alrededor de 1915, los estudios de Goldberger sobre una enfermedad conocida como pelagra (producida por la carencia de vitamina B₂), amplían los horizontes de la epidemiología y ésta deja de ser una disciplina relacionada únicamente con enfermedades infecciosas. De hecho, en la actualidad, el enfoque epidemiológico se utiliza también en el estudio de enfermedades no infecciosas tales como la diabetes, el cáncer, las afecciones cardiovasculares, los accidentes, etc.

La palabra epidemiología tiene sus raíces en las etimologías latinas *epi* (sobre), *demos* (pueblo) y *logos* (tratado o estudio), de tal manera que esta ciencia trata sobre el estudio de los factores que preservan o condicionan la salud en una población.

Tal como lo explican Vega y García, “la unidad de observación en epidemiología es un grupo humano y no un individuo; su principal propósito es el estudio de las enfermedades en su medio natural, y su meta final es la de identificar las medidas preventivas aplicables a cualquier estadio de la evolución de la enfermedad”.

Maxcy en 1956 (citado por Vega y García, 1976) plantea que la epidemiología “es el campo de la ciencia médica que se preocupa por establecer la interrelación de varios factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, una enfermedad o un estado fisiológico en una comunidad humana”.

San Martín (1964) indica que epidemiología estudia las condiciones de la salud y sus determinantes ambientales y la conceptualiza como una disciplina científica, en la cual se busca significar el estudio de la frecuencia, distribución y origen de las enfermedades en las poblaciones, sin hacer distinción respecto al tipo o naturaleza de las mismas.

Terris (1980) define a la epidemiología como el estudio de las enfermedades en la sociedad y la califica como una ciencia extremadamente rica y compleja, ya que debe estudiar y sintetizar los conocimientos de las ciencias biológicas del hombre, de las numerosas ciencias del medio ambiente, y de las que se refieren a la sociedad humana.

Gomezlara (1983) considera que la epidemiología ha dejado de ser una ciencia que se dedica a estudiar exclusivamente las enfermedades infecto-contagiosas y ha ampliado su campo de acción al conocimiento de las enfermedades causadas por agentes químicos, físicos, mecánicos y sociales, utilizándose, también, como una herramienta para determinar los problemas de la comunidad en general, vigilar la prestación de servicios de salubridad y evaluar los resultados de los programas de salud pública.

Abramson (1984) menciona que la epidemiología es la ciencia que se ocupa de la ocurrencia, la distribución y los determinantes de los estados de salud y enfermedad en grupos y poblaciones humanas y señala que los estudios epidemiológicos, pueden versar sobre la distribución de enfermedades o características de interés para la salud en grupos, o sobre los factores que influyen en dicha distribución.

De acuerdo con lo que señala Greenberg (1993), en su libro *Epidemiología Médica*, la epidemiología es una ciencia médica básica que se enfoca en el estudio de la distribución y determinantes de la frecuencia de enfermedad así como de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones humanas

específicas. Así, los epidemiólogos estudian la evolución y el resultado final de las enfermedades en personas y/o grupos, examinan patrones de enfermedad en sectores poblacionales y luego intentan comprender por qué ciertos individuos desarrollan una enfermedad particular en tanto que otros no. El interés de los epidemiólogos en la frecuencia de la enfermedad en las poblaciones humanas, deriva en gran parte del dogma básico de la epidemiología, de que la enfermedad no se presenta al azar. Esto es, que no todas las personas tienen la misma probabilidad de adquirir una enfermedad particular. Ciertas personas tienen un riesgo comparativamente alto, en virtud de sus características personales y su entorno.

Es por ello que, según Greenberg, las dimensiones que son consideradas dentro de la epidemiología son:

- Persona. Atributos personales de quienes padecen la enfermedad.
- Lugar. Espacio físico donde se presentan los casos de enfermedad.
- Tiempo. Periodo temporal en el que se presenta la propagación de la enfermedad.

Beaglehole, Bonita y Kjellström (1993) mencionan que el enfoque epidemiológico ve a la enfermedad desde una perspectiva biológica y social. La causa de las enfermedades puede estar determinada por factores genéticos y/o ambientales. En este contexto se define el ambiente como cualquier factor biológico, químico, físico, psicológico o de otro tipo que pueda afectar a la salud del organismo. De esta forma el desarrollo psicobiológico, el comportamiento y la forma de vida tienen una gran importancia al respecto, la epidemiología se utiliza cada vez más para estudiar tanto sus influencias como la intervención preventiva encaminada a la prevención de la enfermedad. En el campo de la salud, el

conocimiento de las causas de la enfermedad es importante, no sólo para su prevención, sino también para el diagnóstico y la aplicación del tratamiento adecuado. La filosofía de la ciencia continúa el estudio del proceso de inferencia causal por el que se llega a un juicio que relaciona la causa propuesta con el resultado final. En epidemiología, lo habitual es comenzar el estudio de una enfermedad y buscar sus causas, aunque también es posible comenzar con una causa potencial (por ejemplo, la contaminación atmosférica) y buscar sus efectos.

Una causa de una enfermedad es un acontecimiento, circunstancia, característica o combinación de estos factores que desempeña un papel importante en la producción de la enfermedad. Es decir, la causa debe preceder a la enfermedad. Una causa es “suficiente” cuando produce o inicia la enfermedad y “necesaria” cuando la enfermedad no puede desarrollarse en su ausencia.

De acuerdo con Beaglehole, *et al.* (1993), pueden distinguirse cuatro tipos de factores que intervienen en la causa de la enfermedad:

- Factores predisponentes tales como la edad, el sexo o el padecimiento previo de un trastorno de salud que pueden crear un estado de sensibilidad para un agente productor de enfermedad.
- Factores facilitadores tales como ingresos reducidos, alimentación escasa, vivienda inadecuada y asistencia médica insuficiente que pueden favorecer el desarrollo de enfermedad.
- Factores desencadenantes como la exposición a un agente patógeno o nocivo específico. Que pueden asociarse a la aparición de una enfermedad.
- Factores potenciadores como una exposición repetida o un trabajo demasiado duro, que pueden agravar a una enfermedad ya establecida.

La epidemiología abarca un conjunto completo de relaciones. Por ejemplo la clase social se relaciona con una gran variedad de problemas sanitarios. Las personas de clase social baja definida por ingreso, educación, vivienda o trabajo, parecen ser proclives a peor salud en general, más que a un efecto específico. La exposición excesiva a agentes infecciosos favorecida por el hacinamiento, la alimentación insuficiente y los riesgos laborales son causas específicas de enfermedades que podrían explicar la mala salud de la gente pobre.

Retomando a Greenberg (1993), se puede observar que el deseo de estudiar los factores sociales que causan efecto en la salud tiene implicaciones definitivas sobre la manera en que se conduce la investigación epidemiológica. En muchos casos, esta investigación comprende observaciones de fenómenos que se presentan de manera natural dentro de las poblaciones humanas. Esta forma de abordar un tema es única entre las ciencias médicas. Las características que distinguen al planteamiento epidemiológico son:

- Se centra en poblaciones humanas
- Confía fuertemente en observaciones no experimentales

El epidemiólogo observa los patrones de exposición y desarrollo de enfermedades como suceden de modo natural dentro de las poblaciones humanas. Sin esta información nunca podría alcanzarse una conclusión definitiva acerca del volumen de la patología relacionada con un agente particular.

Como en cualquier método científico, el planteamiento epidemiológico tiene restricciones inherentes. En la investigación por observación, que constituye gran parte de la epidemiología, el científico observa los fenómenos bajo estudio. Esto es, el epidemiólogo no tiene control sobre los hechos a ocurrir. Por tanto, a

menudo es difícil separar el efecto que interesa de otras influencias ambientales en la población.

Una de las interrogantes básicas más críticas que pueden plantearse acerca de la enfermedad es la frecuencia con la que se presenta. Para orientar esta cuestión, debe conocerse tanto el número de personas que adquieren el padecimiento (casos) en un periodo específico, como el tamaño de la población no afectada.

Un incremento rápido y sorprendente en la frecuencia de una enfermedad dentro de una población particular se conoce como una epidemia. El reconocimiento temprano de la epidemia puede atraer la atención al problema y ayudar a definir las características de grupos de alto riesgo.

Tal como señala Morris (citado por Vega y García, 1976), la epidemiología tiene diferentes usos, ya que puede aplicarse en el estudio de:

- a) La evolución histórica de las enfermedades. Esta primera aplicación tiene como finalidad reconocer la declinación o la emergencia de un problema de salud en el horizonte epidemiológico por medio del análisis de los eventos en función del tiempo, o bien, en su situación más o menos estable en la comunidad.
- b) El diagnóstico de la salud en las comunidades. El reconocimiento de las condiciones de salud o enfermedad en una población debe hacerse en función del análisis de los eventos y de acuerdo al tiempo, al espacio y a las personas.
- c) La administración de los servicios de salud. A este respecto se plantea el uso de los métodos epidemiológicos en la planeación de los servicios de salud, con el fin de establecer de manera racional un equilibrio entre la demanda de salud y la oferta de servicios.

- d) La estimación de riesgos. Las llamadas tasas constituyen indicadores que permitan estimar el riesgo de enfermar o morir que prevalece en una comunidad.
- e) La integración de los cuadros clínicos. La identificación de las características clínicas, en función de la presencia o ausencia de algunos factores relacionados con el enfermo ha permitido reconocer la variabilidad que suele existir en los síndromes clínicos.
- f) La identificación de síndromes. La confirmación de un síndrome clínico, o bien la identificación de éste, requiere con frecuencia investigar un número importante de personas en una población.
- g) La investigación de las causas que condicionan la salud o la enfermedad. Tal vez sea por medio de ésta como se identifique mejor a la epidemiología. Su enunciado lleva implícito el concepto de multicausalidad.

Para poder cumplir con todos los objetivos anteriormente enunciados, la epidemiología ha desarrollado toda una estructura metodológica que le permite abordar su objeto de estudio de manera confiable y sistemática mediante el uso de técnicas y estrategias que manejan diferentes niveles de investigación.

San Martín (1964) menciona que seis de las técnicas más utilizadas en los estudios epidemiológicos son:

1. Estudios descriptivos. Sirven para describir la frecuencia y distribución de una enfermedad en los diferentes grupos de edad, sexo, profesión, nivel de instrucción, residencia, datos étnicos y nacionalidad, etcétera. Con la información recabada en este tipo de estudios se puede describir el fenómeno en el tiempo, espacio y población, y se pueden también identificar grupos de la

población con un riesgo particular y factores asociados con la enfermedad. Los estudios descriptivos deben considerarse como guías generales y como la primera etapa de un estudio epidemiológico completo.

