

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**ASERTIVIDAD Y AGRESIVIDAD EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA Y
MEDICINA HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD PARTICULAR EN LIMA
APLICANDO EL INVENTARIO DE BAKKER ADAPTADO**

TESIS

Para optar el título de:

LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

Presentada por los Bachilleres:

Paolo Donato Olivari Solís Rosas

Carmen Clelia Pezzia Wong

Lima - Perú

2018

Resumen

La presente investigación planteó identificar las diferencias entre los niveles de asertividad y agresividad que presentan los estudiantes de la Universidad Ricardo Palma considerando las carreras, el ciclo cursado y los géneros. Además, se validó y se construyeron los baremos del inventario de asertividad y agresividad de Bakker para los fines de esta investigación.

El estudio tiene como base teórica los conceptos propuestos por Bakker, C., Bakker-Rabdau, M. & Breit, S. (1978), que considera a la asertividad como un comportamiento que surge ante una conducta agresiva y que lleva al individuo a defender y, por consiguiente, conservar su territorio, privilegios y estatus; en tanto que la agresividad es planteada como un comportamiento cuya finalidad principal no es hacer daño sino expandir el dominio para procurar incrementar el territorio, privilegios y estatus. Así mismo, se consideró la teoría del aprendizaje social de Bandura (1973), la cual plantea que las conductas son aprendidas y moldeadas por el medio que rodea al sujeto.

Bajo estas teorías, el presente estudio cuantitativo no experimental, de tipo descriptivo-comparativo, tomó como sujetos de estudio a 320 alumnos de las carreras de Psicología y Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma (URP), utilizando como instrumento de investigación el inventario de asertividad y agresividad de Bakker.

Los resultados demuestran diferencias poco significativas en las ocho comparaciones, teniendo en cuenta las variables de estudio antes mencionadas.

Términos clave: Asertividad, agresividad, Psicología, Medicina Humana, aprendizaje social.

Abstract

This research was aimed at identifying the differences between assertiveness levels and aggressiveness levels on students of the Ricardo Palma University (Lima – Peru), taking into account the following variables: Career, semester and gender. Furthermore, The Bakker Assertiveness-Aggressiveness Inventory was validated, and a scale (conversion table) was added for this research's purpose.

Our research has as theoretical basis the concepts suggested by Bakker, C., Bakker – Rabdau, M. & Breit, S. (1978); they considered “assertiveness” as a behavior that emerges in the presence of an aggressive behavior, and it helps the individual to defend and preserve his own territory, privileges and status. Aggressiveness, on the other hand, is considered as a behavior which purpose is not to cause harm, but to expand control and to increase territory, privileges and status. Likewise, this research considered Bandura's (1973) social learning theory, which suggests that behavior is learned and shaped by the environment which surrounds the individual.

According to these theories, this is a quantitative, non-experimental, descriptive-comparative research. It used 320 students, from the Psychology and Medicine, as test subjects, using the Bakker Assertiveness and Aggressiveness Inventory as instrument for the investigation.

The results shows that there were no statistically significant differences in all eight comparisons, taking into account the variables before mentioned.

Key Words: Assertiveness, Aggressiveness, Psychology, Medicine, Social Learning.



Título de la Investigación:

ASERTIVIDAD Y AGRESIVIDAD EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA Y
MEDICINA HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD PARTICULAR EN LIMA
APLICANDO EL INVENTARIO DE BAKKER ADAPTADO

Autores:

Bachiller Paolo Donato Olivari Solís Rosas

Bachiller Carmen Clelia Pezzia Wong

Asesor:

Mg. Carlos Reyes Romero

Lima – Perú

2018

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera muy especial a nuestro asesor de tesis, Mg. Carlos Reyes Romero, por su ayuda y valiosas recomendaciones.

A nuestro profesor y mentor, Dr. William Torres Acuña, por toda la ayuda en temas estadísticos, sus deferencias e infinita paciencia.

Agradecemos igualmente al Dr. Alberto Córdova Cadillo y a la profesora Lic. Talía Tauro Uriarte por la revisión de la tesis y sus muy valorados alcances.

Y agradecemos por el apoyo moral y atinados consejos al Lic. Víctor Guevara.

PRÓLOGO

Los profesionales dedicados al sector de la salud deberían tener como objetivo primordial el bienestar físico y mental de sus pacientes. Cuando contrastamos tal ideal con la realidad, se comprueba que no siempre ocurre. Se dan casos en los cuales los profesionales abusan de su poder dentro de la consulta; o, por el contrario, hay profesionales que permiten conductas no aceptables por parte de sus pacientes por razones, esencialmente, comerciales.

Tales situaciones motivaron nuestra investigación. Lo referido en el párrafo anterior puede ser analizado desde distintas ópticas. Nosotros elegimos usar los planteamientos de Bakker sobre asertividad y agresividad ya que permiten describir en forma más ajustada las relaciones que se dan entre el profesional de la salud y el paciente.

Además, centramos este análisis en los estudiantes universitarios para vislumbrar cuál será la tendencia dominante, si la asertividad o la agresividad, en la conducta de los futuros profesionales.

La realización de este trabajo nos permitió comprobar que, si bien existe una apreciable cantidad de estudios sobre la agresividad, en sus diferentes matices, y un menor número de ellos sobre la asertividad, no se cuenta con investigaciones que aborden el tema desde la perspectiva propuesta por Bakker, es decir, una agresividad no-destructiva sino más bien la que sirve de "instrumento", y una asertividad relacionada con la preservación, la defensa de los espacios y privilegios.

Describimos, en consecuencia, las tendencias en la conducta de los estudiantes respecto a la agresividad no-destructiva y/o conductas defensivas, que se identifican con la asertividad, que, en estudios posteriores, deberían servir para comprender mejor un patrón de conducta que mejore la relación entre el profesional de la salud y las personas que atienden.

ÍNDICE

PRÓLOGO

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. Formulación del problema.....	16
2. Objetivos.....	16
2.1. Generales.....	16
2.2. Específicos.....	16
3. Importancia y justificación del estudio.....	17
4. Limitaciones del estudio.....	18

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

1. Investigaciones relacionadas con el tema.....	18
2. Bases teórico-científicas.....	20
2.1. Sobre la agresividad.....	21
2.1.1. La indefinición terminológica.....	21
2.1.2. Distintos tipos de agresión.....	22
2.2. Teorías sobre la agresividad.....	23
2.2.1. Teoría de los instintivistas antiguos.....	23
2.2.2. Teoría de la agresión de Sigmund Freud.....	23
2.2.3. Teoría etológica de la agresión de Konrad Lorenz.....	24
2.2.4. Teoría conductista.....	24
2.2.5. Teoría de la agresión y frustración.....	25
2.2.6. Teoría psicofisiológica de la agresión.....	26
2.2.7. Teoría bioquímica o genética.....	27
2.2.8. Teoría social del aprendizaje.....	27
2.2.9. Agresividad según Bakker y colaboradores.....	29
2.3. Sobre la asertividad.....	31
2.3.1. Planteamientos clásicos sobre la asertividad.....	31
2.3.2. Asertividad según Bakker y colaboradores.....	39
2.3.3. Causas de la no asertividad.....	41
2.3.4. La asertividad y sus características.....	42
2.3.5. Manifestaciones de la asertividad.....	45
2.3.5.1. Asertividad no verbal.....	45
2.3.5.2. Asertividad verbal.....	45
2.3.6. Tipos de asertividad.....	46
2.4. Sobre el rol de la formación académica.....	46

2.4.1. Interacciones del profesional de la salud en la consulta.....	49
2.5. Sobre la Formación Profesional de los estudiantes de Medicina Humana y Psicología	
2.5.1. Profesional en Medicina Humana.....	50
2.5.2. Profesional en Psicología.....	50
2.5.3 El ejercicio profesional dentro y fuera del Perú.....	51
3. Definición de términos básicos.....	52
3.1. Agresividad.....	52
3.2. Asertividad.....	52
3.3. Carreras de la salud: Medicina Humana y Psicología.....	53
3.4. Aprendizaje social.....	53
CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	
1. Supuestos científicos básicos.....	54
2. Hipótesis.....	55
2.1. Hipótesis generales.....	55
2.2. Hipótesis específicas.....	56
3. Variables de estudio o áreas de análisis.....	56
CAPÍTULO IV. MÉTODO	
1. Diseño de investigación.....	57
2. Población de estudio.....	57
3. Muestra de investigación o participantes.....	57
4. Técnicas de instrumentos de recolección de datos.....	58
5. Procedimientos para la recolección de datos.....	62
6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	63
CAPÍTULO V. RESULTADOS OBTENIDOS	
1. Presentación y análisis de datos.....	64
2. Interpretación o discusión de resultados.....	74
CAPÍTULO VI. RESUMEN Y CONCLUSIONES	
1. Resumen del estudio.....	77
2. Conclusiones generales y específicas.....	78

3. Recomendaciones.....	79
-------------------------	----

REFERENCIAS.....	80
-------------------------	-----------

ANEXOS

1. Anexo A. Consentimiento informado.....	89
2. Anexo B. Cartas a los jueces.....	90
3. Anexo C. Inventario de Bakker et. al	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Definiciones de agresión.....	29
--	----

Tabla 2 Esquema de comportamiento en la comunicación interpersonal.....	37
--	----

Tabla 3 Definiciones de asertividad.....	39
---	----

Tabla 4 Representación de los tipos de conducta que se adoptan dentro de la comunicación interpersonal. Al centro se ubican las conductas asertivas (ideales) y a los extremos las pasivas y agresivas.....	43
--	----

Tabla 5 Lista de jueces.....	59
---------------------------------	----

Tabla 6 Ítems aprobados por los jueces para el índice de Lawshe.....	60
---	----

Tabla 7 Estadísticas de fiabilidad.....	62
--	----

Tabla 8 Comprobación de la curva de normalidad en puntajes de asertividad y agresividad en estudiantes de las carreras de medicina y psicología utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov.....	63
--	----

Tabla 9 Comparación del nivel de asertividad de los estudiantes según la carrera utilizando la prueba t para muestras independientes.....	64
--	----

Tabla 10 Comparación del nivel de agresividad de los estudiantes según la carrera utilizando la prueba t para muestras independientes.....	65
---	----

Tabla 11	
Comparación del nivel de asertividad de los estudiantes según su género utilizando la prueba t para muestras independientes.....	65
Tabla 12	
Comparación del nivel de agresividad de los estudiantes según su género utilizando la prueba t para muestras independientes.....	66
Tabla 13	
Comparación del nivel de agresividad de los estudiantes de medicina según el ciclo académico utilizando la prueba t para muestras independientes.....	67
Tabla 14	
Comparación del nivel de agresividad de los estudiantes de psicología según el ciclo académico utilizando la prueba t para muestras independientes.....	68
Tabla 15	
Comparación del nivel de asertividad de los estudiantes de medicina según el ciclo académico utilizando la prueba t para muestras independientes.....	69
Tabla 16	
Comparación del nivel de asertividad de los estudiantes de psicología según el ciclo académico utilizando la prueba t para muestras independientes.....	70
Tabla 17	
Puntajes Directos, Z y T.....	71
Tabla 18	
Baremos en Puntuación T de las 2 escalas del Inventario de asertividad y agresividad de Bakker en universitarios de Lima Metropolitana.....	72
Tabla 19	
Baremos en percentiles de las 2 escalas del Inventario de asertividad y agresividad de Bakker en universitarios de Lima Metropolitana.....	73
Tabla 20	
Niveles en percentiles del inventario AS-AG de Bakker.....	73
Tabla 21	
Niveles teóricos del inventario AS-AG de Bakker.....	73

CAPÍTULO I

Planteamiento del estudio

La presente investigación tiene como finalidad determinar los niveles de asertividad y agresividad en los estudiantes de dos carreras de la salud en una universidad privada de Lima. Para ello, usaremos la conceptualización propuesta en The Bakker Assertiveness-Aggressiveness Inventory, publicada en 1978, que considera a la asertividad como un comportamiento que surge ante una conducta agresiva y que lleva al individuo a defender y, por consiguiente, conservar su territorio, privilegios y estatus; en tanto que la agresividad es planteada como un comportamiento cuya finalidad principal no es hacer daño sino expandir el dominio para procurar incrementar el territorio, privilegios y estatus.

Si bien estos conceptos pueden identificarse con los de asertividad defensiva y expansiva (Meza, 1990), optamos por mantener la terminología de Bakker porque, para los objetivos del estudio, nos permite diferenciar los dos tipos de conducta con mayor claridad, considerando las especiales características de la relación existente entre un profesional de la salud y el paciente.

Campos (en Lara y Mateos, 1994) usa la perspectiva sociocultural e ideológica para cuestionar la tendencia a presentar la relación médico-paciente como un vínculo de igualdad y mutua entrega, en la que prima lo amistoso, caritativo o el desinterés material. Advierte que, en realidad, la consulta médica institucional es un tiempo y lugar donde se actualiza permanentemente el conflicto inherente a la interacción social. Este estudio señala que hay una relación de poder entre el médico y el paciente, y el concepto de territorio, privilegio y estatus permite un mejor acercamiento a la relación entre el profesional de la salud y el paciente en nuestro contexto cultural.

Menéndez (1992) señala que se considera como reglas sociales aceptadas que un paciente esté subordinado al curador. Esta actitud se sustenta en la ideología inherente a la práctica profesional y al sistema concreto de relaciones. Esta estructura no es consciente. Es normal que al “enfermo” por su bien, se le interrogue, explore, alimente y se le hagan pruebas de laboratorio para el diagnóstico. Todo eso está reglamentado, y el paciente no ha tomado parte en ese proceso. En cualquier sociedad un hombre enfermo confía su cuerpo a un médico, aceptando que el profesional de la salud puede incrementar su sufrimiento en aras de su posterior bienestar.

Entre las distintas conexiones que se establecen entre los seres humanos, la relación profesional de la salud-paciente se distingue de las otras por el deseo de sobrevivir del enfermo, su posición inferior frente al profesional en la consulta, el ambiente en que se brinda el servicio, las interacciones interpersonales entre el que necesita ayuda y el que la brinda, y los factores culturales y las limitaciones que impone en los individuos.

Este planteamiento debe ser tomado en cuenta para nuestra sociedad, sobre todo porque el Perú ha experimentado procesos económicos y políticos signados por la violencia, la que ha afectado negativamente la concepción y práctica de la convivencia social en todos los estamentos de nuestra población (Ugarteche, 1998). Nuestra sociedad, en todos sus niveles y organizaciones, manifiesta una tendencia a actuar entre dos conductas polares: La pasividad y la agresividad. El terrorismo de las décadas de los ochenta y noventa, el incremento del accionar de la delincuencia, y los actos de corrupción política son algunas de las manifestaciones de tal propensión (Defensoría del Pueblo, 2009). Vivimos diariamente situaciones violentas basadas en la negación de los derechos a terceros, la aplicación prepotente del poder y la indiferencia hacia las víctimas. Por ello, en general, consideramos que los términos planteados por Bakker et al. (1978), al considerar territorio, privilegios y estatus, nos permite una descripción y comparación más ajustadas de las tendencias en la conducta de los estudiantes.

En tal sentido, debemos mencionar que los profesionales dedicados al cuidado de la salud física y mental gozan en nuestro país de un considerable poder discrecional (Mezones, Díaz, Castillo, Jerí, Benites y Márquez, ...Philips, 2016). La relación entre el profesional de la salud y el paciente es, en estricto sentido, una variante más de las múltiples relaciones sociales existentes. Esta relación tiene el añadido de que se le reconoce un substancial factor terapéutico, cuestión que actualmente está siendo cada vez más valorada (Gonzáles, 2003).

A esto, se añade que el sistema de salud en el Perú presenta graves problemas estructurales. Además de la dispersión institucional, los recursos humanos y de infraestructura con que cuenta el sector son insuficientes, originando restricciones en el acceso a los servicios (Banco Mundial, 2011).

Por ejemplo, Essalud atiende aproximadamente a 10.8 millones de asegurados y cuenta con 11,398 profesionales. De ese número, 10,883 realizaron actividad asistencial en los establecimientos de salud. Eso implica que hay 10.1 médicos por cada 10 mil asegurados. Según

Susalud (2016), la encuesta de satisfacción a nivel nacional realizada por la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), los pacientes inscritos a Essalud deben esperar en promedio 80 minutos para ser atendidos y 14 días para programarles una cita (Susalud, 2016).

Por otro lado, el Estado peruano optó por una política de salud enfocada en la construcción de hospitales psiquiátricos para atender a los pacientes crónicos. Se descuidó el objetivo de atender a toda la población y crear un sistema de prevención. En 2017, el Ministerio de Salud (Minsa) admite que solo cubre la atención del 45% de personas que sufren de algún trastorno mental. Hay un 55% que no está siendo atendido (Ministerio de Salud, 2016). Según el Colegio Médico del Perú, hay aproximadamente 750 psiquiatras para atender a 30 millones de peruanos.

Tal situación lleva a que la atención sea no solo deficiente, sino que la relación entre el profesional de la salud y el paciente se vuelva mecánica e impersonal. Los profesionales de la salud en el Perú, como parte de una sociedad con graves problemas sociales y económicos, manifiestan en su conducta profesional una actitud que no es la más óptima con respecto a los derechos y el trato digno que deben recibir los pacientes.

Un segmento de los profesionales dedicados al cuidado de la salud, al vivir inmersos en una sociedad como la nuestra, podría adoptar patrones de conducta despóticos hacia los pacientes; sobre todo, si se usa el modelo tradicional de la relación médico-paciente (Berro, 2009). Los estudiantes observan y aprenden de los médicos veteranos en sus prácticas profesionales, por lo que el modelo tradicional se ve reforzado.

En general, los modelos educativos aplicados en las universidades definen la función del docente como un transmisor de conocimientos, mientras que el alumno es una especie de receptáculo. Según Martiniano (2008), la formación médica muestra signos de agotamiento en sus paradigmas tradicionales, donde el saber teórico es lo más importante, seguido por la aplicación impersonal de las técnicas. En ningún momento se plantea la relación con el paciente.

Frente a la tendencia que deshumaniza la práctica médica, centrada en la eficiencia económica y la generación automática e impersonal de diagnósticos y tratamientos para las dolencias, como si se tratara de una línea de producción fabril, existe la necesidad de generar conciencia, con y a partir de los estudiantes, de que la comunicación basada en la asertividad y el trato respetuoso es parte integrante en el proceso para restablecer la salud (González, 2003). Un profesional de la salud debe suprimir la arrogancia para poder establecer una relación empática. De

esa manera, al inhibir el sentido de superioridad, sería capaz de establecer una comunicación amistosa con el paciente y sus familiares, logrando generar confianza y relajación (Márquez, 2014).

El reto, por tanto, es educar a los futuros profesionales de la salud usando una concepción integral para la salud. Así como el estudiante pasa por distintas fases en su formación, desde las clases en aulas hasta la práctica hospitalaria, el Perú ha experimentado cambios en sus sistemas de salud; pero, en opinión de Risco (2006) no ha habido cambios importantes en la educación médica. Hay una distancia entre la formación y las necesidades de los sistemas de atención de la salud y la población.

Por otro lado, en el Perú existen aproximadamente cuarenta y dos universidades, entre públicas y privadas de la que egresan psicólogos. La demanda por esta carrera ha aumentado en los últimos años. Hay más de 25 mil psicólogos colegiados.

Según Zanabria (2018), la mayoría de universidades solo han readaptado planes curriculares, sin cambios importantes, centrándose en los aspectos teórico-conceptuales y operativos, lo que impide un adecuado desarrollo profesional frente a los pacientes. Este problema se acentúa por la formación profesional a distancia. Módulos de lectura, informes y cuestionarios de exámenes son, desde cualquier punto de vista, insuficientes para la formación integral de un futuro psicólogo.

El decreto supremo 882, dado en el gobierno de Alberto Fujimori, favoreció la inversión privada en la educación. Su aplicación descontrolada incrementó el afán mercantil, el lucro como objetivo central de la universidad, además de la corrupción y drástica reducción de la calidad educativa, según señala Rivera (2016). Pero, en 1999 se creó la Comisión para la Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME), y se inició la introducción de indicadores de calidad para todas las facultades de Medicina. Pero, Risco (2006) advierte que todavía queda mucho camino por recorrer para conseguir importantes mejoras.

Para lograr tal propósito, también es necesario establecer una cuantificación confiable sobre los patrones de conducta existentes en los estudiantes para obtener una adecuada evaluación de su desempeño profesional. Los instrumentos de medición son una herramienta para obtener información y dan la posibilidad de plantear medidas preventivas o de intervención (Malo, 2008).

Por ello, centramos nuestro trabajo en lo más básico: una medición de la asertividad y agresividad considerando la defensa o adquisición de territorio, privilegio y estatus, en los futuros profesionales de la salud de una universidad privada, con la finalidad de conocer las tendencias según estas variables.

1. Formulación del problema

¿Cuáles son las variaciones en los índices de asertividad y agresividad propuestos en el inventario de Bakker et al. (1978) en un grupo de estudiantes de Psicología y Medicina Humana de una universidad particular de Lima?

2. Objetivos

2.1. General

- Conocer los niveles de asertividad en los estudiantes de la carrera de Psicología y los niveles de asertividad en los estudiantes de Medicina Humana.
- Conocer los niveles de agresividad en los estudiantes de la carrera de Psicología y los niveles de agresividad en los estudiantes de Medicina Humana.

2.2. Específicos

- Comparar los niveles de asertividad en los estudiantes de la carrera de Psicología con los niveles de asertividad en los estudiantes de Medicina Humana.
- Comparar los niveles de agresividad en los estudiantes de la carrera de Psicología con los niveles de agresividad en los estudiantes de Medicina Humana.
- Comparar los niveles de asertividad en los estudiantes de género femenino con los niveles de asertividad en los estudiantes de género masculino.
- Comparar los niveles de agresividad en los estudiantes de género femenino con los niveles de agresividad en los estudiantes de género masculino.

- Comparar los niveles de asertividad en los estudiantes de Medicina Humana considerando el ciclo académico.
- Comparar los niveles de asertividad en los estudiantes de Psicología considerando el ciclo académico.
- Comparar los niveles de agresividad en los estudiantes de Medicina considerando el ciclo académico.
- Comparar los niveles de agresividad en los estudiantes de Psicología considerando el ciclo académico.

3. Importancia y justificación del estudio

La revisión de la literatura existente sobre la asertividad y agresividad evidencia que existen pocas investigaciones que utilicen el enfoque planteado por Bakker; es más, su agresividad no destructiva es una propuesta que, a pesar de su potencial para describir aspectos muy precisos de la conducta humana, no ha sido usada en forma extensa.

Para el desarrollo profesional, en cualquier área, pero sobre todo en las que se basan en una mayor interacción social, e implican una capacidad importante de decisión sobre personas, la determinación de las características óptimas en la actuación profesional es esencial para establecer un modelo de conducta referencial y deseable. Esto es aún más importante en las carreras dedicadas al cuidado de la salud.

Además, este planteamiento implica necesariamente la realización de mediciones adecuadas, con instrumentos adaptados a los contextos a investigar, como un primer paso para determinar las características personales más óptimas en un profesional de la salud. Por lo cual el presente estudio se justifica en la necesidad de actualizar la validez y la confiabilidad del instrumento empleado, de igual modo la construcción de los baremos necesarios para el análisis de los resultados.

Asimismo como la revisión crítica de los conceptos usados en las instituciones formadoras de profesionales.

4. Limitaciones del estudio

Nuestro instrumento de medición (inventario de asertividad y agresividad de Bakker) no cuenta con baremos ni tablas de conversión. Por lo tanto, es necesario su verificación y actualización para una adecuada recopilación de datos y posterior análisis.

Al revisar otros inventarios, entre ellos, el de Rathus (1973) se encontraron limitaciones importantes. Para Heimberg y Harrison (1980) el inventario de asertividad de Rathus probablemente no delimite con claridad la conducta asertiva de la agresiva. Es por ello que, para fines de la presente investigación, se optó por el inventario de asertividad y agresividad de Bakker.

Nuestra muestra es intencional no probabilística. Hemos optado por un muestreo por conveniencia. Si bien no podemos generalizar los resultados con precisión estadística, consideramos que los criterios usados para la selección de la población encuestada permite una imagen orientativa sobre los niveles de asertividad y agresividad de los grupos estudiados. Una muestra más amplia, usando criterios estadísticos, que incluya más de una universidad, podría ofrecer más indicios sobre los niveles de asertividad y agresividad en el sistema universitario peruano.

CAPÍTULO II. Marco teórico/conceptual

1. Investigaciones relacionadas con el tema

Con respecto a la formación profesional, Del Prette, Del Prette y Mendes (1999) concluyeron que para aquellas profesiones que se desarrollan en y a través de las relaciones interpersonales se necesita un idóneo desempeño social, factor que resulta esencial en el logro profesional. Actualmente, las habilidades interpersonales son valoradas en cualquier área de conocimiento por exigencia del propio mercado de trabajo en términos de requisitos profesionales.

En el caso de la Psicología, las dificultades interpersonales y las relativas a la competencia social son aún más críticas, dado el carácter interpersonal de la actuación y del objeto de la intervención psicológica, asociado, en general, a problemas de naturaleza relacional o que afectan a las relaciones sociales.

Del Prette et al. (1999) analiza el «Programa de Desarrollo Interpersonal Profesional» (PRODIP), realizado en la Universidad

Federal de São Carlos (Brasil). Este programa desarrolló habilidades interpersonales para el ejercicio de la Psicología. El grupo PRODIP, conformado por trece alumnos y un grupo de control de 23 integrantes, participaron en una intervención que se estructuró en dos módulos, con una duración de quince horas cada uno. El primero, de naturaleza teórico/informativo, consistió en discusiones y clases expositivas. El segundo, de carácter práctico/vivencial, incluyó un entrenamiento grupal, con dos sesiones semanales de aproximadamente una hora y media cada una, durante las cuales se usaron procedimientos y técnicas de entrenamiento comportamental, reducción de ansiedad, reestructuración cognitiva y solución de problemas.

Los dos grupos fueron evaluados al inicio y al final de las sesiones. Los resultados demostraron que los integrantes del grupo PRODIP habían adquirido habilidades sociales en tal grado que las diferencias con el grupo de control eran significativas. La realización y resultados del PRODIP permiten evaluar cuestiones prácticas y de investigación sobre la formación del psicólogo y demuestran que son posibles aplicar tales aprendizajes en la optimización de las habilidades sociales.

A su vez, la investigación de Lizárraga (2011) identificó los niveles de autoasertividad y heteroasertividad de 124 estudiantes usando la técnica de la entrevista y el autoinforme de conducta asertiva. Usó los conceptos de Alberti y Emmons (1995), para quienes la autoasertividad es “la clase de conducta que constituye un acto de expresión sincera y cordial de los sentimientos propios y de respeto a los propios valores, gustos, deseos o preferencias”. Y la heteroasertividad es definida operativamente como “la clase de conducta que constituye un acto de respeto a la expresión sincera y cordial de los sentimientos y de valores, gustos, deseos, o preferencias de los demás”. Se concluyó que los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), en su mayoría, tienen niveles altos de autoasertividad (47%) y heteroasertividad (51%).

La investigación precisó los niveles de asertividad según el año de estudio, comprobando porcentajes significativos de estudiantes que tienen un nivel medio y bajo de asertividad. En el primer año de estudios, el mayor porcentaje de los estudiantes tiene un nivel bajo de autoasertividad (34%), seguido del tercer año con un 26%. En los dos últimos años, los estudiantes tienen niveles altos de asertividad, autoasertividad y heteroasertividad, lo que sugiere que la formación profesional influye en su incremento.