2. Estudios con grupos control. En esta técnica un número adecuado de enfermos con la patología en estudio es comparado con un número igual de individuos sin la enfermedad pero con todas las demás características similares en ambos grupos. En los dos grupos se recolecta la misma información sobre los factores personales, ambientales y sociales que pudieran estar asociados con la enfermedad.
3. Estudios de prevalencia o estudios cruzados o seccionales. Son estudios sobre la frecuencia de una enfermedad en una población en sus diferentes capas en un momento dado o en un periodo corto. Tienen por finalidad determinar la proporción de personas con una o varias condiciones específicas o la distribución de frecuencias de los niveles de uno o más atributos cuantitativos en una población definida en un momento determinado. A menudo los estudios de prevalencia sirven para probar una hipótesis sugerida por un estudio descriptivo o de grupos control. También son útiles en la medición de la magnitud de un problema de salud.
4. Estudios transversales. Es el tipo de estudio en el que se miden una o varias cohortes al mismo tiempo y en un momento dado o en un periodo corto. La cohorte es un grupo de individuos definidos por sus características personales (edad, sexo, profesión, etcétera) en el cual se observa y sigue la exposición al riesgo o la frecuencia de una enfermedad.
5. Estudios longitudinales. Recolección y análisis de la información observada en una población o grupos de ella en un periodo largo. El valor de este tipo de investigación es que cada factor individual puede ser analizado en detalle y se puede estimar el grado de riesgo que cada uno significa.

6. Estudios experimentales. Consisten en identificar, en una realidad compleja, un conjunto de variables, fijando algunas de ellas o todas menos las que se desean observar en sus variaciones relativas de las otras.

Para MacMahon, Pugh e Ipsen (citados por Vega y García, 1976), el estudio acerca de la distribución de una enfermedad y de los factores que condicionan su aparición en un grupo humano implica dos áreas de investigación: por un lado, el estudio de la distribución de la enfermedad, lo cual compete a la epidemiología descriptiva, y por otro lado, la investigación de los factores que la condicionan, lo que incumbe a la epidemiología analítica. También plantean la importancia del método epidemiológico en la demostración de las hipótesis derivadas del estudio acerca de las causas del problema que se investiga en una comunidad humana. Esto constituye la epidemiología experimental.

Abramson (1984), al igual que MacMahon, *et al.*, identifica básicamente tres tipos de estudios epidemiológicos:

1. Estudios descriptivos. Versan primordialmente sobre la distribución de enfermedades y las características de interés para la salud en poblaciones o grupos humanos. Normalmente se concreta a presentar datos de conteo de personas en variables de interés para el investigador. El análisis se limita a cuántas personas les ocurre algo o cuántas comparten alguna característica.
2. Estudios analíticos. Este tipo de estudios intenta explicar la razón de por qué ocurre una enfermedad en determinada población. Se busca establecer si una variable muestra alguna asociación predictiva con otra.
3. Estudios experimentales. Se busca reproducir el fenómeno en una situación controlada y estudiar la posible relación causal entre una variable y otra.

Higashida (1983) también divide a la epidemiología tres áreas principales:

1. Descriptiva, cuando relata hechos o fenómenos que se recogen, sin dar explicación de sus causas. Describe las características de la enfermedad en la comunidad:
 - a) Cómo se distribuye en el lugar, es decir en qué zonas o países se presenta.
 - b) Cómo se distribuye en el tiempo, según la estación, los días de la semana, las horas del día, etc.
 - c) Cómo se distribuye en las personas de acuerdo a la edad, el sexo, la raza, el estado civil, la ocupación, la escolaridad, el nivel socioeconómico, la religión, los hábitos de vida, el grado de nutrición, el tiempo de exposición al riesgo, etc.
2. Analítica, que además de describir los datos, trata de explicar su frecuencia y su distribución, así como las condiciones que permitieron que se presentara. La explicación del fenómeno se puede hacer a partir de estudios comparativos o combinando el método experimental. Si se desea comparar, la explicación del fenómeno se puede hacer a partir de un hecho ocurrido investigando los antecedentes del fenómeno que se está estudiando; a este estudio se le llama retrospectivo o transversal. También se puede comparar por medio de un estudio prospectivo o longitudinal; éste, se lleva a cabo a medida que ocurre, es decir, se va siguiendo la evolución de los casos expuestos a determinados acontecimientos.
3. Experimental, que puede ser planeada o accidental y puede llevarse a cabo en animales o humanos. Cuando se planea la observación de un hecho, ya sea reproduciéndolo o haciendo alguna modificación, es

Con la información derivada de estos tres parámetros simples, el epidemiólogo es capaz, no sólo de proyectar un plan de acción para enfrentar la enfermedad que aqueja a una población, también puede diseñar programas preventivos para evitar la aparición de nuevos casos a lo largo del tiempo y finalmente erradicar el problema de manera indefinida.

Desde luego esta metodología no está exenta de sesgos y limitaciones, pero éstos pueden ser subsanados en buena medida por la investigación de tipo experimental, de hecho la ciencia médica se apoya en ambos enfoques para generar mayor conocimiento sobre toda clase de patologías.

En nuestro país, la Psicología no ha aplicado debidamente la metodología epidemiológica en sus investigaciones, a pesar de que a finales de la década de los setentas los analistas conductuales se plantearon la posibilidad de hacerlo, tal y como lo describe Sánchez Sosa (1996): “el término validación social empezó a popularizarse dentro de la literatura del Análisis Conductual Aplicado... paradójicamente el carácter novedoso de este enfoque, en realidad sólo ocurría para los analistas conductuales egresados de programas con poca o ninguna formación en la construcción y uso de instrumentos psicométricos... Dado que la mayoría de los egresados de estos programas en México lo eran de currícula originalmente enmarcados en la Psicología general, existía la posibilidad de incursionar en el uso complementario de ambas metodologías, lo cual sin embargo, prácticamente no ha ocurrido”; es importante precisar que en este párrafo el autor utiliza el concepto validación social como un sinónimo de epidemiología ya que señala que “En sentido metodológico, la validación social es una aplicación especial de un concepto más amplio denominado investigación actuarial. Se trata del análisis de problemas humanos por medio del uso de las propiedades matemáticas de los grandes números, típico de los métodos

El riesgo se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$R = \frac{\text{Casos Nuevos}}{\text{Personas en Riesgo}} = \frac{A}{N}$$

Donde la R es el riesgo calculado en una proporción; la A es el número de personas recién afectadas y la N es el tamaño de la población no afectada bajo observación.

La prevalencia indica el número de casos existentes en una población. Es decir es la proporción de una población que tiene la enfermedad y que interesa en un tiempo particular.

Se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$P = \frac{C}{N}$$

Donde C es el número de individuos afectados existentes y la N es el número de personas en una población específica.

El índice de incidencia mide la rapidez con la cual se diagnostican pacientes nuevos afectados al paso del tiempo. Para calcular el índice de incidencia se emplea la siguiente fórmula:

$$II = \frac{A}{PT}$$

Donde A es el conteo del número de casos nuevos de la enfermedad en esa población y PT que es el concepto persona tiempo, el cual mide el tiempo neto que tardan los individuos en la población en riesgo para contraer la enfermedad.

estadísticos. Diferentes campos del conocimiento han utilizado esta metodología dándole a veces una connotación más específica del tipo de preguntas que busca contestar. Tal es el caso del sanitarista o experto en salud pública en cuyo ámbito se denomina a este enfoque epidemiológico”.

Por otra parte Sánchez Sosa enfatiza la conveniencia de utilizar el enfoque epidemiológico en la Psicología Conductual y aporta diversas razones que reflejan la pertinencia de su propuesta: “En cierto sentido, los estudios de este tipo parecerían alejarse de uno de los preceptos básicos del Análisis Conductual Aplicado, en el sentido de observar directamente la conducta. En una propuesta renovada veinte años después de su original ya clásico, Baer, Wolf y Risley (1987), ratifican y adicionan los componentes centrales del enfoque, uno de los cuales es precisamente su carácter de conductual. Este se refiere a la solidez de aquellos hallazgos de investigación surgidos de la observación directa de la conducta más que de datos surgidos de referentes o conductas indirectas tales como las obtenidas de instrumentos psicométricos. También señalan, sin embargo, que la historia reciente del Análisis Conductual Aplicado ha mostrado que puede ser necesario usar otras medidas, tales como las derivadas de cuestionario, si esto fortalece la validez social o la aceptación de propuestas o intervenciones... Una condición que hace necesario el uso de este enfoque es el caso de repertorios demasiado amplios o de ocurrencia muy poco frecuente como para permitir la observación directa de manera práctica... otra razón para el uso de este enfoque se deriva del propósito de diseñar intervenciones preventivas. Este implica que el investigador cuente con indicadores que señalen qué situaciones prevenir, es decir, sobre qué conductas incidir a fin de evitar (o posponer indefinidamente) el inicio del problema”.

CAPÍTULO 3.

MÉTODO

3.1. Planteamiento del problema y justificación

La asertividad es un concepto que incluye una serie de conductas que son fundamentales para la adecuada adaptación del individuo en nuestra sociedad. Si la OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad, debe entenderse que la palabra bienestar contiene un elemento subjetivo innegable; un individuo se siente bien cuando se encuentra adaptado a su medio ambiente y no está en conflicto constante con éste. Por lo tanto un trastorno psicológico funcional, como lo es un déficit en el comportamiento asertivo, debe ser considerado seriamente como un problema de salud y, como tal, medido y estudiado.

No obstante que la Psicología se encuentra clasificada dentro de las ciencias relacionadas con el cuidado de la salud, ésta presenta un importante rezago con respecto a la ciencia médica.

El avance de la Psicología, al igual que el de la Medicina, tiene como sustento los trabajos de investigación básica en donde se busca identificar los factores que afectan negativamente el equilibrio psicobiológico de los organismos.

La investigación médica ha desarrollado una poderosa metodología que le ha permitido, mediante el empleo de estudios experimentales, determinar en muchos casos, cuál es el origen de las enfermedades, así como encontrar una “cura” para estas.