En la investigación de Guachilema (2011) se examinó la influencia de la ansiedad en el déficit de asertividad que presentaban estudiantes de

psicología de la Universidad Técnica de Ambato. Se demostró que hay una estrecha relación entre ansiedad y déficit asertivo. En el nivel de ansiedad moderada se presenta la mayor dificultad para expresar abiertamente pensamientos, sentimientos y opiniones en el ámbito académico. Se concluye que un 50.55% de los estudiantes de primer y segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica sufren de un déficit asertivo. En los estudios de formación, el aspecto emocional influye decisivamente en la capacidad asertiva.

García (2006), tras estudiar los niveles de asertividad en los estudiantes de los últimos semestres de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta, concluyó que estos poseen niveles medios de asertividad. Se encontró que en gran parte de la población estudiada prima la comunicación sumisa. Además, el estudio señala que las conductas no asertivas se incrementaron a medida que avanzan los semestres. La mayoría de estudiantes de sexo masculino presentaron conductas asertivas, lo cual sería un indicio de que los hombres serían, en teoría, más asertivos que las mujeres. Por último, no se observaron diferencias significativas en relación a los niveles de comunicación asertiva y la edad de los sujetos estudiados.

A su vez, Hernández (2013) investigó el afrontamiento y agresividad en estudiantes universitarios de la Universidad de los Andes y comprobó que los alumnos que repiten cursos utilizaron en mayor medida estrategias pasivas de afrontamiento, en especial la autocrítica, el pensamiento desiderativo y la retirada social. De esta manera, incrementaron sus niveles de agresividad, fundamentalmente, en el comportamiento hostil. Demostró que los hombres muestran mayores niveles de agresión física que las mujeres, mientras que las mujeres usaban más la agresión indirecta.

2. Bases teórico-científicas

Meza (1990) advierte que el estudio de la asertividad fue considerada una promisoriosa contribución a la terapia de la conducta. Sin embargo, presenta cuatro áreas problema que dificultan la investigación: No hay una definición ampliamente aceptada de asertividad en el ámbito académico; no han sido identificados con precisión los componentes de la asertividad; los instrumentos de medición no son lo suficientemente confiables y objetivos; y, por último, no se cuenta con una estrategia terapéutica específica con la asertividad.

Por otro lado, León y Vargas (2009) también consideran que no se cuenta con un concepto universalmente aceptado en lo que asertividad se refiere. Sin embargo, existe un relativo consenso acerca de las características de un comportamiento asertivo. Para mencionar algunos, está el reconocimiento de las deficiencias propias, dar y recibir cumplidos, mantener interacciones con otras personas, etcétera.

Asimismo, la expresión “agresividad humana” se emplea en muchos sentidos diferentes. Agresividad es una palabra común en el habla coloquial y científica. Quizá porque todos la conocen, resulta difícil darle un sentido único e unívoco. Por otro lado, la agresividad no siempre se manifiesta abiertamente hacia un objeto, puesto que incluye aspectos encubiertos o indirectos. Por ejemplo, cuando un médico entra a consulta y, sin dar a su paciente las explicaciones del caso, pospone la cita para otro día.

Dados los objetivos de nuestro estudio, y la intención de usar definiciones muy precisas, haremos un repaso de los conceptos más conocidos.

2.1. Sobre la agresividad

2.1.1. La indefinición terminológica

Según la investigación de Carrasco y González (2006), la ambigüedad en las definiciones, y un fuerte solapamiento de las mismas, ha hecho que se usen indistintamente los términos agresión, ira y hostilidad. En esta investigación de Carrasco y González también se menciona a Spielberger, quien clasificó estos términos conjuntamente bajo el epígrafe Síndrome AHA por sus siglas en inglés: *Aggression, Hostility, Anger*.

A pesar de su denominación conjunta, los tres conceptos hacen referencia a ideas claramente diferentes:

- La ira es un estado emocional, en el que los sentimientos varían en intensidad, desde una ligera irritación o enfado hasta furia y rabia intensas, ante sucesos enojosos, y que no están dirigidos a una meta.
- La hostilidad es un conjunto de actitudes negativas complejas, que motivan conductas agresivas dirigidas, por lo general, a la destrucción o el daño físico de objetos o personas. Presenta un componente cognitivo y evaluativo, un juicio desfavorable o negativo del otro, evidenciándose en el desprecio o disgusto.

- La agresión es el componente comportamental del síndrome AHA: la conducta voluntaria punitiva o destructiva dirigida concretamente a destruir objetos o dañar a otras personas.

2.1.2. Distintos tipos de agresión

Muñoz (2000), en su tesis doctoral *Adolescencia y agresividad*, concluye que el concepto agresividad se refiere a una disposición o capacidad presente en los seres humanos, la que se activa ante específicas situaciones de interacción social. Origina múltiples respuestas sobre todo los actos o comportamientos agresivos.

El autor reconoce distintos tipos de agresión, en los que se presentan componentes cognitivos, afectivos y conductuales que se combinan en distintas formas para producir variadas conductas agresivas; entre ellas, destacan la agresión instrumental y la agresión reactiva o emocional:

- La instrumental utiliza la agresión como medio para alcanzar un fin. Por ello, lo más importante no es causar daño a la víctima.
- La reactiva o emocional se produce cuando una activación interna es de tal intensidad que supera la capacidad del individuo o grupo para manifestarse de una forma que no sea agresiva.

Por otro lado, el desequilibrio de fuerzas entre las personas o grupos implicados y la intensidad del acto violento la caracterizan como una modalidad de conducta agresiva. El agresor tiene una posición de poder y dominio tal que por superioridad (numérica, de estatus social, económica, laboral, etc.) y proporción de su acción crea una situación de vulnerabilidad y desamparo en la víctima.

Según Sanz, Magán y García-Vera (2006), tradicionalmente se ha considerado que la ira y la hostilidad desempeñan un papel central en la conducta agresiva, como factores implicados en la aparición y el mantenimiento de dicha conducta, especialmente de la denominada agresión hostil, aquella conducta agresiva de naturaleza impulsiva que viene precedida por la experiencia de ira, y cuya intención directa es hacer daño a personas u objetos o reparar una injusticia percibida. Este tipo de conducta agresiva se distingue de la denominada agresión instrumental que se refiere a comportamientos agresivos que ocurren en ausencia de ira, que tienen un carácter racional y frío, y que responden al logro de un objetivo o meta de forma que, aunque tales comportamientos pudieran provocar daños a personas u objetos, estos serían secundarios al interponerse en la persecución de un objetivo determinado.

Según Cerezo (2002), aparte de ser más irritables y darle más vueltas a sus pensamientos, las personas proclives a la violencia atribuyen a factores externos la responsabilidad de los hechos en los cuales se implican, preocupados por su reputación. Además, son comparativamente indiferentes a las necesidades y derechos de los más desfavorecidos. También son, en general, adversos a las instituciones y a sus representantes.

2.2. Teorías sobre la agresividad

2.2.1. Teoría de los instintivistas antiguos

Fromm (1977) señala que ha habido un condicionamiento a los postulados darwinianos cuanto se trata de investigar científicamente los instintos, o se ha optado por largos listados en que cada instinto se entendía como tipos correspondientes a comportamientos específicos, como son los instintos de imitación, rivalidad, agresividad, belicosidad, simpatía, caza, temor, adquisitividad, etcétera.

La esencia de un instinto radica en una “orientación” o “apetencia” afectiva innata. Y puede funcionar en forma relativamente independiente frente a la parte cognitiva y ante todo el mecanismo conductual establecido por la capacidad instintiva. Fromm (1977), citando a McDougall, explica que la expresión natural de los instintos son las emociones. Por ejemplo, al instinto de agresión le corresponde emociones tales como la furia y la cólera, pero al instinto de huida le corresponde la sensación de auto-preservación.

2.2.2. Teoría de la agresión de Sigmund Freud

Freud (1930) propuso dos categorías que unificaban todos los instintos: los instintos sexuales y el instinto de conservación del individuo.

Fromm (1977) explica cómo Freud plantea un instinto contrario al de conservación: “Freud había dedicado relativamente poca atención al fenómeno de la agresión mientras consideró que la sexualidad (libido) y la conservación del individuo eran las dos fuerzas que predominaban en el hombre. A partir de los veinte, el cuadro cambió por completo. En *The Ego and the Id* (1923) y sus obras posteriores postuló una nueva dicotomía: la del instinto(s) de vida (Eros) e instinto(s) de muerte. Y describía la nueva fase teórica del modo siguiente: Partiendo de las especulaciones acerca del comienzo de la vida y de paralelos biológicos llegué a la conclusión de que además del instinto de conservar la

sustancia viva debía haber otro instinto contrario que trataría de disolver esas unidades y hacerlas volver a su estado primitivo, inorgánico. Es decir, así como había un Eros, había un instinto de muerte, Thanatos.”

El instinto de muerte puede ser una pulsión autodestructiva cuando se dirige contra el mismo organismo, o puede enfocarse hacia afuera y tender a la destrucción de los demás.

La sexualidad mezclada con el instinto de muerte modera los impulsos destructivos, que se manifiestan en el sadismo o el masoquismo. Freud (1930) sugirió que puede reducirse el poder del instinto de muerte, pero que no puede escaparse al impulso de destruirse a sí mismo y a los demás. Por tanto, desde el instinto de muerte, la agresión, esencialmente, no es una reacción ante los estímulos. Bajo esta perspectiva, la agresión es un impulso inherente al ser humano, es decir, el hombre nace con un instinto de muerte, *thanatos*, que cuando se orienta hacia el interior, se manifiesta como autocastigo; y cuando se dirige hacia el exterior, muestra destructividad. Esta energía agresiva innata debe desfogar. Su acumulación provoca enfermedad. Según Freud, la vida en sociedad regula este instinto y permite sublimarlo en una conducta aceptable y hasta útil.

2.2.3. Teoría etológica de la agresión de Konrad Lorenz

Desde la óptica etológica, la agresión es un mecanismo de defensa para asegurar la sobrevivencia y evolución de la especie.

Para Lorenz (1971), la agresión es un instinto primario, una excitación consustancial independiente de los estímulos externos que permite la conservación de la especie. La agresividad permite al hombre hacerse con recursos escasos y sobrevivir ya que funciona como un mecanismo de adaptación.

Para Lorenz la espontaneidad del estímulo es lo que hace peligrosa a la agresión. En este punto se asemeja al concepto de Freud, de que la agresión necesita liberar presión.

2.2.4. Teoría conductista

Para Buss (1969) la agresión es una reacción que comunica estímulos nocivos a otro organismo. Luego, recalca que analizar el intento consciente de agresión es innecesario. Más bien, se concentra en los reforzadores, es decir, cualquier estímulo que incrementa la probabilidad

de que una conducta se repita en el futuro. Bajo esta perspectiva es más importante determinar qué consecuencias tienen los reforzadores que influyen en el suceso y la fuerza de las reacciones agresivas. Es fin, lo que importa es determinar qué clase de reforzadores influyen en el comportamiento agresivo.

Por otro lado, para lograr un objetivo deseado es necesario sentir, pensar y actuar de un modo determinado. Como la agresión es un tipo de comportamiento, puede ser aprendido al buscar la ventaja más óptima posible para el beneficio de uno mismo.

2.2.5. Teoría de la agresión y frustración

La teoría de la frustración y agresión de Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears (1939) señala que el comportamiento agresivo siempre presupone la existencia de frustración. La frustración conducirá a alguna forma de agresión.

Si bien la agresión puede ser provocada por cualquier situación adversa, el mayor instigador es la frustración. Si un individuo enfrenta un obstáculo que le impide alcanzar un objetivo, la frustración hará más probable una respuesta agresiva. Hay que precisar que una frustración no lleva obligatoriamente a la agresión, ni que la frustración sea la única causa de agresión. Hay otros factores que determinan la agresión por parte de una persona frustrada. Además, también hay otras causas de agresión.

Un ejemplo nítido de la relación entre frustración y agresión nos lo suministra un experimento célebre señalado por Aronson (1972), quien indica que la frustración puede llevar a la agresión. Fue realizado por los psicólogos Barker, Dembo y Lewin. Ellos frustraron a un primer grupo de niños pequeños mostrándoles un cuarto inaccesible lleno de juguetes muy atractivos. Los niños desean los juguetes y esperan jugar con ellos. Tras una larga espera se les dio acceso a los juguetes. En el experimento participó, además, un segundo grupo de niños que disfrutaron de los juguetes sin frustración previa. Este segundo grupo de niños jugó alegremente. Los niños del primer grupo, en cambio, trataron a los juguetes en forma extremadamente destructiva: los tiraban contra la pared, pisoteaban, etcétera. Por consiguiente, la frustración puede llevar a la agresión.

Debe distinguirse entre *frustración* y *privación*. Los niños que simplemente no tienen juguetes no agreden necesariamente. Al contrario, los niños que tienen la esperanza de disfrutar de los juguetes,

y que ven truncadas esa aspiración, son lo que experimentan frustración. Esa contrariedad provocó una conducta destructiva.

Aronson (1972) menciona el estudio del psiquiatra Jerome Frank, quien observó que los disturbios más graves causados por afroamericanos en Estados Unidos, no se produjeron en áreas geográficas de mayor pobreza, sino en ciudades donde la situación social y económica no era tan apremiante para ese sector de la sociedad norteamericana. La medida de la pobreza y opresión se establecía en relación a la población blanca, la hegemónica. Como bien apunta Aronson, los procesos revolucionarios no son impulsados por el sector más desamparado. A menudo, sean los burgueses franceses o los intelectuales rusos de 1917, los que ha podido superar la pobreza extrema son capaces de observar las injusticias del sistema, lo que origina una frustración que no se basa exclusivamente en la extrema privación de bienes materiales.

2.1.6. Teoría psicofisiológica de la agresión

Para Cerezo (2002), la subordinación a las emociones y accesos agresivos de un cuerpo que presenta un sistema físico y químico coordinado es lo más importante. Este sistema se activa con facilidad ante diversos estímulos como la amenaza, dolor o frustración.

De ahí que el ser humano tiene la capacidad de activar sentimientos de ira acompañados de cambios físicos que preparan al cuerpo para la lucha. Físicamente se encuentra en la base del cerebro y se denomina Hipotálamo, el cual regula la respuesta emocional y es donde se originan los sentimientos de ira.

Según Carlson (1996), la ofensa, defensa y depredación son los tres tipos principales de conducta agresiva; los mismos que están bajo el control de mecanismos cerebrales. Tal planteamiento implica que las conductas son, hasta cierto punto, independientes.

El área tegmental ventral controla las conductas agresivas ofensivas. La materia gris periacueductal domina las otras conductas agresivas. La estimulación con electricidad o aminoácidos excitatorios origina conductas defensivas, depredatorias, huidas o inmovilidad. Estas últimas conductas si bien no son claramente agresivas, se dan como respuesta frecuente a amenazas.

La estimulación o lesiones en el hipotálamo y la amígdala pueden activar o inhibir una o más conductas agresivas.

2.1.7. Teoría bioquímica o genética

Esta teoría plantea que los procesos bioquímicos y las hormonas desempeñan un papel decisivo. El comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos. Hay, por tanto, hormonas “agresivas” de la misma manera que existen hormonas sexuales.

Diversos experimentos han confirmado que la noradrenalina provoca la agresión. La escasez de tal hormona provoca la depresión endógena. Los esteroides de la corteza suprarrenal pueden impulsar estados mentales agresivos, así como de afiliación comunes (Cerezo, 1998).

2.1.8. Teoría social del aprendizaje

Esta teoría plantea que las personas aprenden de una manera u otra la conducta agresiva. Como no es algo inherente a la naturaleza humana, con un mínimo de enseñanza se pueden perfeccionar formas elementales de agresión. Para lograr un mayor grado de agresividad y de efectividad en su aplicación es necesario un entrenamiento extenso. De esta manera, se establece modelos agresivos de conducta que pueden ser aprendidos por observación o por experiencia directa del combate.

Si bien los modos de conductas pueden ser aprendidos a través de la experiencia, sea directa u observada, no hay que olvidar que la estructura biológica limita el grado de perfeccionamiento de los distintos tipos de respuesta agresiva. Además, la herencia genética influye en la rapidez del aprendizaje. Los factores biológicos de la agresión varían entre especies. La tecnología permite al hombre un poder destructivo muy superior a sus capacidades físicas (Bandura y Ribes, 1975).

Por otro lado, hay que plantear la importancia de la influencia del ejemplo. Observando las acciones de otros, ya sea en forma deliberada o inconsciente, se forma en el observador la idea de cómo ejecutar una conducta determinada y que, posteriormente, será una guía para ejecutar acciones (Bandura y Walters, 2002).

El autor estudió cómo niños y niñas copian casi instantáneamente los mismos comportamientos agresivos observados en sus padres u otros adultos que le sirven de modelo. Otros estudios confirman la teoría de Bandura, como los de Liddell (1994), ya que éste y sus colaboradores encontraron que en comunidades relativamente violentas en Sudáfrica,

los niños presentan en promedio conductas más agresivas en comparación con otros niños que habitan en comunidades relativamente pacíficas. Así mismo, Fry (1988) investigó niños de comunidades zapotecas en México, los que están expuestos a la agresión entre adultos (la cual es práctica común y aceptada), por lo que son, en promedio, más agresivos que otros niños que viven en ambientes donde la agresión es menos frecuente y, a su vez, menos aceptada.

Además, hay que precisar que, como demuestra la experiencia, la exposición a modelos agresivos no implica el aprendizaje automático por observación, ya sea porque el observador no percibe los rasgos esenciales de la conducta modelo, o porque se olvida lo observado.

Si pueden representarse con imágenes, palabras u otros símbolos los modelos de conducta, se comprueba algún grado de vigencia en el individuo. El ensayo mental de acciones es otra manera de retener lo que ha aprendido por observación.

En la teoría del aprendizaje social se distingue entre la adquisición de conductas con potenciales destructivo y lesivo y los factores que determinan si la persona ejecutará o no lo que ha aprendido, puesto que no todo lo aprendido se pone en práctica.

Se puede adquirir, retener y poseer la capacidad para manifestar una conducta agresiva, pero rara vez se hará uso de ese aprendizaje si ser agresivo no tiene un valor práctico o si su aplicación es sancionada de manera negativa. Pero, en el tiempo puede presentarse las circunstancias adecuadas para poner en práctica lo aprendido. Esto implica la capacidad de predecir una agresión si se examinan las condiciones que predisponen a los individuos con un alto grado de hostilidad. (Bandura y Ribes, 1974).

Así mismo, Bandura (1973), desde su modelo de aprendizaje social, ayuda a explicar la naturaleza de la agresividad proactiva, la cual sería una estrategia más que el individuo utiliza para alcanzar un objetivo o beneficio. Esta agresividad no necesita la misma motivación que requiere la agresión reactiva para su manifestación, y es más bien asumida como un tipo de agresión organizada, instrumental y calculada.

La agresividad proactiva, mencionada por algunos autores como agresividad instrumental, es aquella motivada por un propósito premeditado cuya intención principal no es precisamente causar daño al otro, sino la obtención de un beneficio personal.

2.1.9. Agresividad según Bakker y colaboradores

El cuadro siguiente hace referencia a las definiciones que proponen diferentes autores sobre la agresividad.

Tabla 1

Definiciones de agresión

Autor/es	Definición
Dollard et al. (1939)	Conducta cuyo objetivo es dañar a una persona u otro objeto.
Buss (1961)	Respuesta que produce un estímulo doloroso en otro organismo.
Bandura (1972)	Conducta adquirida controlada por reforzadores, la cual es perjudicial y destructiva.
Patterson (1973)	Evento aversivo dispensado contingentemente a las conductas de otra persona.
Spielberger et al. (1983; 1985)	Conducta voluntaria, punitiva o destructiva, dirigida a una meta concreta, destruir objetos o dañar a otras personas.
Serrano (1998)	Conducta intencional que puede causar daño físico o psicológico.
Anderson y Bushman (2002)	Cualquier conducta dirigida hacia otro individuo, que es llevada a cabo con la intención inmediata de causar daño.

Cantó	Comportamiento cuyo objetivo es la intención de hacer daño u ofender a alguien, ya sea mediante insultos o comentarios hirientes, o bien físicamente, a través de golpes, violaciones, lesiones, etc.
RAE (2001)	Ataque a acto violento que causa daño.

Nota. Fuente: Carrasco y González (2006). Acción Psicológica.

Si bien hay un consenso, no absoluto, sobre la naturaleza de la agresividad ligada a la búsqueda del daño ocasionado, Serrano (1998) hace referencia de la existencia de una agresividad cuya finalidad no siempre es causar daño.

Según Bakker et al. (1978), el comportamiento Agresivo es el que busca la expansión del dominio que controla el individuo. Tal expansión puede incluir espacios físicos, así como áreas de función que una persona desempeña en un lugar o en una situación (trabajo, rol), así como la obtención de estatus, es decir, la posición que una persona ocupa en la sociedad o en un grupo social.

De acuerdo con Meza (1990), la agresividad a la que Bakker hace referencia en su inventario quedaría definida como una “Asertividad Expansiva”, la cual está dirigida a ganar territorios o derechos, la misma que implica una capacidad de iniciativa o acometividad (capacidad emprendedora).

Muchos autores, entre los cuales destacan Berkowitz (1993), y Anderson y Bushman (2002), hacen una diferenciación entre la denominada “agresión hostil” y la “agresión instrumental”. Esta última se refiere a conductas agresivas sin la presencia de ira, de naturaleza racional y calculadora, cuya meta principal es el logro de un objetivo, que si bien podría provocar daños a objetos o personas, estos daños no son el objetivo principal sino la consecución de algún objetivo ulterior determinado. O como queda establecido en la definición de Chau (2003) que se refiere a una agresión instrumental, “también conocida como agresión proactiva, no está precedida de ninguna ofensa. Es el uso de la agresión como un instrumento para conseguir un objetivo, sea éste recursos, dominación, estatus social o algo más”.

Respecto a la agresión instrumental en un contexto interpersonal, Archer, Kilpatrick y Bramwell (1995) la conceptualizan como una “técnica

conductual” cuyo objetivo es obtener algún tipo de recompensa, ventaja o incentivo, sin que se vea normalmente acompañada de emociones tales como el enfado o la ira.

Ames y Flynn (citados por Gaeta y Galvanovskis, 2009) consideran que tanto el liderazgo y la efectividad se relacionan con aspectos correspondientes a una alta asertividad, los cuales se encuentran dentro del dominio y la agresividad. Los investigadores resaltan las conveniencias instrumentales en el ámbito laboral, a pesar de los costos sociales de la asertividad, diciendo que las personas altamente asertivas suelen ser percibidas como menos sociables y menos amigables que las no asertivas; en su investigación encuentran que las personas con asertividad moderada reciben mejores “puntuaciones” que aquellas con alta o baja asertividad. Dependería, entonces, del grado de asertividad lo que la lleva a ser confundida con la agresividad. En el caso de los líderes, que poseen conductas asertivas en grado alto, se puede considerar más como una debilidad que una fortaleza.

En conclusión, el inventario de Bakker mide una agresividad específica, dirigida a la persecución de privilegios, estatus y territorio, mas no hace referencia de la definición “clásica” de la agresividad hostil, cuya finalidad es hacer daño, ya sea a personas, grupos, objetos, etc.

2.3. Sobre la Asertividad

2.3.1. Planteamientos clásicos sobre la asertividad.

El término “asertividad” proviene del latín *assere*, cuyo significado es “mantenerse firme o hacer valer los derechos propios”. De ahí proviene también la palabra aserción, que en español es afirmar, asegurar. Por consiguiente, asertividad combina la capacidad de poder decir lo que se siente, defendiendo los propios intereses legítimos (firmeza), con el aspecto de no dañar a los demás (pacifismo). Es entonces, una “firmeza pacífica” Alberti (citado por Aebli, 2001).

Se entiende que la asertividad es la capacidad de actuar teniendo en cuenta los intereses propios, pudiendo defenderlos, y poder expresar sentimientos de una manera espontánea sin cometer injusticias con los demás. (Aebli, 2001)

Salter (1949) consideró que la asertividad era un rasgo de la personalidad: algunas personas la poseían y otras no, igual que la

extroversión o la tacañería. Posteriormente, Wolpe (1958) y Lazarus (1966) redefinieron la asertividad como la expresión “de los derechos y sentimientos personales”. Encontraron que casi todas las personas pueden ser asertivas en algunas situaciones y, también, totalmente ineficaces en otras.

Rodríguez y Serralde (1991) hacen referencia de la libertad emocional para describir la capacidad de reconocer y expresar todos y cada uno de nuestros sentimientos.

No es suficiente saber lo que uno siente; habrá también que expresarlo de manera adecuada y constructiva. El autor señala que “la conducta asertiva emerge como ese aspecto de la libertad emocional que se refiere a la defensa de los propios derechos”.

La incapacidad de reafirmar y defender nuestros propios derechos recorta nuestra libertad de acción lo cual nos puede llevar al rencor y al temor. El intentar recobrar esta sensación de libertad, nos puede llevar a actitudes agresivas o poco constructivas. De ahí la importancia del aprendizaje asertivo que permite reconocer y defender nuestros derechos para que no nos sean arrebatados.

Respecto a derechos, Castanyer (1996) hace un listado de los principales derechos asertivos básicos de las personas:

- El derecho a recibir un trato respetuoso y digno.
- El derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones.
- El derecho a ser escuchado y tomado en serio.
- El derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones.
- El derecho a decir “no” sin sentir culpa.
- El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta de que también mi interlocutor tiene derecho a decir “no”.
- El derecho a cambiar.
- El derecho a cometer errores.
- El derecho a pedir información y ser informado.

- El derecho a obtener aquello por lo que pagué.
- El derecho a decidir no ser asertivo.
- El derecho a ser independiente.
- El derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas.
- El derecho a tener éxito.
- El derecho a gozar y disfrutar.
- El derecho a mi descanso, aislamiento, siendo asertivo.
- El derecho a superarme, aun superando a los demás.

Davis, Robbins Eshelman, y McKay, (2008) concluyen que la meta del entrenamiento de la asertividad es incrementar el número y variedad de situaciones en las cuales es posible la conducta asertiva, y disminuir las ocasiones de colapsos pasivos o explosiones hostiles.

Una persona es asertiva cuando puede hacer valer sus derechos de manera tal que los derechos de otros no son violados. Más allá de simplemente demandar nuestros derechos, la asertividad implica expresar nuestros gustos e intereses personales de manera espontánea: hablar sobre nosotros sin estar forzados a ello, aceptar cumplidos sin sentirnos incómodos, manifestar abiertamente nuestro desacuerdo con otros, pedir aclaraciones y poder decir que no. En resumen, cuando una persona es asertiva puede estar más relajada en situaciones interpersonales.

Investigadores como Jakubowski-Spector (1973) y Alberti and Emmons (1995) han demostrado que las personas que muestran menos asertividad no creen tener el derecho de poseer sentimientos, creencias u opiniones. Rechazan de manera profunda la idea de que todos fuimos creados iguales y que, por ello, se supone que todos nos tratemos con equidad. Muchos crecieron teniendo dudas sobre sí mismos y esperando la guía y validación de otras personas.