El trabajo de laboratorio no ha sido el único procedimiento utilizado en Medicina para abordar el estudio de los problemas de salud. Desde mediados del

siglo XIX, los análisis epidemiológicos han formado parte importante de la investigación médica (Beaglehole, *et al.*, 1993), a través de ellos se ha podido delimitar cuál es la relación que guardan ciertos factores ambientales con la presencia de enfermedad en poblaciones específicas.

En el caso de la Psicología, algunos estudios de campo, más allá del laboratorio, han buscado la manera de identificar aquellos elementos del medio que puedan tener una conexión significativa con los problemas psicológicos que presenta una población; sin embargo, hasta ahora, el método empleado por el enfoque epidemiológico no ha sido utilizado sistemáticamente como una herramienta de investigación que abra la posibilidad de reconocer el tipo de problemáticas psicológicas que presentan ciertas poblaciones, así como su frecuencia y evolución dentro de las mismas; de hecho, los únicos datos epidemiológicos con los que el psicólogo llega a tener contacto son, en su mayoría, información relativa a padecimientos de tipo psiquiátrico.

La propuesta central de esta investigación sostiene que el enfoque epidemiológico constituye un poderoso instrumento que debe ser utilizado en el estudio de la asertividad. Esta consideración tiene como fundamento el hecho de que los trastornos en la conducta asertiva son condicionados por factores comunes a todos los individuos de una población, ya que como se sabe, los fenómenos socioculturales generan patrones similares de comportamiento entre los miembros de una misma comunidad.

Se estima que el método epidemiológico sería también de gran utilidad para estudiar diversas alteraciones de naturaleza psicológica. Variables como el nivel socioeconómico, la educación, las costumbres, etcétera, determinan, en gran medida, la clase de perturbaciones psíquicas que enfrentan los sujetos pertenecientes a determinada sociedad. Mediante la adopción de este enfoque se puede inferir cuáles son las principales afecciones psicológicas que sufre una

población, qué agentes medioambientales las condicionan, cuál es su índice de ocurrencia y cómo evolucionan a lo largo del tiempo y el espacio. Es posible también, identificar cuáles son los factores de riesgo que pueden desencadenar un desorden psicológico y de este modo delinear medidas de protección que faciliten el desarrollo de estrategias preventivas.

Se deduce así la conveniencia de utilizar el método epidemiológico como una herramienta de investigación en Psicología y emplear todas sus ventajas en beneficio de la sociedad. Es tiempo ya de que la problemática psicológica que presentan grandes sectores de la población mexicana empiece a considerarse como un grave problema de salud pública, el cual debe ser atendido de manera inmediata mediante programas no sólo correctivos, sino preventivos.

En el caso particular de esta exploración, el planteamiento quedó en términos concretos de la siguiente manera: ¿cuál es la prevalencia de casos de inasertividad dentro de la población estudiantil de Ciudad Universitaria?

3.2. Objetivos

Objetivo principal

Estimar la prevalencia de casos de inasertividad dentro de la población estudiantil de Ciudad Universitaria, mediante la obtención de parámetros estadísticos en una muestra probabilística.

Objetivo alterno

Determinar si existen diferencias en el índice de asertividad entre hombres y mujeres o entre las poblaciones de las diferentes Facultades.

3.3. Preguntas de investigación

Conforme a los objetivos contemplados en este trabajo se elaboraron las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta 1

¿Existen casos de inasertividad dentro de la población estudiantil de Ciudad Universitaria?

Pregunta 2

¿Existen diferencias significativas en el índice de asertividad entre hombres y mujeres de la población estudiantil de Ciudad Universitaria?

Pregunta 3

¿Existen diferencias significativas en el índice de asertividad entre las poblaciones de las diferentes Facultades de Ciudad Universitaria?

3.4. Hipótesis

En virtud de que el presente estudio es exploratorio se plantearon tres diferentes hipótesis que tratan de dar respuesta a las preguntas de investigación aquí planteadas

Hipótesis 1

H₀: No existen casos de inasertividad en la población estudiantil de Ciudad Universitaria.

H₁: Si existen casos de inasertividad en la población estudiantil de Ciudad Universitaria.

Hipótesis 2

H₀: No existen diferencias significativas en el nivel de asertividad entre los hombres y las mujeres de la población estudiantil de Ciudad Universitaria.

H₁: Si existen diferencias significativas en el nivel de asertividad entre los hombres y las mujeres de la población estudiantil de Ciudad Universitaria.

Hipótesis 3

H₀: No existen diferencias significativas en el nivel de asertividad entre las poblaciones de las diferentes Facultades de Ciudad Universitaria.

H₁: Si existen diferencias significativas en el nivel de asertividad entre las poblaciones de las diferentes Facultades de Ciudad Universitaria.

3.5. Variables

Variables independientes

A pesar de que el presente estudio es de tipo exploratorio, las variables sexo, pertenencia a Facultad y nivel de asertividad se consideraron como

independientes por la influencia que ejercen sobre la variable que se midió. Estas variables son atributivas por ser características propias de los sujetos que conforman la población. A continuación se presentan las definiciones conceptual y operacional de la asertividad.

Definición conceptual: la asertividad es un conjunto de habilidades que permiten a un individuo expresar claramente sus sentimientos, pensamientos u opiniones, en forma no agresiva, así como defender sus derechos sin violar los derechos de los otros.

Definición operacional: puntajes registrados en el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, estandarizado para la población mexicana del Distrito Federal por Guerra (1996).

Variable dependiente

La variable dependiente en este estudio fue la prevalencia de déficits en la conducta asertiva encontrado dentro de la población estudiantil de Ciudad Universitaria.

Definición conceptual: la prevalencia es la cantidad de “enfermedad” que ya existe dentro de una población determinada (Greenberg, 1993, Beaglehole, *et al.*, 1993).

Definición operacional: porcentaje total de casos de inasertividad registrados en la población elegida de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Inventario de Asertividad Gambrill y Richey.

3.6. Muestreo

Se obtuvo una muestra estadísticamente representativa de la población elegida, tomando como base el total de estudiantes con que cuenta cada una de las 14 Facultades que se encuentran en el campus de Ciudad Universitaria:

1. Facultad de Contaduría y Administración
2. Escuela Nacional de Trabajo Social
3. Facultad de Odontología
4. Facultad de Ciencias Políticas
5. Facultad de Ciencias
6. Facultad de Arquitectura
7. Facultad de Filosofía
8. Facultad de Ingeniería
9. Facultad de Derecho
10. Facultad de Medicina
11. Facultad de Química
12. Facultad de Economía
13. Facultad de Veterinaria
14. Facultad de Psicología

El muestreo se realizó de forma accidental por cuota y el único criterio de inclusión para pertenecer a la muestra fue encontrarse cursando estudios en el nivel profesional o de postgrado en cualquiera de las instituciones arriba mencionadas.

Para obtener la representatividad de la muestra, se consultó, vía Internet, la *Agenda Estadística UNAM 1997* (UNAM; 1997). De este documento se extrajeron los datos necesarios para estimar el total de la población estudiantil existente en Ciudad Universitaria. Para ello se tomaron en cuenta los ingresos y reintegros de hombres y mujeres que se registraron en cada una de las Facultades ese año; de modo que la "N" total se calculó sumando los subtotales correspondientes a las poblaciones de cada Facultad.

Posteriormente se procedió a elaborar un cuadro en el que se contempla el porcentaje que cada población en particular guarda con relación al total de estudiantes existentes en Ciudad Universitaria. Así se determinó el número de sujetos que conforman la muestra y su distribución (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Estimación para determinar la representatividad de la muestra.

Facultad	Población		Población Total	Porcentaje %	Muestra		Muestra Total
	Hombres	Mujeres			Hombres	Mujeres	
Contaduría y Admón.	6240	9583	15823	17	85	85	170
Trabajo Social	721	1512	2233	3	15	15	30
Odontología	849	1965	2814	3	15	15	30
Ciencias Políticas	2748	3880	6628	7	35	35	70
Ciencias	3137	2447	5584	6	30	30	60
Arquitectura	4020	1799	5819	6	30	30	60
Filosofía	2572	4587	7159	8	40	40	80
Ingeniería	8340	1845	10185	11	55	55	110
Derecho	4626	5520	10146	11	55	55	110
Medicina	5484	5320	10804	12	60	60	120
Química	2581	2649	5230	6	30	30	60
Economía	1737	925	2662	3	15	15	30
Veterinaria	1394	1237	2631	3	15	15	30
Psicología	687	2611	3298	4	20	20	40
TOTAL	45136	45880	91016	100%	500	500	1000

Los porcentajes de la muestra se ajustaron en forma proporcional a los de la "N" total, es decir, si a la Facultad de Psicología le correspondía el 4% del total de la población, de igual forma se le asignó el mismo porcentaje del total de la muestra, o sea 40 sujetos los cuales se dividieron en 20 hombres y 20 mujeres con el fin de equilibrar la muestra y evitar algún sesgo.

3.7. Sujetos

La muestra estuvo conformada por 1000 sujetos, 500 hombres y 500 mujeres, todos ellos estudiantes pertenecientes a las 14 Facultades de Ciudad Universitaria; 978 fueron solteros, 20 casados y 2 divorciados. Sus edades oscilaron entre los 17 y los 54 años, considerándose 21 años como la edad promedio de los sujetos (ver cuadro 2). Cabe señalar que en los rangos correspondientes a las edades que van de 37 a 46 años no se registró ningún sujeto.

Cuadro 2. Rango de edades.

Edad	No. De Sujetos	Porcentaje %
17-21	569	56.9
22-26	392	39.2
27-31	36	3.6
32-36	1	.1
47-51	1	.1
52-56	1	.1
TOTAL	1000	100

3.8. Instrumento

Como instrumento de medición se utilizó el Inventario de Asertividad elaborado originalmente por Gambrill y Richey en 1975 y estandarizado para la población mexicana del Distrito Federal por Guerra en 1996. Este inventario es una prueba de auto-informe que fue desarrollada con fines de investigación e intervención clínica, es aplicable a la población adulta en general y está formado por 40 reactivos que plantean diferentes situaciones de interacción personal con extraños, amigos, compañeros y parejas, de acuerdo a ocho dimensiones de la conducta asertiva:

1. Rechazar peticiones
2. Admitir limitaciones personales
3. Iniciar contactos sociales
4. Expresar sentimientos positivos
5. Afrontar la crítica de los demás
6. Discrepar de las opiniones de otros
7. Conducirse asertivamente en situaciones de servicio
8. Expresar sentimientos negativos

Cada uno de los reactivos debe ser contestado en dos ocasiones de manera independiente de acuerdo a dos subescalas diferentes tipo Likert (ver cuadro 3):

- c) La primera subescala llamada **grado de incomodidad (GI)** se refiere al malestar subjetivo que una persona puede experimentar al tener que enfrentarse a alguna de las situaciones descritas en el inventario, y debe ser

contestada de acuerdo a una puntuación que va del uno al cinco (1= nada, 2= un poco, 3= regular, 4= mucho, 5= demasiado).

d) La segunda subescala llamada **probabilidad de respuesta (PR)** se refiere a la probabilidad de que una persona lleve a cabo alguna de las conductas descritas en el inventario, y también, debe ser contestada de acuerdo a una puntuación que va del uno al cinco (1= siempre, 2= usualmente, 3= la mitad de las veces, 4= rara vez, 5= nunca).

Finalmente se solicita al sujeto que indique las situaciones en las que le gustaría conducirse con mayor seguridad, encerrando en un círculo el número de la situación correspondiente. Esta última parte de la prueba se aplica principalmente con miras de atención terapéutica.

Cuadro 3. Ejemplo de los reactivos del inventario.

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 DE RESPUESTA
_____	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 estado esperando 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.	_____

Los resultados de la prueba se obtienen mediante la sumatoria, por separado, de cada una de las subescalas. Los puntajes brutos se clasifican de acuerdo a una tabla normativa que indica los niveles de GI y de PR que presenta el sujeto y con base en la combinación de dichos niveles se elabora un diagnóstico final.

Las combinaciones de los niveles obtenidos en cada subescala (GI y PR) permiten conformar cuatro diagnósticos principales, propuestos por Gambrill y Richey:

- **Asertivos.**- Personas altamente asertivas que experimentan un bajo nivel de incomodidad y su probabilidad de actuar asertivamente cuando tienen que enfrentar situaciones de interacción social es alta (GI bajo, PR alta).
- **Inasertivos.**- Personas que manifiestan altos niveles de incomodidad y su probabilidad de actuar asertivamente es muy baja (GI alto, PR baja).
- **Actores Ansiosos.**- Personas que presentan una alta probabilidad de desplegar conductas asertivas, pero que al mismo tiempo experimentan altos niveles de incomodidad (GI alto, PR alta).
- **Indiferentes.**- Personas que experimentan un grado de incomodidad muy bajo, pero su probabilidad de actuar en forma asertiva es muy poca (GI bajo, PR baja).

Además de otros dos diagnósticos obtenidos por Guerra en su estandarización para la población de la capital mexicana:

- **Promedio.**- Personas “normales” que experimentan un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es promedio (GI promedio, PR promedio).

- **Otras combinaciones.-** Personas que experimentan un grado de incomodidad moderado y su probabilidad de respuesta es alta (GI promedio, PR alta); personas que manifiestan un grado de incomodidad promedio pero su probabilidad de respuesta es baja (GI promedio, PR baja); personas que presentan una probabilidad de respuesta promedio y un grado de incomodidad bajo (PR promedio, GI baja); así como personas que experimentan una probabilidad de respuesta promedio y su grado de incomodidad es alto (PR promedio, GI alta).

A través del análisis factorial llevado a cabo por Guerra se obtuvieron nueve factores o dimensiones para GI:

1. Reconocer limitaciones personales/hacer halagos
2. Conductas de confrontación y defensa de opiniones
3. Defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas
4. Hacer peticiones
5. Expresión de sentimientos positivos
6. Rechazar peticiones
7. Resistir la presión de otros
8. Iniciar contactos sociales
9. Afrontar situaciones molestas

Y nueve factores o dimensiones para PR:

1. Reconocer limitaciones personales
2. Conductas de confrontación y defensa de opiniones

3. Defensa de derechos en situaciones comerciales e interacciones con personas cercanas
4. Hacer peticiones
5. Expresión de sentimientos positivos
6. Rechazar peticiones
7. Resistir la presión de otros
8. Afrontar situaciones molestas
9. Manifestar molestia, enfado o desacuerdo

La elección del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey¹ como instrumento de medición se debió a diversas razones. Por un lado (de acuerdo a la información recabada para esta investigación) de entre las escalas de asertividad traducidas al español, ésta presenta normas para su calificación en la población mexicana. Los coeficientes alfa de Cronbach y de consistencia interna obtenidos para esta prueba fueron de 0.924 y 0.922 respectivamente, lo cual indica una alta confiabilidad. Los reactivos que se manejan abarcan una amplia gama de conductas asertivas, además de que las subescalas establecidas presentan la ventaja de considerar tanto un factor emocional, al medir el grado de incomodidad subjetiva, como un factor conductual, al evaluar la probabilidad de la respuesta asertiva. Incluyendo así las dos principales dimensiones que conforman la conducta. Finalmente se puede agregar que sus formas de aplicación y calificación son sencillas y rápidas.

¹ Con el único fin de evitar la violación de los derechos de autor y a su vez, fomentar el uso responsable de los instrumentos de evaluación psicológica, no se incluye en este estudio la versión íntegra del inventario utilizado, en caso de requerir dicha prueba, ésta debe solicitarse a:
Mtro. Samuel Jurado Cárdenas
División de Estudios de Posgrado,
Facultad de Psicología,
Av. Universidad 3004, C.P. 04510.

3.9. Tipo de estudio

Por su diseño esta investigación puede considerarse como un estudio no experimental-expostfacto, ya que en ningún momento se manipularon las variables independientes con el objetivo de producir algún cambio en la variable dependiente, tan sólo se procedió a medir esta última, para posteriormente realizar un análisis descriptivo de la forma en que se presenta el fenómeno de interés. Es también un estudio epidemiológico porque adopta los principios de la epidemiología al estudiar la frecuencia de déficits en la conducta asertiva de una población y considerarlos como un problema de salud psicológica.

3.10. Procedimiento

Se acudió a cada una de las diferentes Facultades que se encuentran dentro del campus de Ciudad Universitaria y ahí se les preguntó a varios de los estudiantes que se encontraban en los pasillos y explanadas, si pertenecían a dicha Facultad, si la respuesta era afirmativa se les solicitaba su colaboración para que contestaran el Inventario de Asertividad, explicándoles que se trataba de una investigación. La cantidad de sujetos por Facultad a los que se les aplicó el Inventario correspondió al número estimado en el cuadro de muestreo (ver cuadro 1).

A quienes accedieron se les proporcionó el instrumento y se les indicó que leyeran cuidadosamente las instrucciones para que posteriormente comenzaran a contestarlo. Además se les sugirió que en caso de que las indicaciones del test no fueran claras plantearan sus dudas a los aplicadores de la prueba. Cabe señalar que de igual forma se les pidió que no dejaran uno solo de los reactivos sin contestar y se les mencionó que la parte final de la prueba era opcional, es decir no era indispensable contestarla. Al término de la prueba se les agradeció su

colaboración. Una vez terminado el total de las aplicaciones se procedió a elaborar una base de datos en el programa estadístico conocido como SPSS (*Statistical Package for Social Science*, versión 8.0), en donde se capturaron las respuestas de los mil sujetos a cada uno de los 80 reactivos.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1. Prevalencia de casos de inasertividad en la muestra

Con la base de datos ya elaborada, se procedió a calificar el inventario calculando la sumatoria de cada una de las subescalas (GI y PR) por separado, para después convertir los puntajes brutos en categorías nominales de acuerdo con las normas establecidas por Guerra en 1996 (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Normas para la población mexicana de Distrito Federal

Puntajes Brutos GI	Nivel GI	Puntajes Brutos PR	Nivel PR
111-200	Alto	40-92	Alto
88-110	Promedio	93-113	Promedio
40-87	Bajo	114-200	Bajo

Una vez convertidos los puntajes que se registraron en cada una de las subescalas, se obtuvieron los diagnósticos finales mediante la combinación de los diferentes niveles de GI con los de PR, tratando de respetar en todo momento la clasificación de grupos propuesta originalmente por la autora de la estandarización. Sin embargo, resulta importante señalar que para los fines de este estudio fue necesario hacer una modificación a dichas clasificaciones, la alteración consistió únicamente en desglosar el grupo de “otras combinaciones” en dos categorías más, a las cuales se les denominó como promedio superior (GI promedio, más PR alta y PR promedio más GI baja) y promedio inferior (GI promedio más PR baja y PR promedio más GI alta). La obtención de estos dos diagnósticos tuvo como objetivo diferenciar a los sujetos que presentan un nivel

aceptable de asertividad de aquellos cuya conducta asertiva se encuentra por debajo de la media (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Criterios para diagnóstico final.

Nivel GI	Nivel PR	Diagnóstico
Alto	Bajo	Inasertivo
Bajo	Bajo	Indiferente
Alto	Alto	Actor Ansioso
Alto	Promedio	Promedio Inferior
Promedio	Bajo	Promedio Inferior
Promedio	Promedio	Promedio
Bajo	Promedio	Promedio Superior
Promedio	Alto	Promedio Superior
Bajo	Alto	Asertivo

Los siete diagnósticos generados se agruparon en dos clasificaciones generales (casos de asertividad y casos de inasertividad), con el fin de obtener la medida epidemiológica de la prevalencia.

Se contaron como casos de asertividad a todos aquellos sujetos que presentaron los siguientes diagnósticos:

- Asertivos
- Promedio
- Promedio superior

y se consideraron casos de inasertividad todos los diagnósticos restantes:

- Inasertivo
- Indiferente
- Actor Ansioso
- Promedio inferior

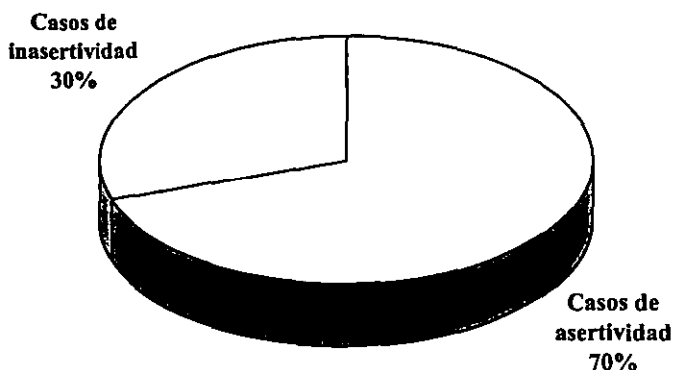
Para poder calcular la prevalencia primeramente se obtuvo el total de casos de inasertividad que de acuerdo con los diagnósticos tuvo una frecuencia de 300 del total de sujetos que participó en el estudio, posteriormente se calculó la prevalencia mediante la siguiente fórmula:

$$P = \frac{300}{1000} = 0.30$$

Donde la prevalencia (**P**) es igual al número de casos de inasertividad existentes (300) entre el total de la población (1000).