Por tanto, ser asertivo significa poder correr riesgos, como el hablar sinceramente acerca de nuestros sentimientos, deseos y necesidades al mismo tiempo que se toman en consideración los sentimientos de los

demás. Puede que no consigamos siempre lo que queremos, pero el expresarse hará que nos sintamos mejor, por un tema de autoestima.

Un comportamiento agresivo, en cambio, humilla o domina a la otra persona, física o emocionalmente. Siempre se intenta quedar “por encima” de la otra persona implicada en el conflicto. Por ejemplo, si un líder de grupo tiene un estilo manipulador/chantajista, está actuando con agresividad indirectamente. Ello puede causar confusión, desconfianza y resentimiento entre sus subordinados.

Davis et al. (2008), por otro lado, mencionan que cuando se actúa de manera condescendiente o pasivamente, no expresando las propias necesidades o pensamientos, se está inhibiendo la capacidad de expresarse con honestidad, de forma directa, puede crearse agresividad contra uno mismo. Nuestras experiencias negativas, entonces, tienden a destruir la confianza y la autoestima, perdiéndose el respeto a uno mismo.

Según Schwartz (2006), la asertividad es específica dependiendo de la situación. Hay veces en las que una conducta pasiva es la elección más apropiada. Por ejemplo, podemos elegir actuar de manera no-asertiva con un profesor porque originaría una represalia con la calificación.

Por otro lado, la agresión es el opuesto de la pasividad, y muy rara vez es una opción apropiada, ya que no tiene un resultado realista ni positivo, aparte del alivio después de “desfogar” nuestros sentimientos. Luego de ello, las consecuencias de usar la agresión tienden a poner a la otra persona a la defensiva, causando que aumente la ira, creando una situación incómoda.

En resumen, algunas veces la asertividad puede traer repercusiones negativas, pero la mayoría de las veces es la manera más racional y fructífera de actuar. La meta de la comunicación asertiva es desarrollar y fomentar relaciones sinceras, cariñosas y tolerantes.

Cabe mencionar que actuar de manera asertiva no garantiza los resultados que uno espera. Uno puede quedar “abierto” a recibir información sincera en respuesta, información que no se quiere escuchar.

Asertividad responsable significa tener respeto por uno mismo, tratando a uno y a los demás con gentileza, inteligencia y buena predisposición. Es un balance que envuelve comunicar sentimientos directamente, de forma clara y expresar creencias de manera apropiada.

La persona asertiva será capaz de:

- Identificar las diferencias entre conductas pasivas, agresivas y asertivas, y evaluar el impacto que tiene cada una de ellas.
- Entender los componentes de la conducta asertiva, de forma verbal y no verbal
- Entender y describir el rango de situaciones en las cuales la comunicación asertiva es crítica para que sea efectiva.

Para Hare (2003), cuando se logra diferenciar entre asertividad, no afirmación y agresión, y cuando se aprende las habilidades involucradas en ser asertivo, se podrá, gradualmente, elegir cómo comportarse en ciertas situaciones. No es probable que pueda reformarse la personalidad después de terminar un libro o un curso sobre asertividad. Se necesita esfuerzo para lograr un cambio en la conducta.

La palabra “elección” es clave. Hay situaciones en las que uno no elige su propio comportamiento, y éstas son relativamente fáciles de identificar: Uno sale de la situación pensando “Y si hubiera dicho...”, o, “ojalá no hubiese dicho...”. Hay que identificar esas situaciones y elegir que hubiese sido mejor decir o callar.

Hay una clara diferencia entre reaccionar y elegir. Cuando una persona hubiera querido hacer algo de forma diferente, significa que reaccionó, y cuando una persona se dice a sí misma está eligiendo. “Sé que esta persona está intentando hacerme sentir mal, pero no le llevaré la contra porque sería una pérdida...” (Hare, 2003). Una persona decide, cuando ha sopesado una situación, repasado los probables resultados de hacer una afirmación asertiva y llegado a la conclusión de si la situación lo amerita o no.

De la Morena y Trianes (1999) asumen la asertividad como una habilidad social describiéndola como una conducta autoexpresiva es decir, que pone en manifiesto las necesidades y derechos de uno mismo, teniendo en cuenta también el respeto y las obligaciones hacia los demás. Siendo el principal objetivo de la conducta asertiva la expresión de la propia persona, sus necesidades y derechos. Por otro lado, la comprensión popular podría entenderla como un medio para sacar obtener los propios intereses e influir a las otras personas en beneficio propio.

Para Elizondo (1999) la asertividad queda definida como: “La habilidad de expresar tus pensamientos, sentimientos y percepciones, de elegir como reaccionar y de hablar por tus derechos cuando es apropiado. Esto con el fin de elevar tu autoestima y de ayudarte a desarrollar tu

autoconfianza para expresar acuerdo o desacuerdo cuando crees que es importante, e incluso alentar a otros a cambiar su comportamiento ofensivo”.

A continuación se presenta algunos ejemplos cotidianos de comunicación asertiva y sus manifestaciones no asertivas:

Situación: Coordinas con un amigo para almorzar a las 2 pm: Media hora más tarde llega sin avisar que se retrasaría y sin las disculpas pertinentes. Te sientes disgustado por la situación ante lo cual se dan tres maneras de respuesta:

- **PASIVA.** Lo saludas con desgano, pero igual lo invitas a pasar y almuerzan mientras continúas molesto internamente.

- **AGRESIVA.** ¡Te he estado esperando una hora! ¿Cómo se te ocurre hacerme esto? ¿Qué te costaba llamar para avisarme? No pienso invitarte nunca más.

- **ASERTIVA.** Lo saludas, y le explicas con claridad los siguientes hechos.

- Hechos: Hace una media hora que te espero y me preocupaba no saber nada de ti.
- Sentimientos: He tenido tiempo para además de preocuparme, irritarme y sentirme nervioso.
- Conducta concreta: Si otra vez tienes que retrasar puedes avisarme, para que no me preocupe.

Situación: Vas a cenar a un restaurant, ordenas la cena, pero se demoran en traerla y, cuando por fin lo hacen, te percatas que está fría. Te sientes disgustado por la situación ante lo cual se dan tres maneras de respuesta:

- **PASIVA.** No decir nada y comer aunque internamente estés disgustado y te quejas con la otra persona con quien estás cenando, y cuando te sugiere que se lo manifiestes al camarero, te sientes incómodo y prefieres quedarte callado.

- **AGRESIVA.** Te quejas altisonante con el mozo, le increpas en voz alta por la espera y por la comida fría y le adviertes que no volverás al restaurante.

- **ASERTIVA.** Llamas al mozo, mirándolo a los ojos y con una sonrisa amable le pides que por favor te traiga el plato caliente.

A continuación, presentamos un esquema de comunicación que podría manifestarse entre el personal de la salud y el paciente donde se implican tipos de comportamientos asertivos y agresivos:

Tabla 2

Esquema de comportamiento en la comunicación interpersonal

	ASERTIVO	AGRESIVO
Elaboraciones Internas	Defiende sus intereses sin violar los ajenos Comunica pensamientos, creencias y sentimientos, abiertamente, sin violar los ajenos	Antepone sus intereses a los demás Expresa pensamientos, Creencias y sentimientos violando los ajenos.
Lenguaje Corporal	Contacto visual intermitente Expresión facial: Varía según sentimientos: Enfadado, complacido Voz firme y relajada, lenguaje fluido, a un ritmo apropiado Escucha activa y receptiva Erguido, equilibrado	Contacto visual persistente Expresión fría, sarcástica, dura Voz firme, a menudo con gritos, lenguaje fluido, ritmo rápido Brazos cruzados, encima del interlocutor o alrededor de él Gesticula, señala y amenaza.

Expresiones	Utiliza el “yo” reivindicativo. Sugiere sin imposición “¿Qué te parece....?” Expresa deseos “Me gustaría...” “Yo quiero...” Expresa enojo “Me siento irritado cuando...”	Utiliza el “tu” amenazante, Condescendiente y jactanciosa. “¿Tienes que estar bromeando....?” “No se hace como tú lo haces...” “¿Por qué lo hiciste así...?”
-------------	--	---

Beneficio	Con los logros mejora la autoestima. No acumula estrés ni resentimiento.	Propicia sobornos Todo a “su manera” Liberación de tensión, sensación de control, poder y baja vulnerabilidad.
-----------	---	--

Coste	Los resultados no están garantizados A menudo subyace dolor	Propicia enemigos y resentimiento Puede generar paranoia y miedo Inestable, subyace, sentimiento de inferioridad y culpa con vergüenza Pérdida de autoestima
-------	--	---

Nota. Fuente: Díaz y Cinza (2014). *Visión Médico - Paciente HTA (Hipertensión Arterial) en atención primaria. Visión Médico – Paciente, 4 – 7.*

2.3.2. Asertividad según Bakker y colaboradores

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de los conceptos y definiciones sobre lo que es la asertividad.

Tabla 3

Definiciones de asertividad

Autor/es	Definición
Libet y Lewinshon (1973)	La capacidad de emitir conductas que son reforzadas positivamente o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás.
Rimm y Master (1974)	Conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente directa expresión de sentimientos.
Rich y Schroeder (1976)	La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación a través de la expresión de sentimientos o deseos aun cuando haya el riesgo de la pérdida de reforzamiento o incluso de castigo.
Wolpe (1977)	La expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad
Alberti y otros (1977)	Se establecen unos “Principios para la práctica ética del entrenamiento asertivo”. Definen la asertividad como un conjunto de conductas que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto.
Alberti y Emmons (1978)	Conducta que nos permite actuar en base a nuestros intereses importantes, defendernos y expresar cómodamente sentimientos honestos.

McDonald (1978)	La expresión abierta de las preferencias (por medio de palabras o acciones) de una manera tal que haga que los otros las tomen en cuenta.
Brown (1980)	Conducta que ocurre cuando una persona se interesa por la adquisición de refuerzo personal y que minimiza la pérdida de refuerzo por parte del receptor de ésta conducta.

Nota. Fuente: Caballo (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 52 - 52

Se puede apreciar que no hay una definición universalmente aceptada de la conducta asertiva. En este contexto, Bakker et al. (1978) plantea que la asertividad es la conducta de respuesta a las conductas de tipo agresivo. Esta conducta asertiva permite el mantenimiento y restablecimiento de los espacios físicos/emocionales mediante los cuales el sujeto es capaz de controlar el inicio del conflicto

En lo referido a la asertividad que se aborda en el presente estudio, Bakker hace una especificación sobre la asertividad defensiva, la cual es considerada como “uno de los componentes más representativos de la asertividad y se la identifica como aquella que está orientada a preservar el territorio o los derechos ya ganados por una persona” (Meza, 1990). Específicamente en el Inventario AS – AG de Bakker, se evalúa “defensividad” y un tipo de franqueza desplegado con fines defensivos.

Según Meza (1990), lo designado como “agresividad” en el inventario de Bakker, quedaría definido como una asertividad expansiva (de iniciativa o acometividad) que es la fuerza o el empuje para acometer o llevar a cabo una cosa, la cual permite ganar territorio o derechos al individuo.

A continuación, algunos ejemplos de conductas asertivas defensivas y agresivas instrumentales:

Situación: Llega un paciente a consulta médica por un dolor estomacal. El paciente tiene antecedentes de cardiopatía. En consulta, el médico hace un chequeo rápido y le receta un medicamento X para el dolor de estómago. El paciente tiene dudas sobre el efecto que tendrá esta medicina sobre su afección cardíaca.

Respuesta agresiva (Instrumental): El médico, algo exasperado, le remarca al paciente que él es el médico, que sabe lo que hace y no le da mayor explicación al paciente preocupado.

Respuesta asertiva: El médico le da las explicaciones del caso y amablemente le asegura que él ha tomado las previsiones necesarias para que no haya contraindicaciones en su receta.

Situación: Un paciente es citado por su psicólogo a las 4 pm. El paciente se retrasa y llega a consulta a las 4:10. El paciente asume que debería ser atendido de cualquier manera.

Respuesta agresiva (Instrumental): El psicólogo simplemente hace pasar al siguiente paciente y no le da al primer paciente ninguna explicación ni tampoco le da posibilidad de reprogramar su cita.

Respuesta asertiva: El psicólogo le indica amablemente que la consulta no podrá llevarse a cabo debido a la tardanza, que incluso el paciente deberá abonar por la consulta perdida ya que ese tiempo podría haber sido destinado a otro paciente. El psicólogo lo reprograma para una siguiente cita.

2.3.3. Causas de la no asertividad

Es probable que las personas que sufren dificultades al intentar ser asertivos tengan fuertes sensaciones como la ansiedad, inhibiéndolos de expresar lo que ellas quieren y conduciéndolas a actuar pasivamente, o a la ira, llevándolas hacia la agresividad. Cuando una persona se enfrenta contra sentimientos fuertes (casi abrumadores) que le paralizan o parecen controlar su conducta, se le puede hacer muy difícil encontrar una forma de cambiar.

Ellis (2005), el fundador de la “Terapia Conductual Racional-Emotiva”, argumenta que muchas veces las emociones se generan por los pensamientos de uno, es decir, pensamientos ansiosos sobre sucesos probables o posibles, que impiden la manifestación de conductas asertivas.

Para Moreno (2007) el no haber desarrollado conductas asertivas puede deberse a varias circunstancias. Durante la niñez, los padres han reprobado las conductas asertivas manifestadas por sus hijos, bajo la premisa más conocida de que “los niños no deben contestar a sus mayores”. Ante la aparición de una conducta asertiva por parte del niño, esta no es reforzada motivo por el cual no se desarrolla.

La persona no ha desarrollado la habilidad social de reconocer e interpretar manifestaciones no verbales de conductas asertivas (asentir con la cabeza, sonrisas o pulgar arriba) o, en general, no ha aprendido habilidades sociales, lo cual le impide comunicarse de manera asertiva. La persona elige modos sumisos o agresivos de comunicación para la obtención de sus metas.