Así se pudo determinar que la prevalencia de déficits en la conducta asertiva de la población es del 30%, es decir que tres de cada 10 estudiantes en Ciudad Universitaria presentan problemas en su conducta asertiva (ver gráfica 1).

Gráfica 1



4.2. Distribución por diagnóstico

Pese a que la prevalencia de casos de inasertividad obtenida en la muestra nos indica que un 30% de la muestra puede tener algún tipo de déficit en su conducta asertiva, es necesario revisar más detenidamente estos resultados, ya que los universitarios encasillados en dicha clasificación, exhiben problemáticas de diversa índole, por ejemplo:

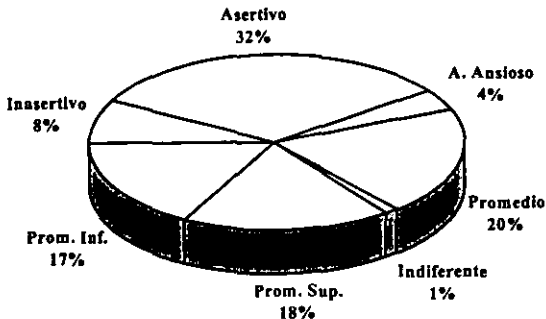
- El 8% de los sujetos cayeron en el diagnóstico de **inasertivo** debido a que presentan problemas en las dos subescalas (GI y PR), esto quiere decir que su grado de incomodidad al enfrentar situaciones como las que aparecen en el inventario es alto y su probabilidad de emitir una respuesta asertiva es baja. Esta puntuación es señal de que existen problemas tanto en el área emocional como en la conductual.
- El 4% entró dentro del diagnóstico de **actor ansioso** ya que presenta problemas sólo en la subescala de GI; los sujetos incluidos en esta categoría pueden desplegar conductas asertivas cuando se requiere pero sufren de altos niveles de incomodidad cuando se ven involucrados en situaciones de afrontamiento social.
- El 17% correspondiente al diagnóstico de **promedio inferior** presenta déficits en alguna de las dos subescalas, mientras que en la otra su nivel se encuentra dentro del promedio. Esto significa que los estudiantes que pertenecen a esta clasificación pueden: a) ser capaces de emitir conductas asertivas, pero experimentar un alto grado de incomodidad o, por el contrario, b) no sentir altos niveles de incomodidad, pero no comportarse asertivamente,
- Únicamente el 1% se incluye dentro del diagnóstico de **indiferente**, esto sujetos presentan problemas sólo en la subescala de PR, esto quiere decir que

son personas que no experimentan altos grados de incomodidad, pero tampoco se conducen en forma asertiva.

Asimismo, el 70% de estudiantes que se consideran como casos de asertividad, también presentan diferencias en sus diagnósticos:

- El 20% cayó en el rango **promedio** de ambas subescalas, los individuos que se incluyeron dentro de este diagnóstico presentan un nivel de “normalidad” en su conducta asertiva, de acuerdo a los resultados planteados por Guerra (1996).
- El 18% perteneciente al diagnóstico de **promedio superior** muestra un nivel de asertividad ligeramente por encima de lo “normal”, esto quiere decir que su puntuación en grado de incomodidad se considera promedio y su probabilidad de respuesta alta o viceversa.
- Finalmente, el 32% correspondiente al diagnóstico de **asertivo** no presenta problema en ninguna de las subescalas, podría decirse que las personas que cayeron en esta categoría, muestran un nivel óptimo de asertividad, ya que su grado de incomodidad es bajo y su probabilidad de emitir una respuesta asertiva es alta (ver gráfica 2).

Gráfica 2

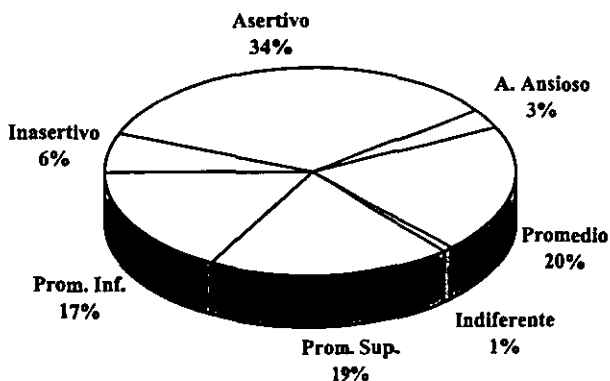


4.3. Distribución de hombres por diagnóstico

La distribución que presentaron los hombres de la muestra de acuerdo a los diagnósticos, no fue muy diferente a la que exhibió la muestra total (ver gráfica 3). Así en los casos de inasertividad, el 6% de los hombres cayó dentro de la categoría de **inasertivo**, el 3% en la de **actor ansioso**, el 17% en **promedio inferior** y tan sólo el 1% en la de **indiferente**.

En lo que respecta a los casos de asertividad el 20% de los hombres entró en el diagnóstico **promedio**, el 19% correspondió a la categoría **promedio superior** y el 34% a la de **asertivo**.

Gráfica 3

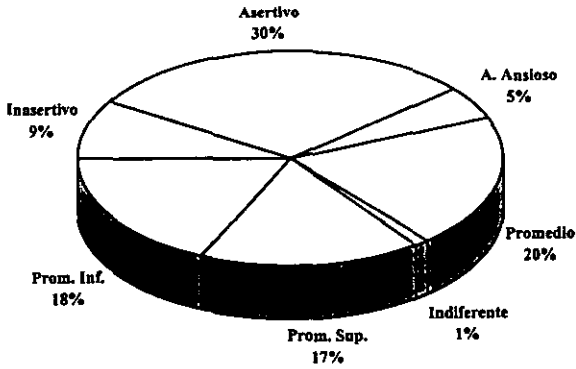


4.4. Distribución de mujeres por diagnóstico

Al igual que los hombres, la distribución correspondiente a las mujeres no varió en gran medida con la de la muestra total (ver gráfica 4). Al 9% le correspondió la categoría de **inassertivo**, al 5% se le considera **actor ansioso**, el 18% cayó dentro de **promedio inferior** y el 1% en **indiferente**.

Mientras que el 20% entró en el rango **promedio**, a la categoría **promedio superior** le correspondió el 17% y el 30% cayó en **asertivo**.

Gráfica 4

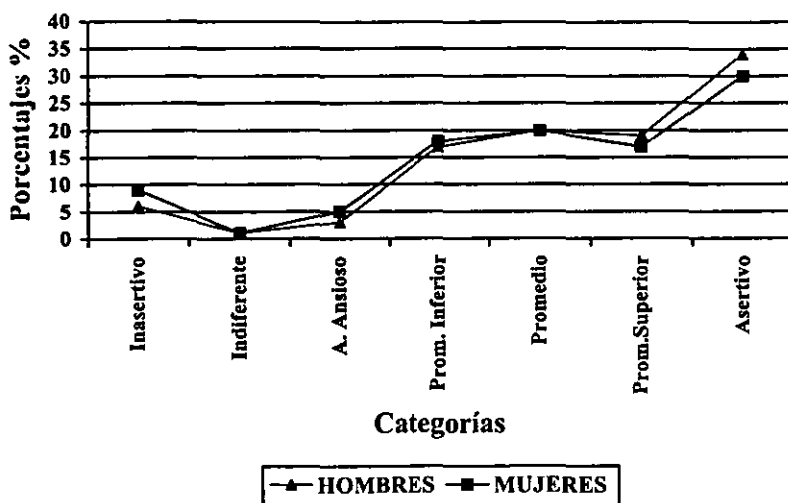


4.5. Comparación entre sexos por diagnóstico

Si se comparan las distribuciones que corresponden a hombres y mujeres a lo largo de los siete diagnósticos puede observarse que se comportan de igual manera (ver gráfica 5).

Mediante la aplicación de la Chi cuadrada se corroboró lo que a simple vista se puede observar en la gráfica 5, ya que el resultado de esta prueba fue: $X^2=8.88$, 8 GL, $p=0.35180$ y por lo tanto se considera que no existen diferencias significativas en el nivel de asertividad entre hombres y mujeres.

Gráfica 5



4.6. Distribución y comparación entre Facultades por diagnóstico

Referente a la forma en como los diagnósticos se distribuyeron por Facultad, es posible señalar que los porcentajes que se obtuvieron en cada uno de ellos no presentan diferencias importantes, es decir todas las distribuciones se comportaron de la misma forma (ver gráfica 6).

Estos mismos resultados fueron arrojados por el análisis estadístico realizado a través de la Chi cuadrada, donde el valor obtenido fue: $X^2=114.21$, $104 GL$, $p=0.23193$, lo que indica que no se presentan diferencias estadísticamente significativas en el nivel de asertividad presentado por los sujetos pertenecientes a las diferentes Facultades. No obstante resulta importante señalar que en algunos de los diagnósticos se encontraron pequeñas diferencias en los porcentajes que presentaron las distintas Facultades.

Por ejemplo: en el diagnóstico **promedio**, Odontología obtuvo el porcentaje más bajo (3%), mientras que Veterinaria y Trabajo Social obtuvieron los porcentajes más altos (34% y 27% respectivamente).