“La persona no conoce o rechaza sus derechos, ya que recibe mensajes ‘alienantes’ del tipo ‘hay que llegar a ser el primero’, ‘lo importante es llegar no importa cómo’ o ‘es vergonzoso cometer errores’, ‘hay que tener la respuesta adecuada a cada momento’, ‘es horrible mostrarse débil o inseguro’” (Moreno, 2007).

Otro motivo por el cual una persona calla es el miedo. Por ejemplo, si uno le dice a su amiga que está molesta con ella, es posible que ella se enoje, que lo tome a mal, que se burle, y uno tiene miedo a ese enfado, a una situación incómoda. En otra situación, puede que uno esté tan enfadado con la otra persona que tiene miedo de descontrolarse o atacarla verbalmente si “suelta” todo, por ello callo.

2.3.4. La asertividad y sus características.

Según López (2005), la pasividad y la agresividad por defecto o exceso, respectivamente, son fuente de estrés.

La conducta pasiva somete al individuo a los deseos pretensiones e intenciones de terceros en forma exagerada, relegando las propias necesidades. Las personas de tipo pasivo están demasiado pendientes de la influencia de su entorno y esto causa estrés. El estrés se evita cuando se tiene cierto control de lo que se hace porque brinda seguridad en uno mismo.

Por otro lado, muchas actitudes de los sujetos con tendencia a la agresividad son derivadas de la inseguridad en sí mismos. Necesitan entonces, manifestarse agresivamente para cubrir desde lo externo la inseguridad interior. En general, la persona que se comporte agresivamente recibirá el rechazo o la agresión como respuesta social. En estos casos, el sujeto agresivo suele percibir todos los hechos y circunstancias como amenazas o estresores que activan la cadena del estrés.

La persona asertiva, en cambio, expresa con intención productiva sus deseos y sus sentimientos ante los demás.

Para comprender mejor lo expuesto anteriormente por López (2005) presentamos una tabla que describe las características personales pasivas, asertivas y agresivas.

Tabla 4

Representación de los tipos de conducta que se adoptan dentro de la comunicación interpersonal. Al centro se ubican las conductas Asertivas (ideales) y a los extremos las Pasivas y Agresivas.

TIPO DE PERSONA PASIVA	TIPO DE PERSONA ASERTIVA	TIPO DE PERSONA AGRESIVA
*Tímida	*Predispuesta y	*Violenta
*Insegura	consciente de sus	*Hostil
*Asustadiza	derechos	*Comportamiento
*Retraída	*Expresión constructiva	exagerado en defensa
*Reacia a	de sentimientos e Ideas	de su posición, en
reafirmar sus	*Tendencia a la	desmedro de la de
derechos	extraversión	otros.
	*Socialmente productiva	*Socialmente no productiva

Nota. Fuente: López (2005) *Estrés, Epidemia del Siglo XXI*. Buenos Aires.

Bonham-Carter (2013) describe algunas de las características del individuo asertivo:

- Acepta flexiblemente la posibilidad de cambiar su modo de pensar de manera objetiva.
- Dice “no” cuando realmente lo desea, sin sentirse culpable.

- Exige respeto.
- Respeto a los demás.
- Expresa genuinamente sus pensamientos.
- Se siente bien consigo mismo.
- Busca una comunicación adecuada y eficaz.
- Si no sabe qué hacer, lo manifiesta sin vergüenza.
- No teme pedir consejos.
- Saben lo que quieren
- Tienen confianza en sí mismas
- Tienen una autoestima desarrollada
- Se comunican en forma clara y directa
- Son proactivas
- Aceptan sus limitaciones
- Buscan alcanzar sus objetivos

Para Roca (2014) la conducta asertiva tiene una serie de consecuencias positivas entre las que se encuentran:

- Optimiza la comunicación y reduce la posibilidad de una mala interpretación de nuestros mensajes.
- Contribuye a relacionarnos con los demás de una manera más satisfactoria.
- Facilita las condiciones para poder obtener aquello que nos proponemos o deseamos.
- Mayor satisfacción y menores molestias lo cual evita las fricciones como producto de la diaria convivencia.
- Ayuda a mejorar la autoestima.

- La relación con una persona asertiva promueve una comunicación más transparente sin manipulación, donde ambos interlocutores se respetan mutuamente y por lo tanto se sienten bien.

2.3.5. Manifestaciones de la asertividad.

2.3.5.1. Asertividad no verbal.

Para López (2005) la mayor parte de nuestra comunicación es no verbal. Se manifiesta a través de nuestra postura, la forma de presentarnos, de caminar, de mirar y el movimiento de las manos, entre otros. Nuestros gestos envían mensajes a los demás.

Este lenguaje cumple un doble objetivo: nos hace sentir seguros respecto de nosotros mismos y permite que esa seguridad sea percibida por los demás.

Específicamente, la mirada es una de las formas de expresión no verbal más importantes. Mirar directamente y sostener la mirada se interpreta como un sinónimo de confianza, honestidad y respeto lo cual redundará en una relación más productiva.

2.3.5.2. Asertividad verbal.

López (2005) habla de la palabra como elemento de comunicación asertiva, para lo cual se deben analizar distintos aspectos, tales como: las palabras utilizadas, la forma de expresarlas, el tono de voz.

Hay que escoger pertinentemente las palabras a usar. Deben ser medidas y de acuerdo con la comprensión del oyente, y nunca hirientes o agresivas. El objeto de toda comunicación es crear canales abiertos para la comprensión bilateral.

Se debe también mantener un volumen y tono de voz apropiados, ni muy alto ni muy bajo. Es importante saber enfatizar y acentuar aquellas palabras que expresen con mayor precisión lo que se quiere transmitir.

Durante un diálogo no hay que dudar en preguntar lo que no se entiende o se considere equivocado, empleando fórmulas corteses y no expresiones secas y que provoquen la confrontación.

La comunicación verbal y la no verbal se complementan y “con solo mejorar levemente cada una de ellas, se experimentará un progreso

notable en el nivel de comunicación, algo que origina mayor asertividad, esa herramienta de tanta eficacia para controlar el estrés” (López, 2005).

2.3.6. Tipos de asertividad.

Moreno (2007), describe cuatro tipos de Asertividad:

Asertividad positiva: Es necesario expresarla cuando el interlocutor interrumpe de manera irrespetuosa, descalificando o desvalorizando nuestros comentarios o ideas. Por ejemplo: “No me agrada que me interrumpas de esta manera”, “Permite que termine mi idea y luego sigues tú”. Estas declaraciones tienen que ser dadas con claridad y firmeza pero sin carga agresiva.

Asertividad escalonada: Elevación gradual de la firmeza de la respuesta asertiva, cuando la persona no reacciona ante nuestros mensajes asertivos iniciales.

Asertividad espontánea: Consiste simplemente en expresar, con frases adecuadas y en el momento preciso, algo positivo de otra persona por ejemplo: “considero que tu opinión es muy valiosa”, “aprecio tu interés en mi trabajo”.

Asertividad empática: Planteamiento inicial que transmite el reconocimiento hacia la otra persona y un planteamiento posterior sobre nuestros derechos e intereses, es decir, busca ponerse en el lugar del otro haciéndole entender que comprendemos sus opiniones y así podremos darle a comprender las nuestras. “Entiendo que está muy atareado pero también tienes una responsabilidad con nuestro equipo”. Se trata de una muy estrategia eficaz de darle solución a los conflictos en la comunicación.

2.4. Sobre el rol de la formación académica

Fernández, Morales y Portal (2004) afirman que la universidad como institución tiene como máxima responsabilidad la formación de los profesionales, pero esa instrucción no solo se refiere a la acumulación de conocimientos y el adiestramiento en algunas habilidades específicas. En la universidad referida por Fernández se enseña a mejorar la interrelación personal y directa desde y hacia la sociedad. Esta aproximación implica superar las concepciones tradicionales. En vez de constituirse como una simple transmisora de conocimientos, la institución universitaria debe crear profesionales con una visión

integradora de los procesos implicados en su práctica profesional. Plantea que sean conscientes de su papel en la comunidad, orientando su desempeño a la búsqueda de soluciones para los problemas no solo de sus sociedades sino del mundo. Bajo estos planteamientos, busca en las instituciones objeto de su estudio:

- Describir las acciones que promuevan y desarrollen una formación integral en los estudiantes de diferentes carreras de Ciencias Médicas.
- Fundamentar la importancia que tiene para la práctica docente y educativa una perspectiva integral.
- Plantear la necesidad de una constante revisión y mejora de las iniciativas que ayuden a que los egresados posean una personalidad integral que sea una ayuda a su sociedad.

Fernández et al. (2004) proponen conseguir la formación integral en las carreras ligadas al cuidado de la salud usando un sistema que influya en los egresados con una configuración metodológica que se desarrolle por etapas. La integridad de este proceso se conseguiría al plantear que se aplica en todo el proceso formativo, desde el ingreso hasta los estudios de posgrado.

En el trabajo de Gómez y Morales (2009) se plantean las esferas, dimensiones e indicadores esenciales para desarrollar cualquier tipo de evaluación institucional y de carreras de las Ciencias Médicas en relación con los procesos de formación de valores.

Indican que la evaluación debe incluir los ámbitos institucionales, sociopolíticos y del proceso docente-educativo que involucren el desarrollo consciente, perseverante y a largo plazo de los valores. Además, deberá considerar que todos los docentes, trabajadores no docentes, alumnos y comunidad son responsables de complejo proceso. Estas consideraciones parten del principio de que para educar en forma adecuada a los futuros profesionales de la salud se debe hacerlo desde las condiciones de trabajo. (Gómez y Morales, 2009)

Pasmanik y Winkler (2009) destacan el poder socializador de la vida universitaria y sugiere buscar la mayor coherencia posible entre el currículo explícito, referido a los aspectos pedagógicos, y el currículo oculto o implícito, que son el conjunto de experiencias que ocurren dentro de la institución. Resulta conveniente evaluar globalmente a la institución y la experiencia educativa que ofrece, desde el currículo hasta los valores que promueve y el modelo de profesional que promueve.

Sobre este planteamiento, se distingue:

- Una fase de formación inicial, desde el ingreso y hasta la licenciatura.
- Un ciclo profesional, anterior o posterior a la obtención del título profesional, pero en todo caso conducente a la habilitación para el ejercicio profesional.

En ambas etapas se buscaría favorecer que el estudiante fuera consciente por sí mismo de los problemas éticos, reflexionara sobre ellos para lograr el autoconocimiento ético-moral y asumiera en forma permanente una actitud reflexiva que permita en el futuro profesional ser capaz de auto-examinarse (Pasmanik y Winkler, 2009)

En la formación universitaria, la educación ética y bioética y la formación de valores se plantea de la siguiente manera (García y Pinto, 2011):

- Las asignaturas dedicadas a la Ética y Bioética intentan acercar al estudiante a los elementos teóricos del tema.
- Estos conocimientos teóricos son limitados y carecen de un espacio práctico específico.
- El estudiante de Medicina cursa la mayor parte del ciclo clínico de su formación sin los fundamentos teóricos necesarios para una adecuada valoración ética y bioética de los casos clínicos que asume.

Por tanto, esa parte de la formación se limita a iniciativas improvisadas e individuales, que no forman parte de postulados didácticos y pedagógicos (García y Pinto, 2011).

Además, al graduarse el estudiante, para ser un profesional adquiere una responsabilidad que lo obliga a responder por los daños ocasionados en su desempeño. Pero, no se presta la debida atención a la responsabilidad moral, cuestión importante que no es tratada a profundidad. La universidad debe preparar al estudiante en esta competencia para que la use como herramienta de perfeccionamiento profesional (García y Pinto, 2011).

La calidad en la formación profesional no puede ser planteada sin considerar que la actuación de cualquier profesional depende de los intereses prácticos y valores morales de la persona (García y Pinto, 2011).

Por ello, se considera que el diseño actual de los planes de estudios en Medicina no usa el sistema educacional para incorporar los mejores valores y ejercitar la reflexión bioética en forma integral. Respaldan su posición con la opinión de otros especialistas, que apuntan a que se hace muy poco para interesar de verdad a los estudiantes de pregrado en bioética (García y Pinto, 2011).

Advertimos un consenso en el ámbito del cuidado de la salud: los distintos aspectos de la conducta asertiva son esenciales en la relación que se da entre el profesional y el paciente. Esta conducta puede ser aprendida y fortalecida en los centros de formación profesional y técnica, según la investigación Del Prette, Del Prette y Mendes (1999). Sin embargo, tal análisis, que puede ser abordado desde distintas perspectivas, no cuenta a la fecha en nuestro país con los suficientes estudios que permitan establecer una completa metodología para evaluar adecuadamente los aspectos de la asertividad en nuestros centros de formación.

2.4.1. Interacción del profesional de la salud en la consulta

González (2002) presenta algunas reflexiones teóricas y metodológicas sobre la conceptualización y educación de la competencia profesional desde una perspectiva psicológica. Su concepción es histórico-social y toma en cuenta las investigaciones que realizó durante quince años en el área de la motivación y la orientación profesional.

La complejidad e importancia del tema requiere un examen multidisciplinario. Con ese enfoque se podrá identificar las claves de la formación y desarrollo de la competencia profesional en los ámbitos académicos y laborales (Gonzales, 2002).

Ospina (2008) indica que al terapeuta se le asigna un poder sustentado en:

- El convencimiento por parte del paciente de que el terapeuta posee un conocimiento y una actitud que necesariamente lo ayudará.
- El convencimiento por parte del paciente que nunca tendrá el conocimiento y actitud del terapeuta.

Por ello, el paciente asume una actitud sumisa y de espera en el proceso terapéutico. Muchas veces, este consenso permite que el profesional de la salud actúe en contra de los deseos de sus pacientes al promover la obediencia absoluta a las recomendaciones médicas, negando la

reflexión sobre la moralidad de las decisiones ni sobre las consecuencias de obligar a seguirlas.

En esta situación, el diálogo y el análisis racional permite aprender a distinguir y valorar puntos de vista distintos para que terapeuta y paciente asuman posiciones juiciosas. Por ello, es necesario generar a través de la formación en valores una nueva e igualitaria relación terapeuta-paciente.

2.5. Sobre la formación profesional de los estudiantes de Medicina humana y Psicología

2.5.1. Profesional en Medicina humana: Profesional capacitado para el diagnóstico y tratamiento de los enfermos, la prevención de las enfermedades, así como el fomento y la promoción de la salud del individuo y la población.

Diagnostica el nivel de salud de la comunidad y administra los recursos que se requiere para el desarrollo de las acciones destinadas a esta tarea. Resuelve los problemas del campo de la Salud Pública, en donde trata problemas como la drogadicción, el alcoholismo y SIDA, además de intentar el descenso en la mortalidad infantil, el aumento de la expectativa de vida y la fuerte disminución de enfermedades infecciosas y de desnutrición.

Con vasto conocimiento en procesos biológicos básicos, ciclo vital, conceptos *anatómicos, *morfológicos, *fisiológicos, *fisiopatológicos y aquellos factores que contribuyen a mantener, preservar y recuperar la salud. Capacitados para adaptarse a los cambios epidemiológicos, científicos y tecnológicos (The free dictionary, 2017).

2.5.2. Profesional en Psicología: Profesional que se dedica al estudio o a la aplicación práctica de la psicología y posee la formación científica adecuada (Dorsch, 1985). Persona que se especializa en el estudio de la estructura y funcionamiento del cerebro y lo relativo a procesos mentales humanos.

Un psicólogo clínico es aquel que ostenta estudios calificados en psicología y entrenamiento en psicología clínica, y provee servicios de consejería y evaluaciones a pacientes con desórdenes emocionales y mentales. (Dorsch, 1985).

2.5.3 El ejercicio profesional dentro y fuera del Perú: Nuestra investigación considera que los distintos aspectos de la asertividad son esenciales en el ser humano para lograr una mejor relación interpersonal. En cualquier sociedad, estas relaciones se establecen en todos los ámbitos, incluido el laboral. Entre un profesional dedicado al cuidado de la salud y su paciente se teje una relación compleja en la que ambos están igualmente implicados (Gherardi, 1998).

Este punto cobra más trascendencia si se recuerda que una relación positiva entre médico y paciente, basada en una comunicación cortés y en la confianza mutua, favorece la recuperación frente a una intervención quirúrgica, mejora las posibilidades de superar infecciones, normaliza el ritmo cardíaco, permite sobreponerse a un cuadro depresivo, entre muchas otras consecuencias provechosas. Una relación inadecuada puede afectar en forma negativa la salud del convaleciente. (González, 2003).

Del mismo modo, la comunicación asertiva entre el psicólogo y el paciente tiene consecuencias positivas: provoca una mayor apertura y confianza, reduce el estrés y ayuda en la recuperación del paciente. Hacia fines del siglo pasado se iniciaron los estudios para determinar la importancia de la relación terapéutica dentro del proceso terapéutico. Las investigaciones concluyeron que la relación terapéutica explica un 30% de la mejoría de los pacientes, siendo un factor común a la mayoría de las psicoterapias (Etchevers, Putrino, Giusti, Helmich, Cantaro, Tabullo y Argibay, 2014).

Por otro lado, el ámbito de las profesiones de la salud se ve afectado en su performance cuando el paciente es asumido como un “cliente” es decir, un medio que el profesional utiliza para procurarse dinero y estatus, tal como lo cita Lara y Mateos (1994):

“La práctica profesional se resiente, es influenciada por el medio en que actuamos y son muy pocos lo que pueden escapar totalmente, porque se trata de una ley general y férrea. Es que el deseo de alcanzar una situación de privilegio o de comodidad social, es el resorte más poderoso y formidable que llevamos dentro de nosotros mismos, sin que el hecho de ser profesionales lo neutralice o lo anule. Nos lanzan a la pelea en vez de impulsarnos a la tarea exclusiva de curar a los enfermos. Nos entregan un diploma y nos dejan libres en medio de la vida, señalando al enfermo como el inmediato proveedor de los medios que nosotros necesitamos para asegurar nuestra vida y labrarnos un porvenir. Y con ese formidable instrumento -el diploma- arremetemos con impulso juvenil, y porfiamos por conquistar al cliente, para sacarle al enfermo los medios para nuestra ascensión social...”

La medicina pasa a ser un trabajo mecánico cuando el profesional es solo una pieza más de un engranaje, con gobiernos irresponsables que abandonan la prevención y la atención integral. Pero, los médicos tienen parte de responsabilidad en esa situación. Ellos han renunciado a plantear alternativas (Marquez, 2014).

Finalmente, el crecimiento económico experimentado en los últimos años ha permitido el surgimiento de una incipiente clase media en todo el país. Sus integrantes valoran el emprendimiento y el liderazgo (Huber y Lamas, 2016) por lo que son cada vez más conscientes de sus derechos personales y no aceptan en forma sumisa actitudes arbitrarias.

Los duros cuestionamientos a los profesionales de la salud que se reportan periódicamente en los medios de comunicación deben ser superados no solo con inversión en infraestructura o equipamiento. La mejora del servicio de salud necesariamente pasa por implementar una política donde se dé importancia a la formación y desarrollo de los profesionales para revertir una marcada desmotivación y pérdida de compromiso de los mismos en la labor sanitaria (Lazo, Alcalde y Espinoza, 2016). Consideramos que la formación asertiva es esencial. El profesional debe proceder en forma asertiva para ganar la confianza del paciente y mejorar su imagen ante la sociedad (Berro, 2009).

Alentar en los futuros psicólogos y médicos la consciencia de que los modelos asertivos para vincularse con sus pacientes permiten cumplir con el objetivo terapéutico en forma más eficiente sólo podrá darse a partir de una adecuada medición de los factores que influyen en el comportamiento social (Pons, 2006).

3. Definición de términos básicos

3.1. Agresividad: El comportamiento agresivo es el que busca la expansión del dominio que controla el individuo. Tal expansión puede incluir espacios físicos, así como áreas de función que una persona desempeña en un lugar o en una situación (trabajo, rol), así como la obtención de estatus, es decir, la posición que una persona ocupa en la sociedad o en un grupo social.

3.2. Asertividad: La asertividad es la conducta de respuesta a las conductas de tipo agresivo. Esta conducta asertiva permite el mantenimiento y restablecimiento de los espacios físicos/emocionales mediante, los cuales el sujeto es capaz de controlar el inicio del conflicto

3.3. Carreras de la Salud: Medicina Humana y Psicología

El médico debe participar, multi-profesionalmente, en todos los niveles de atención del sector salud, particularmente en el ámbito hospitalario en relación con el tratamiento y rehabilitación de los pacientes para su integración a su medio familiar y social, incluyendo acciones de prevención de las enfermedades y fomento a la salud, extensivas a la comunidad (Zama, 2007).

La Psicología intenta descubrir las causas del comportamiento humano, tanto a nivel individual, social y patológico, y de su problemática para llevar a la persona a comprender los mecanismos que determinan sus problemas para aprender a controlarlos, como también aprender a desarrollar las propias características y capacidades individuales. Trata de facilitar y acompañar el proceso de búsqueda en la solución de los problemas de las personas y los grupos sociales. Para ello, utiliza estrategias de reaprendizaje y de toma de conciencia de determinadas situaciones.

Estudia la existencia de una multiplicidad de problemas sociales que necesitan ser identificados y releídos, como el de la relación familiar y social de una persona, a fin de promover en ella procesos de cambio autónomos y sustentables en el tiempo, ejerciendo también una labor preventiva y educadora en dicho ámbito.

Para todo esto dispone de un método, técnicas e instrumentos que permiten abordar científicamente los procesos de evaluación de problemas psicológicos, su diagnóstico y tratamiento.

3.4. Aprendizaje social

El individuo adquiere nuevas conductas a través del refuerzo o castigo, o a través del aprendizaje observacional de los factores sociales de su entorno. Si el individuo observa consecuencias “deseables” o positivas en las conductas de las otras personas es más probable que imite dichas conductas, es decir, que la tomen como modelo o la adopten.

En el caso específico del aprendizaje de la asertividad en el ámbito académico, estas conductas deberían ser promovidas y reforzadas por los tutores, profesores y, en lo posible, por los mismos alumnos. Es decir, la comunidad académica debe establecer a la asertividad como un paradigma de la conducta profesional. Este planteamiento debe empezar en la relación el docente y el estudiante. Los profesores deberían fomentar que el alumno pregunte, cuestione, debata con absoluta

libertad y con el debido respeto. Por consiguiente, un profesor no debería mostrarse amenazado o incomodo frente a una conducta altamente asertiva como lo sería un cuestionamiento de sus propios conocimientos por parte de sus alumnos.

En lo que respecta a la conducta agresiva no destructiva, en términos de expansión de los privilegios, estatus y territorios, no debería ser promovida en la consulta, tanto de médicos como de psicólogos.

CAPÍTULO III. Hipótesis y variables

1. Supuestos científicos básicos

La formación profesional implica tanto la formación teórica del profesional como su adiestramiento técnico, es decir, conocimientos y habilidades. La formación personal involucra la personalidad, inteligencia emocional, habilidades sociales, así como valores y actitudes, tal como se evidencia en la investigación llevada a cabo por Del Prette et al. (1999) en la que se sustenta la importancia de programas que coadyuven al desarrollo de habilidades interpersonales para el logro del éxito profesional.

Pasmanik y Winkler (2009) proponen dar importancia a la formación de valores que cada institución proyecta. Consideran que esta formación debe darse desde el inicio de los estudios universitarios hasta la licenciatura con la finalidad de favorecer la toma de conciencia en problemas éticos, la facilitación del autoconocimiento en la dimensión ético-moral y la promoción de una actitud reflexiva e introspectiva.

Más específicamente, García y Pinto (2011) refieren que en la carrera de Medicina no se aprovecha el sistema educacional como el espacio ideal para el cultivo temprano de los valores que se requiere incorporar en el estudiante, y para el ejercicio bioético sistemático, lo que resultaría en un profesional mejor equipado no solo técnica/teóricamente.

En este sentido Jakubowski-Spector (1973) y Alberti y Emmons (1995) explican que ser asertivo implica expresar nuestros sentimientos e ideas con libertad, pero tomando siempre en cuenta los sentimientos y la integridad de los demás. Este planteamiento debe ser usado por los profesionales, especialmente los que se dedican al cuidado de la salud, debido que la relación médico-paciente o terapeuta-paciente es asimétrica y debe evitarse el abuso de poder por parte del profesional.

Además, en el Perú ocurre una situación preocupante en la relación médico - paciente. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en su Encuesta Nacional de Percepción de los usuarios de consulta externa del 2015, el 71.1 % de los entrevistados aseguraron estar satisfechos con la atención recibida en los servicios de salud públicos, pese a que tuvieron que esperar hasta 103 minutos para ser atendidos. Pero, en el Latinobarómetro referido a nuestro país, con data del 2015, se indica que sólo el 31.6 % de la población peruana está satisfecha con la atención que recibe en los hospitales públicos.

Esta diferencia tan notoria puede explicarse porque algunos estudios disponibles sobre el servicio brindado a los pacientes no evalúan el trato digno, que incluye la evaluación de la condición de dignidad, autonomía, confidencialidad, entre otros (Silva, 1999). Si se simplifica la medición de la satisfacción del usuario frente a los servicios relacionados a la salud como si fuera cualquier otro bien o servicio de mercado no se tendrá una confiable evaluación de los datos.

Por eso, dado que se necesitan instrumentos válidos y confiables, y es lo que esta investigación consigue, utilizando para ello la obtención del puntaje z, que permitió obtener el baremo en función al puntaje T, además del baremo percentilar, lográndose de esta manera un instrumento válido y confiable y con normas para la realidad estudiada correspondiente al inventario de asertividad y agresividad de Bakker.

Con este instrumento se describió y analizó los niveles de agresividad y asertividad propuestos por Bakker en un grupo de estudiantes de las carreras de Psicología y Medicina Humana como un primer paso para obtener la información que nos permita conocer las tendencias en los comportamientos de los futuros profesionales.

2. Hipótesis

2.1. Hipótesis Generales

H₁ El nivel de asertividad en los estudiantes de la carrera de Medicina Humana es diferente en comparación con el nivel de asertividad en los estudiantes de la carrera de Psicología.

H₂ El nivel de agresividad en los estudiantes de la carrera de Medicina Humana es diferente en comparación con el nivel de agresividad en los estudiantes de la carrera de Psicología.

2.2. Hipótesis Específicas

H1.1. El nivel de asertividad en los estudiantes de género femenino difiere significativamente en comparación con el nivel de asertividad en los estudiantes de género masculino.

H1.2. El nivel de agresividad en los estudiantes de género femenino difiere significativamente en comparación con el nivel de agresividad en los estudiantes de género masculino.

H1.3. Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de agresividad en los estudiantes de Medicina considerando el ciclo académico.

H1.4. Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de agresividad en los estudiantes de Psicología considerando el ciclo académico.

H1.5. Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de asertividad en los estudiantes de Medicina considerando el ciclo académico.

H1.6. Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de asertividad en los estudiantes de Psicología considerando el ciclo académico.

3. Variables de estudio o áreas de análisis

- Los niveles de asertividad y agresividad en los estudiantes de la carrera de Medicina Humana en comparación con los niveles de asertividad y agresividad en los alumnos de la carrera de Psicología.
- Las diferentes carreras (Psicología y Medicina Humana) que siguen los estudiantes.
- El género de los estudiantes que conforman la muestra para esta investigación.
- Los ciclos cursados (primeros y últimos en cada una de las carreras).

CAPÍTULO IV. Método

1. Diseño de investigación

La presente investigación es descriptiva – comparativa. Se interesa por describir, explicar la influencia que intervienen en una determinada realidad, en este caso, los niveles de asertividad y agresividad en alumnos de dos carreras ligadas al cuidado de la salud humana.