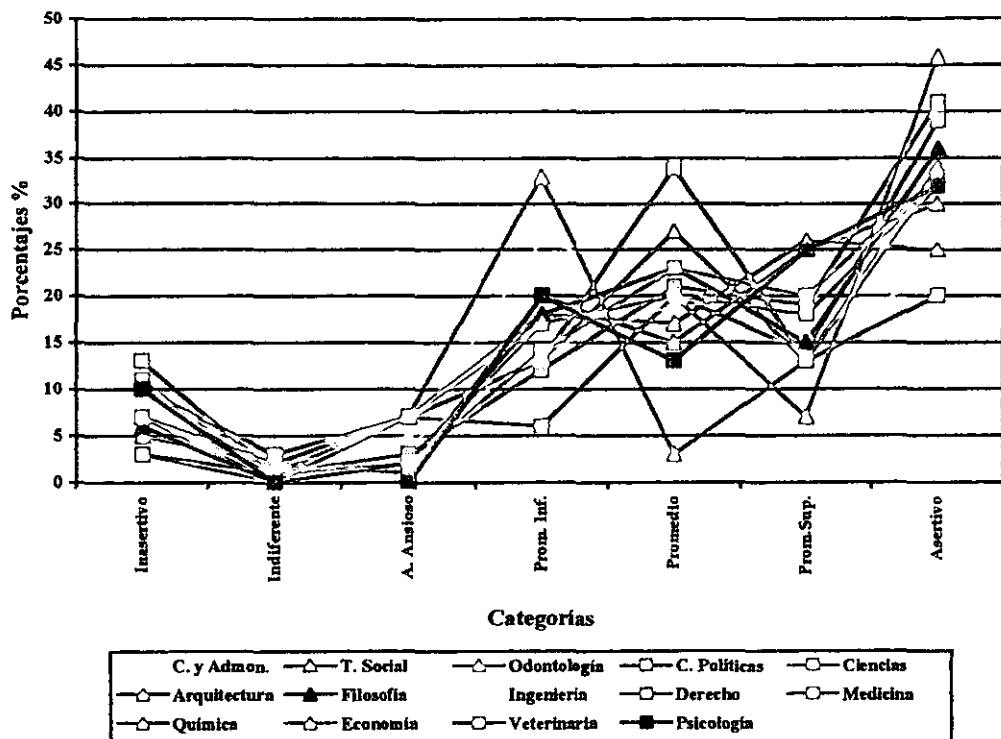
En la categoría **promedio inferior**, Ciencias Políticas registró el porcentaje más bajo (6%) mientras que Contaduría y Odontología marcaron los porcentajes más altos (26% y 33% respectivamente).

En lo referente a **promedio superior**, Economía obtuvo el porcentaje más bajo (7%), mientras que Arquitectura, Psicología y Química obtuvieron los porcentajes más altos (26%, 25% y 25% respectivamente).

Finalmente en la clasificación de **asertivo**, Veterinaria y Contaduría fueron los porcentajes más bajos (20% y 22% respectivamente) y los más altos fueron Ciencias Políticas, Derecho y Economía (39%, 41% y 46%).

El resto de los diagnósticos (**inaseptivo**, **indiferente** y **actor ansioso**) registraron porcentajes que entran dentro de un rango promedio con diferencias mínimas que no resulta importante mencionar.

Gráfica 6



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

4.7. Comparación entre sexos por reactivo

Análisis por reactivo para la subescala de Grado de Incomodidad (GI)

Utilizando la prueba de Mann-Whitney se intentó determinar si existían diferencias en la forma en como hombres y mujeres habían contestado a cada uno de los reactivos en la subescala de GI. De conformidad con los resultados arrojados por el análisis estadístico, se detectaron diferencias en los reactivos contenidos en el cuadro 6.

Cuadro 6. Reactivos que presentaron diferencias para GI en la variable sexo.

No. de Reactivo	Valor de U	Significancia
2	113551.0	.0057
9	107431.5	.0001
10	112249.5	.0038
17	113937.0	.0120
18	116099.0	.0460
19	109837.0	.0006
21	113707.5	.0095
22	108234.5	.0000
23	115910.0	.0367
29	97221.0	.0000
34	108651.5	.0003
36	11671.0	.0368

Estas diferencias se interpretaron con base en las frecuencias que registraron cada una de las opciones de respuesta (1=Nada, 2=Un poco, 3=Regular, 4=Mucho, 5=Demasiado) en relación con la variable sexo. Finalmente los reactivos se agruparon de acuerdo a los nueve factores obtenidos por Guerra (1996), para saber en que áreas de su conducta asertiva, hombres y mujeres, presentaban diferencias; los resultados fueron los siguientes:

- a) En los reactivos: 2 (*Halagar a un amigo*) y 22 (*Decirle a alguien que le cae muy bien*), la frecuencia de respuesta de las mujeres se centró en la opción: 1 (nada), mientras que la de los hombres lo hizo en las opciones: 2 (un poco) y 3 (regular), por lo cual se puede decir, de manera general, que las mujeres experimentan menor incomodidad ante situaciones que tienen relación con los factores: **hacer halagos y expresión de sentimientos positivos.**
- b) En los reactivos: 10 (*Aceptar que no sabe sobre algún tema*), 19 (*Admitir confusión acerca de un punto en discusión y solicitar aclaración*) y 21 (*Preguntar si usted ha ofendido a alguien*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en las opciones: 1 (nada) y 2 (un poco), mientras que la de las mujeres se distribuyó entre las opciones: 3 (regular), 4 (mucho) y 5 (demasiado), lo que indica que los hombres experimentan menor incomodidad ante el factor: **reconocer limitaciones personales.**
- c) En los reactivos 17 (*Solicitar una reunión o cita*) y 18 (*Insistir al pedir una reunión o cita que le negaron la primera vez que la solicitó*), la frecuencia de respuesta de los hombres se repartió a lo largo de las opciones: 1 (nada), 2 (un poco) y 3 (regular), mientras que la de las mujeres se centró en las opciones: 4 (mucho) y 5 (demasiado), esto quiere decir que los hombres experimentan menor incomodidad ante el factor de: **iniciar contactos sociales.**
- d) En el reactivo 23 (*Reclamar un servicio por el cual usted ha esperado sin ser atendido, por ejemplo, en un restaurante*), la frecuencia de respuesta de las mujeres se centró en la opción: 1 (nada), mientras la de los hombres lo hizo en las opciones: 2 (un poco) y 3 (regular), lo cual

nos indica que las mujeres experimentan menor incomodidad ante el factor: **defensa de derechos en situaciones comerciales**.

- e) En los reactivos 9 (*Pedir un aumento de sueldo*) y 36 (*Solicitar la devolución de cosas prestadas*), la frecuencia de respuesta de los hombres se disgregó entre las opciones: 1 (nada), 2 (un poco) y 3 (regular), mientras la de las mujeres lo hizo en las opciones: 3 (regular), 4 (mucho) y 5 (demasiado), lo que señala que los hombres experimentan menor incomodidad en el factor: **hacer peticiones**.
- f) En el reactivo 34 (*Resistir la presión de alguien que quiere hacerlo enojar*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en la opción: 1 (nada), mientras que la de las mujeres lo hizo en la opción: 5 (demasiado), lo cual apunta que las mujeres sienten mayor incomodidad en el factor: **resistir la presión de otros**.
- g) En el reactivo 29 (*Aceptar una cita romántica*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en la opción: 1 (nada), mientras que la de las mujeres lo hizo en las opciones: 3 (regular) y 4 (mucho). Este ítem presenta una particularidad, según el análisis factorial realizado por Guerra, pertenece al factor: **expresión de sentimientos positivos**, sin embargo el contenido del mismo no es congruente con dicho factor.

Análisis por reactivo para la subescala de Probabilidad de Respuesta (PR)

Al igual que con la subescala de GI, se intentó establecer si existían diferencias entre hombre y mujeres al contestar la subescala de PR, para ello se utilizó el mismo procedimiento estadístico. De acuerdo con los resultados arrojados por el análisis, se presentaron diferencias significativas en los reactivos que aparecen en el cuadro 7.

Las diferencias también se interpretaron con base en las frecuencias registradas en las opciones de repuesta para PR (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).

Cuadro 7. Reactivos que presentaron diferencias para PR en la variable sexo.

No. de Reactivo	Valor de U	Significancia
2	104727.0	.0000
3	112559.5	.0045
5	115585.5	.0318
6	109133.0	.0003
7	115773.0	.0369
8	112811.5	.0053
9	100142.0	.0000
10	112945.0	.0057
11	106752.5	.0000
12	113622.0	.0100
13	116224.0	.0456
14	114931.0	.0223
17	91982.0	.0000
18	103767.0	.0000
19	113305.5	.0068
21	115468.5	.0294
22	110486.0	.0003
27	83813.0	.0000
28	116122.5	.0399
29	91776.5	.0000
31	107746.5	.0000
32	113040.5	.0050
33	113277.5	.0076
34	115976.0	.0418
35	112156.0	.0033
36	115908.0	.0390

Al igual que en GI, los reactivos se agruparon de acuerdo a los nueve factores obtenidos por Guerra (1996) y los resultados se dieron de la siguiente manera:

- a) En los reactivos 2 (*Halagar a un amigo*) y el 22 (*Decirle a alguien que le cae muy bien*), la frecuencia de respuesta de las mujeres se centró en la opción: 1 (siempre lo haría), mientras la de los hombres se repartió entre las opciones restantes: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces), 4 (rara vez lo haría) y 5 (nunca lo haría). Lo cual señala que las mujeres presentan una mayor probabilidad de respuesta en el factor: **expresar sentimientos positivos**.
- b) En los reactivos 3 (*Pedir un favor a alguien*), 9 (*Pedir un aumento de sueldo*), 17 (*Solicitar una reunión o cita*), 18 (*Insistir al pedir una reunión o cita que le negaron la primera vez que la solicitó*) y 36 (*Solicitar la devolución de cosas prestadas*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en las opciones: 1 (siempre lo haría) y 2 (usualmente lo haría), mientras que la de las mujeres se distribuyó entre las opciones: 3 (lo haría la mitad de las veces), 4 (rara vez lo haría) y 5 (nunca lo haría). Lo anterior indica que los hombres tienen una mayor probabilidad de respuesta en el factor: **hacer peticiones**.
- c) En los reactivos 33 (*Renunciar a su trabajo*) y 35 (*Discutir abiertamente con una persona que critica su trabajo*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en la opción: 1 (siempre lo haría), mientras que la de las mujeres se repartió a lo largo de las opciones: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces) y 4 (rara vez lo haría). Esta tendencia permite observar que los hombres presentan

mayor probabilidad de respuesta en el factor: **conductas de confrontación y defensa de opiniones.**

- d) En los reactivos 8 (*Decirle a una persona, con quien está íntimamente relacionado(a), que a usted le molesta algo que dice o hace*), 28 (*Decirle a una persona que usted siente que ha hecho algo injusto para usted*) y 32 (*Decirle a una persona importante para usted, cuando le hace un reclamo injusto, que no tiene razón*), la frecuencia de respuesta de las mujeres se centró en la opción: 1 (siempre lo haría), mientras que la de los hombres se distribuyó entre las opciones restantes: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces), 4 (rara vez lo haría) y 5 (nunca lo haría). Esto indica que las mujeres presentan una mayor probabilidad de respuesta en el factor: **manifestar molestia, enfado o desacuerdo.**
- e) En los reactivos 13 (*Cortar la plática con un amigo que habla mucho*) y 32 (*Decirle a una persona importante para usted, cuando le hace un reclamo injusto, que no tiene razón*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en las opciones: 1 (siempre lo haría) y 2 (usualmente lo haría), mientras que la de las mujeres se distribuyó a lo largo de las opciones: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces) y 4 (rara vez lo haría). Esto indica que los hombres presentan mayor probabilidad de respuesta en los factores: **interacción con personas cercanas y afrontar situaciones molestas.**

En los reactivos que a continuación se analizan, las diferencias encontradas no indican una tendencia clara con respecto a los factores que se han venido manejando, estos resultados se atribuyen a la posibilidad de que la elección de las

respuestas dependa más del contenido específico del propio reactivo que de la clase de conductas a las que dicho ítem hace referencia.

En los reactivos que forman el factor: **reconocer limitaciones personales**, los resultados se presentaron de la siguiente manera:

- En los reactivos 5 (*Pedir una disculpa*), 10 (*Aceptar que no sabe sobre algún tema*), 14 (*Pedir una crítica constructiva*) y 21 (*Preguntar si usted ha ofendido a alguien*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en las opciones extremas de la escala: 1 (siempre lo haría) y 5 (nunca lo haría), mientras que la de las mujeres se repartió entre las opciones intermedias: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces) y 4 (rara vez lo haría).
- En el reactivo 7 (*Admitir que tiene miedo y pedir comprensión*), la frecuencia de respuesta de las mujeres se centró en la opción: 1 (siempre lo haría), mientras que la de los hombres repartió a lo largo de las cuatro opciones restantes: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces, 4 (rara vez lo haría) y 5 (nunca lo haría).
- En el reactivo 19 (*Admitir confusión acerca de un punto en discusión y solicitar aclaración*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en la opción: 1 (siempre lo haría), mientras que la de las mujeres lo hizo en las opciones: 3 (lo haría la mitad de las veces) y 4 (rara vez lo haría).

En lo referente a los reactivos que forman el factor: **rechazar peticiones**, los resultados fueron los siguientes:

- En el reactivo 6 (*Rechazar la petición de alguien para tener una reunión o cita*), la frecuencia de respuesta de las mujeres se centró en la opción: 2 (usualmente lo haría), mientras que la de los hombres lo hizo en las opciones: 4 (rara vez lo haría) y 5 (nunca lo haría).
- En el reactivo 11 (*Negarse a prestar dinero*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en las opciones: 1 (siempre lo haría) y 2 (usualmente lo haría), mientras que la de las mujeres lo hizo en las opciones: 4 (rara vez lo haría) y 5 (nunca lo haría).

Los reactivos del factor de **resistir la presión de otros**, obtuvieron los siguientes resultados:

- En el reactivo 27 (*Resistir proposiciones sexuales cuando usted no está interesado[a]*), la frecuencia de respuesta de las mujeres se centró en las opciones extremas de la escala: 1 (siempre lo haría) y 5 (nunca lo haría), mientras que la de los hombres se distribuyó a lo largo de las opciones: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces) y 4 (rara vez lo haría).
- En el reactivo 31 (*Resistir la presión de alguien que insiste en que usted tome bebidas alcohólicas*), la frecuencia de respuesta de las mujeres se centró en la opción: 1 (siempre lo haría), mientras que la de los hombres se repartió entre las opciones: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces) y 4 (rara vez lo haría).
- En el reactivo 34 (*Resistir la presión de alguien que quiere hacerlo enojar*), la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en la opción: 1 (siempre lo haría), mientras que la de las mujeres se distribuyó

a lo largo de las opciones: 2 (usualmente lo haría), 3 (lo haría la mitad de las veces) y 4 (rara vez lo haría).

Existen dos reactivos en particular cuyo contenido no es congruente con los factores a que pertenecen. El primero de ellos es el ítem 12 (*Hacer preguntas personales*) que forma parte de los factores: **conductas de confrontación y defensa de opiniones, expresión de sentimientos positivos y rechazar peticiones**, aquí la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en las opciones: 1 (siempre lo haría) y 2 (usualmente lo haría), mientras que la de las mujeres lo hizo en la opción: 4 (rara vez lo haría).

El segundo es el reactivo 29 (*Aceptar una cita romántica*), el cual según Guerra pertenece al factor **expresión de sentimientos positivos**, aquí la frecuencia de respuesta de los hombres se centró en las opciones: 1 (siempre lo haría) y 2 (usualmente lo haría), mientras que la de las mujeres se repartió entre las opciones restantes: 3 (lo haría la mitad de las veces), 4 (rara vez lo haría) y 5 (nunca lo haría).

Finalmente vale la pena destacar los reactivos que, al parecer, provocan un mayor grado de incomodidad entre los miembros de la muestra total:

4. Resistir la insistencia de un vendedor

15. Iniciar una conversación con un extraño

18. Insistir al pedir una reunión o cita que le negaron la primera vez que la solicitó

34. Resistir la presión de alguien que quiere hacerlo enojar

36. Solicitar la devolución de cosas prestadas

Así como aquellos que poseen una menor probabilidad de respuesta:

- 6.Rechazar la petición de alguien para tener una reunión o cita*
- 7.Admitir que tiene miedo y pedir comprensión*
- 11.Negarse a prestar dinero*
- 12.Hacer preguntas personales*
- 15.Iniciar una conversación con un extraño*
- 18.Insistir al pedir una reunión o cita que le negaron la primera vez que la solicitó*
- 33.Renunciar a su trabajo*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dada la representatividad de la muestra, los resultados obtenidos en esta investigación proporcionan una idea aproximada de la forma en cómo se distribuyen los casos de asertividad e inasertividad dentro de la población estudiantil de Ciudad Universitaria.

La prevalencia registrada para los casos de inasertividad es del 30%, es decir que tres de cada diez estudiantes presentan un déficit significativo en su conducta asertiva, este resultado confirma la hipótesis alterna número uno, que supone la existencia de casos de inasertividad dentro de la población elegida.

Si bien el valor encontrado constituye un índice básico de las dimensiones que dicho déficit conductual guarda con relación al número total de estudiantes, aún no se cuenta con un parámetro que permita establecer si el porcentaje de inasertividad estimado se mantiene dentro de un rango de normalidad estadística o, por el contrario, la frecuencia de conducta inasertiva en la población es elevada.

En caso de que se tomaran como referencia los parámetros epidemiológicos establecidos en la investigación médica para estimar si la prevalencia detectada es significativa, se podría afirmar categóricamente que la conducta inasertiva representa un importante problema de salud comunitaria. Sin embargo esta interpretación debe ser vista con reserva, debido a que la naturaleza de los trastornos psicológicos no puede equipararse con la clase de patologías que tradicionalmente se manejan en los estudios realizados por la Medicina (sida, cáncer, esquizofrenia, etcétera). Las formas de adquisición, propagación y evolución de los desórdenes conductuales son distintas al desarrollo que presentan los brotes epidémicos de enfermedades biológicas. Por otra parte sería igualmente erróneo menoscabar el resultado obtenido ya que debido a la carencia de

información previa, se desconoce si el índice de inasertividad registrado en la población se mantiene estable, presenta una tendencia ascendente o descendente.

Vale la pena señalar que los casos de inasertividad que se registraron en la población muestran diferencias en cuanto a su distribución a lo largo de los diagnósticos diferenciales (inasertivo, indiferente, actor ansioso, promedio inferior). Esta información puede ser de gran utilidad en el diseño de programas de entrenamiento asertivo que coadyuven a mejorar el desempeño de los sujetos inasertivos, específicamente en las áreas en que estos presentan problemas. Por ejemplo:

- El 8% de la población cae dentro de la categoría de inasertivo. Las personas que se encuentran dentro de este diagnóstico exhiben un alto grado de incomodidad y una baja probabilidad de respuesta asertiva cuando se ven involucrados en algún tipo de interacción social. En este caso los programas de entrenamiento asertivo deben tratar con igual cuidado tanto el aspecto emocional, como el conductual.
- El 1% de la población se encuentra en el diagnóstico de indiferente. Estos sujetos al parecer, no experimentan mucha incomodidad ante las interacciones sociales, sin embargo su probabilidad de llevar a cabo una conducta asertiva es muy baja. Los programas de entrenamiento para estas personas deben poner especial énfasis en la enseñanza de conductas asertivas, más que en las técnicas de control de ansiedad.
- El 4% de la población entra en el diagnóstico de actor ansioso. Estas personas presentan un alto grado de incomodidad ante las interacciones sociales, no obstante su probabilidad de generar conductas asertivas es también alta. En estos casos los programas de entrenamiento asertivo deben dirigir sus esfuerzos principalmente a proporcionar técnicas de control de ansiedad.

- El 17% de la población cae en el diagnóstico de promedio inferior. Estos sujetos tienen un nivel de asertividad que se encuentra ligeramente por debajo de lo “normal”, ya que experimentan un alto grado de incomodidad pero su probabilidad de respuesta entra dentro del promedio estadístico o bien experimentan un grado de incomodidad moderado, mientras que su probabilidad de respuesta es significativamente baja. Al igual que en las categorías anteriores, los programas de entrenamientos asertivo para estas personas deben adaptarse de acuerdo con las áreas donde se presenta el problema.

El análisis estadístico realizado para comparar los niveles de asertividad entre sexos o géneros, confirmó la hipótesis nula número dos, la cual supone la inexistencia de diferencias significativas entre la conducta asertiva de hombres y mujeres. Sin embargo autores como Hollansworth y Wall (1977) afirman que hombres y mujeres difieren significativamente en algunas dimensiones específicas de su conducta asertiva. Por ejemplo, los hombres parecen conducirse más asertivamente en las relaciones con jefes y supervisores, se muestran más abiertos para expresar sus opiniones, además de que están más dispuestos a iniciar contactos sociales con el sexo opuesto. Las mujeres por su parte, se muestran más asertivas en la expresión de sentimientos de amor, afecto y cumplidos. Igualmente, Mathison y Tucker (1982) aseguran que ambos sexos difieren significativamente en áreas particulares de su conducta asertiva. Los hombres tienden a ser más asertivos en escenarios públicos, mientras que las mujeres se conducen más asertivamente en situaciones de interacción íntima. Los hombres reportan mayor probabilidad que las mujeres, de increpar a una persona de alto estatus en público. Asimismo los hombres muestran una tendencia mayor a

rechazar citas por timidez, al tiempo que las mujeres manifiestan más temor a enfrascarse en una confrontación.

Tomando en consideración las investigaciones anteriores se decidió llevar a cabo un análisis por reactivo, para identificar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en dimensiones específicas de la asertividad, encontrándose lo siguiente:

- De manera general, las mujeres parecen conducirse más asertivamente que los hombres en situaciones relacionadas con **expresar sentimientos positivos, hacer halagos, defender sus derechos en situaciones comerciales y manifestar molestia, enfado o desacuerdo**. Mientras que los hombres son más asertivos que las mujeres para **reconocer limitaciones personales, iniciar contactos sociales, hacer peticiones, resistir la presión de otros, defender opiniones, afrontar situaciones molestas y emitir conductas de confrontación**. Algunos de los resultados anteriores son consistentes con los hallazgos realizados por Hollandsworth y Wall (1977) y Mathinson y Tucker (1982).

En los casos particulares que a continuación se presentan, las diferencias registradas entre hombres y mujeres en cada reactivo no exhiben una tendencia clara con relación a los factores propuestos por Guerra (1996), por ello la interpretación de los mismos se maneja de manera independiente:

- Las mujeres son más asertivas para *admitir que tienen miedo y pedir comprensión, rechazar la petición de alguien para tener una reunión o cita y resistir la presión de alguien que insiste en que tome bebidas alcohólicas*.

- Los hombres son más asertivos al *negarse a prestar dinero, hacer preguntas personales, y aceptar una cita romántica.*
- En el caso particular del reactivo 27 (*resistir proposiciones sexuales cuando usted no está interesado[a]*), se considera que la redacción del mismo provocó confusión entre los sujetos, ya que en reiteradas ocasiones se acercaron a los aplicadores para indicarles que no entendían a que se refería la pregunta. Así, en este reactivo las mujeres eligieron los extremos de la escala de respuesta, esto es que un porcentaje considerable de ellas presentó una alta probabilidad respuesta asertiva (siempre lo haría), mientras que las restantes exhibieron una baja probabilidad de respuesta asertiva (nunca lo haría), es por ello que es necesaria la revisión de dicho reactivo.

Se cree que la disparidad en las tendencias registradas en estos factores está directamente relacionada con el contenido contextual de los reactivos; es decir, que la probabilidad de respuesta asertiva en estos factores depende en mayor grado del contexto social y cultural, así como de los determinantes situacionales.

El análisis de la distribución y comparación por diagnósticos entre las diferentes facultades, confirmó la hipótesis nula número tres, la cual señala que no existen diferencias significativas en el nivel de asertividad entre las poblaciones de las diferentes Facultades de Ciudad Universitaria. Sin embargo, de acuerdo a las frecuencias obtenidas se encontraron diferencias mínimas en algunos diagnósticos. Las diferencias más notorias se presentaron en el diagnóstico promedio entre Odontología quienes obtuvieron el porcentaje más bajo, y Veterinaria y Trabajo Social que obtuvieron los porcentajes más altos. En el diagnóstico promedio inferior, Ciencias Políticas registró el porcentaje más bajo, mientras que Contaduría y Odontología marcaron los porcentajes más altos.

REFERENCIAS

- Epstein
Abramson, J. H. (1984). *Métodos de Estudio en Medicina Comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- Fernández
Aguilar Kubli, E. (1987). *Asertividad: sé tú mismo sin sentirte culpable*. México: Pax.
- Beaglehole, R., Bonita, R. y Kjellström, T. (1993). *Epidemiología Básica*. México: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- Flores
Blanco Abarca, A. (1983). Evaluación de las habilidades sociales. En Fernández Ballesteros, R. y Carroble, J. A. I. (Comp.). *Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones*. (pp. 567-606). Madrid: Pirámide.
- Frank
Breidenbach, W. E. (1977). The effect of assertive training on the adolescent self concept. *Dissertation Abstracts International*, 38A, 4671-4672.
- 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, 1995.
- Galass
Castanyer, O. (1996). *La Asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1997.
- Gamb
Culkin, J. & Perroto, R. (1985). Assertiveness factors and depression in a sample of college women. *Psychological Reports*, 57, 1015-1020.
- Gay, M
Delamater, R. J. & McNamara, J. R. (1986). The social impact of assertiveness. *Behavior Modification*, 10 (2), 139-158.
- Goldb
DelGreco, L. (1983). The DelGreco assertive behavior inventory. *Journal of Behavioral Assessment*, 5 (1), 49-63.
- Goldf
Eisler, R., Hersen, M., Miller, P. & Blanchard, E. (1975). Situational determinants of assertive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (3), 330-340.
- Gome
Emmelkamp, P. M. G., Hout, A. van der & Vries, K. de. (1983). Assertive training for agoraphobics. *Behavior, Research and Therapy*, 21 (1), 63-68.
- Green

- Guerra Ramos, M. T. (1996). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrell y Richey. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Heimberg, R.G., Montgomery, D., Madsen, C.H. & Heimberg, J.S. (1977). Assertion training: a review of the literature. *Behavior Therapy*, 8, 953-974.
- Hidalgo, C. G. y Abarca, N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22 (2), 265-282.
- Higashida, B.Y. (1983). *Ciencias de la Salud*. México: McGraw-Hill.
- Hollandsworth, J.G. & Wall, K. E. (1977). Sex differences in assertive behavior: an empirical investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 24 (3), 217-222.
- Hull, D.B. & Schroeder, H. E. (1979). Some interpersonal effects of assertion, nonassertion and aggression. *Behavior Therapy*, 10, 20-28.
- Jakubowski, P. & Lange, A. J. (1978). *The Assertive Option: your rights & responsibilities*. Illinois: Research Press Company.
- Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta: fundamentos experimentales de la investigación actual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Kelly, J. A., Kern, J.M., Kirkley, B.G. & Patterson J. N. (1980). Reactions to assertive versus unassertive behavior: differential effects for males and females and implications for assertiveness training. *Behavior Therapy*, 11, 670-682.
- Kern, J. M. & Paquette, R. J. (1992). Reactions to assertion in "controlled" naturalistic relationships. *Behavior Modification*, 16 (3), 372-386.
- Lazarus, A. A. (1973). On assertive behavior: a brief note. *Behavior Therapy*, 4 (8), 697-699.
- Levin, R. B. & Gross, A. M. (1984). Reactions to assertive versus nonassertive behavior. *Behavior Modification*, 8 (4), 581-592.

- Lorr, M. & More, W.W. (1980). Four dimensions of assertiveness. *Multivariate Behavioral Research*, 15, 127-138.
- Lorr, M., More, W.W. & Mansueto, C.S. (1981) The structure of assertiveness: a confirmatory study. *Behavior, Research and Therapy*, 19, 153-156.
- Mashall, P. G., Keltner, A.A. & Marshall, W. L. (1981) Anxiety reduction, assertive training, and enactment of consequences. *Behavior Modification*, 5 (1), 85-102.
- Mathinson, D.L. & Tucker, R. K. (1982). Sex differences in assertive behavior: a research extension. *Psychological Reports*, 51, 943-948.
- Mathieu, M., Wright, J. y Valiquette, C. (1977). Asertividad y habilidades sociales. En Bouchard, M., Granger, L. y Ladouceur, R. (Comp.). *Principios y Aplicaciones de las Terapias de la Conducta*. (pp. 169-202). Madrid: Debate, 1981.
- McFall, R. & Lillesand, D. (1971). Behavioral rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 313-323.
- Mehrabian, A. & Ferris, S.R. (1967). Interference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31 (8), 248-252.
- Morrison, R.L. & Bellack, A.S. (1981). The role of social perception in social skill. *Behavior Therapy*, 12, 69-79.
- Pachman, J. & Foy, D. (1978). A correlational investigation of anxiety, self-esteem and depression: new findings with behavioral measures of assertiveness. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*, 9, 97-101.
- Rathus, S. A. (1972). An experimental investigation of assertive training in a group setting. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 81-86.
- Rathus, S. A.(1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.

- Rees, S. & Graham, R. S. (1991). *Assertion Training: how to be who you really are*. London: Routledge.
- Rich, A.R. & Schroeder, H.E., (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83 (6), 1081-1096.
- Rimm, D. C. y Masters, J. C. (1974). *Terapia de la Conducta: técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas, 1980.
- Rimm, D. C., Snyder, J. J., Depue, R. A., Haanstad, M. J. & Armstrong, D. P. (1976). Assertive training versus rehearsal, and the importance of making an assertive response. *Behavior Research and Therapy*, 14, 315-321.
- San Martín, H. (1964). *Salud y Enfermedad*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1981.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1984). *Salud Comunitaria: teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos, 1988.
- Sánchez Sosa, J. J. (1996). El enfoque conductual en la investigación epidemiológica. En Sánchez Sosa, J. J., Carpio Ramírez, C. Díaz González, E. (Comp.). *Aplicaciones del Conocimiento Psicológico*. (pp. 27-38). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, V. O., Lewinsohn, P. M. & Larson, D. W. (1980). Assertion training: effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36 (2), 526-529.
- Serber, M. (1970). Shame aversion therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1 (13), 213-215.
- Smith, M.J. (1975). *Cuando Digo No, Me Siento Culpable*. México: Grijalbo, 1983.
- St. Lawrence, J. S. (1982). Validation of a component model of social skill with outpatient adults. *Journal of Behavioral Assessment*, 4 (1), 15-26.
- Tanner, V.L. & Holliman, W.B. (1988). Effectiveness of assertiveness training in modifying aggressive behaviors of young children. *Psychological Reports*, 62, 39-46.

- Terris, M. (1980). *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. México: Siglo veintiuno, 1987.
- UNAM (1997). *Agenda Estadística UNAM 1997*. <http://www.unam.mx/acerca/index.html>
- Vega Franco, L. y García Manzanedo, H. (1976). *Bases Esenciales de la Salud Pública*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1987.
- Wills, T.A., Baker, E. & Botvin, G.J. (1989). Dimensions of assertiveness: differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, (4), 473-478.
- Wolpe, J.(1958). *Psicoterapia por Inhibición Recíproca*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1978.
- Wolpe, J. (1969). *Práctica de la Terapia de la Conducta*. México: Trillas, 1977.
- Yaroshevsky, M.G. (1979). *La Psicología en el Siglo XX*. México: Grijalbo.
- Yesmont, G. A. (1992). The relationship of assertiveness to college students' safer sex behaviors. *Adolescence*, 27 (106), 253-272.