El diseño de la investigación comparativa es simple. Estudiamos ejemplares que pertenecen al mismo grupo pero que difieren en algunos aspectos. Ambos grupos pertenecen a una universidad particular. Un grupo son estudiantes de Medicina y el otro de Psicología. A su vez, en ambas carreras encontramos diferencias de género. Todas estas diferencias llegan a ser el foco del examen. La meta es descubrir si la pertenencia a un grupo explica los diferentes niveles de asertividad y agresividad, y así revelar la estructura subyacente general que produce o permite tal variación.

2. Población de estudio

Estudiantes de las carreras profesionales de Medicina Humana y Psicología de una universidad privada en Lima, Perú.

La Facultad de Medicina Humana está actualmente conformada por un total de 1,681 alumnos. De ese número, 1,009, aproximadamente el 60.02%, pertenecen al género femenino y 672 al masculino, aproximadamente el 39.98%.

Por otro lado, la facultad de Psicología la conforman un total de 576 alumnos. De esa cifra, 416 pertenecen al género femenino (72.20 %) y 160 al masculino (27.7%).

3. Muestra de investigación o participantes

Se usó el muestreo No probabilístico e Intencional con:

- Trescientos veinte estudiantes de una universidad privada en Lima, Perú:
- Cien alumnos de la carrera de psicología de ciclos intermedios.
- Cien alumnos de la carrera de Medicina Humana de ciclos intermedios

- Treinta alumnos de la carrera de Psicología cursando el 1er ciclo.
- Treinta alumnos de la carrera de Psicología del 9no y 10mo ciclo.
- Treinta alumnos de la carrera de Medicina cursando el 1er ciclo.
- Treinta alumnos de la carrera de Medicina Humana cursando el 12vo ciclo académico.

En los dos casos, se intentó tener una muestra variada (con respecto a los ciclos, las edades y sexo).

4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Ficha Técnica

Nombre original	:The Bakker assertiveness-aggressiveness inventory
Nombre en español	: Inventario de As- Ag de B. Bakker et al.
Autor y Año	: Cornelis B. Bakker, Marianne K. Rabdau y Saul Breit (1978). Validado por Paolo Olivari y Carmen Pezzia (2017)
Significación	: Asertividad (defensa del territorio y privilegio) y Agresividad (comportamiento de iniciación)
Administración	: Individual y colectiva
Aplicación	: 18 a 29 años
Puntuación	: Calificación manual
Ámbito de aplicación	: Diversa (clínica, social, educativa etc.)

Duración	: Aproximadamente 20 minutos
Validez	: Índice de Lawshe (1) para Lima, Perú
Confiabilidad	: Alfa de Cronbach (0.79) para Lima, Perú

Materiales: Manual, cuadernillo de preguntas, hoja de respuestas y plantilla de corrección.

Antes de aplicar el inventario de Bakker se procedió a su validación, para lo cual se empleó el criterio de jueces y se calculó la validez de los ítems mediante el índice de Lawshe: $cvr = (n_e - N/2)/(N/2)$.

Este procedimiento consistió en la solicitud de la lectura del Inventario con la finalidad de obtener una opinión experta de acuerdo a su trayectoria en el área clínica/educativa.

Tabla 5

Lista de jueces

Numero	Nombre	Grado
Juez 1	Miguel Escurra	Psicólogo Magister
Juez 2	Ana Delgado	Doctora en Psicología
Juez 3	Rosa Rodríguez	Psicóloga Magister
Juez 4	Juan Pequeña	Psicólogo Magister
Juez 5	Natividad Espíritu	Doctora en Psicología
Juez 6	Ana María Montero	Doctora en Psicología

Los resultados obtenidos se muestran en la tabla siguiente en la cual se observa que todos los ítems de la prueba fueron aprobados por el total de los 6 expertos

A continuación presentamos la plantilla con las valoraciones de los expertos, mostrando el acuerdo entre ellos para la aceptación de los ítems.

Tabla 6

Ítems aprobados por los jueces para el índice de Lawshe

Ítem	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Juez	Total	Índice de Lawshe	Criterio
	1	2	3	4	5	6			
1	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
2	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
3	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
4	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
5	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
6	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
7	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
8	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
9	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
10	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
11	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
12	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
13	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado

14	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
15	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
16	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
17	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
18	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
19	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
20	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
21	S	s	S	S	S	S	6	1	Aceptado
22	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
23	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
24	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
25	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
26	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
27	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
28	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
29	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
30	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
31	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado

32	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
33	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
34	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
35	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado
36	S	S	S	S	S	S	6	1	Aceptado

Un aporte importante del actual estudio fue el de proporcionar un nivel de confiabilidad actualizado para el inventario de Bakker. Para la confiabilidad de los datos se aplicó un Análisis de Fiabilidad a los 36 ítems de una muestra de 30 participantes. El resultado fue un Alfa de Cronbach de 0.79.

Tabla 7

Estadísticas de fiabilidad

		N	%	Alfa de Cronbach	N de elementos
Casos	Válido	30	100	0.79	36
	Excluido	0	0	-	-

5. Procedimientos para la recolección de datos

En primer lugar, se contactó a los profesores de los cursos de las carreras Medicina humana y Psicología para coordinar la aplicación del Inventario As-Ag de Bakker a los alumnos.

A continuación se solicitaron los permisos pertinentes a los profesores en cuestión para proceder con la aplicación del Inventario previo consentimiento informado.

De acuerdo al cronograma pactado con los profesores se aplicó el Inventario de manera colectiva a los alumnos de ambas facultades.

6. Técnicas de procesamientos y análisis de datos

Se utilizó el estadístico de comparación y, previamente, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución estadística de los datos.

Tabla 8

Comprobación de la curva de normalidad en puntajes de asertividad y agresividad en estudiantes de las carreras de medicina y psicología utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov

		Asertividad	Agresividad
N		120	120
Parámetros Normales	Media	64.01	57.81
	Desviación Estándar	6.516	6.596
Prueba Estadística		.080	.081
Sig. Asintótica (bilateral)		.054	.052

*p > 0.05

En este caso, el nivel de significación para las muestras de Asertividad y Agresividad fue de .054 y .052, respectivamente. La distribución estadística es normal, por lo que se utilizó la prueba t de Student para grupos independientes.

CAPÍTULO V. Resultados obtenidos

1. Presentación y análisis de datos

En lo referido a la hipótesis general 1, en la tabla 9 se compararon los puntajes de asertividad presentados por los estudiantes de psicología y los de medicina.

Tabla 9

Comparación del nivel de asertividad de los estudiantes según la carrera utilizando la prueba t para muestras independientes.

Carrera	N	Media	D. Estándar	t	Sig. (bilateral)
Psicología	160	63.96	6.86	0.23	0.82
Medicina	160	63.78	6.49		

*p > 0.05

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de ambas carreras utilizándose la prueba paramétrica t de Student de 0.23, no comprobándose la hipótesis planteada.

Con respecto a la hipótesis general 2 en la tabla 10 se compararon los puntajes de agresividad presentados por los estudiantes de psicología y los de medicina.

Tabla 10

Comparación del nivel de agresividad de los estudiantes según la carrera utilizando la prueba t para muestras independientes.

Carrera	N	Media	D. Estándar	t	Sig. (bilateral)
Psicología	160	57.58	6.11	-1.19	0.24
Medicina	160	58.43	6.66		

*p > 0.05

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de ambas carreras utilizándose la prueba paramétrica t de Student de 1.19, no comprobándose la hipótesis planteada

En lo relativo a la hipótesis específica 1.1 en la Tabla 11 se compararon los puntajes de asertividad de los estudiantes teniendo en cuenta el género.

Tabla 11

Comparación del nivel de asertividad de los estudiantes según su género utilizando la prueba t para muestras independientes.

Género	N	Media	D. Estándar	T	Sig. (bilateral)
Masculino	115	64.55	6.01	1.37	0.17
Femenino	205	63.49	7.00		

*p > 0.05

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de asertividad de los estudiantes del género masculino y el femenino utilizando la prueba paramétrica t de Student cuyo resultado fue de 1.37, no comprobándose la hipótesis planteada.

Acerca de la hipótesis específica 1.2 en la tabla 12 se compararon los puntajes de agresividad de los estudiantes teniendo en cuenta el género.

Tabla 12

Comparación del nivel de agresividad de los estudiantes según su género utilizando la prueba t para muestras independientes

Género	N	Media	D. Estándar	t	Sig. (bilateral)
Masculino	115	58.02	6.60	0.23	0.98
Femenino	205	58.00	6.29		

*p > 0.05

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de agresividad de los estudiantes del género masculino y el femenino utilizando la prueba paramétrica t de Student cuyo resultado fue de 0.23, no comprobándose la hipótesis planteada.

En cuanto a la hipótesis específica 1.3 de la tabla 13 se compararon los puntajes de agresividad de los estudiantes de medicina según el ciclo académico.

Tabla 13

Comparación del nivel de agresividad de los estudiantes de medicina según el ciclo académico utilizando la prueba t para muestras independientes

Ciclos Medicina	N	Media	D. Estándar	t	Sig. (bilateral)
Primeros Ciclos	30	56.87	6.44	-1.15	0.26
Últimos Ciclos	30	58.80	6.65		

*p > 0.05

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de agresividad de los estudiantes de los primeros y últimos ciclos de medicina utilizando la prueba paramétrica t de Student cuyo resultado fue de -1.15, no comprobándose la hipótesis planteada.

En lo que respecta a la hipótesis específica 1.4 en la tabla 14 se compararon los puntajes de agresividad de los estudiantes de psicología según el ciclo académico.

Tabla 14

Comparación del nivel de agresividad de los estudiantes de psicología según el ciclo académico utilizando la prueba t para muestras independientes

Ciclos Psicología	N	Media	D. Estándar	t	Sig. (bilateral)
Primeros Ciclos	30	58.80	6.47	1.18	0.24
Últimos Ciclos	30	56.77	6.85		

*p > 0.05

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de agresividad de los estudiantes de los primeros y últimos ciclos de psicología utilizando la prueba paramétrica t de Student cuyo resultado fue de 1.18, no comprobándose la hipótesis planteada.

Sobre la hipótesis específica 1.5 en la Tabla 15 se compararon los puntajes de asertividad de los estudiantes de medicina teniendo en cuenta el ciclo académico.

Tabla 15

Comparación del nivel de asertividad de los estudiantes de medicina según el ciclo académico utilizando la prueba t para muestras independientes

Ciclos Medicina	N	Media	D. Estándar	t	Sig. (bilateral)
Primeros Ciclos	30	63.53	7.15	-0.34	0.74
Últimos Ciclos	30	64.13	6.54		

*p > 0.05

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de asertividad de los estudiantes de los primeros y últimos ciclos de medicina utilizando la prueba paramétrica t de Student cuyo resultado fue de -0.34, no comprobándose la hipótesis planteada.

En referencia a la hipótesis específica 1.6 en la tabla 16 se compararon los puntajes de asertividad de los estudiantes de psicología considerando su ciclo académico.

Tabla 16

Comparación del nivel de asertividad de los estudiantes de psicología según el ciclo académico

Ciclos Psicología	N	Media	D. Estándar	t	Sig. (bilateral)
Primeros Ciclos	30	65.10	6.63	1.13	0.26
Últimos Ciclos	30	63.27	5.87		

*p > 0.05

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el nivel de asertividad de los estudiantes de los primeros y últimos ciclos de psicología utilizando la prueba paramétrica t de Student cuyo resultado fue de 1.13, no comprobándose la hipótesis planteada.

Como aporte adicional de nuestra investigación presentamos los baremos para el inventario de Bakker adaptado, usando puntajes Z y puntajes T.

Tabla 17

Puntajes Directos, Z, y T para los baremos del inventario Bakker

	PD Aser	PD Agres	z. Aser	z. Agres	T Aser	T Agres
P01	64	60	-0.10	0.53	48.97	55.26
P02	65	51	0.03	-0.89	50.26	41.07
P03	58	66	-0.87	1.47	41.27	64.72
P04	73	47	1.05	-1.52	60.53	34.76
P05	68	58	0.41	0.21	54.11	52.10
P06	59	55	-0.74	-0.26	42.55	47.37
P07	58	56	-0.87	-0.11	41.27	48.95
P08	56	49	-1.13	-1.21	38.70	37.91
P09	44	42	-2.67	-2.31	23.29	26.88
P10	63	55	-0.23	-0.26	47.69	47.37
P11	62	57	-0.36	0.05	46.40	50.53
P12	63	51	-0.23	-0.89	47.69	41.07
P13	69	51	0.54	-0.89	55.39	41.07
P14	73	58	1.05	0.21	60.53	52.10
P15	62	52	0.36	-0.74	46.40	42.64
P16	86	71	2.72	2.26	77.22	72.60
P17	71	60	0.80	0.53	57.96	55.26
P18	71	60	0.80	0.53	57.96	55.26
P19	59	58	-0.74	0.21	42.55	52.10
P20	80	66	1.95	1.47	69.52	64.72
P21	68	66	0.41	1.47	54.11	64.72
P22	65	64	0.03	1.16	50.26	61.56
P23	62	58	-0.36	0.21	46.40	52.10
P24	62	52	-0.36	-0.74	46.40	42.64
P25	69	54	0.54	-0.42	55.39	45.80
P26	58	52	-0.87	-0.74	41.27	42.64
P27	70	62	0.67	0.84	56.68	58.41
P28	64	55	-0.10	-0.26	48.97	47.37
P29	61	61	-0.49	0.68	45.12	56.83
P30	61	53	-0.49	-0.58	45.12	44.22

Tabla 18

Baremos en Puntuación T de las 2 escalas del Inventario de asertividad y agresividad de Bakker en universitarios de Lima Metropolitana.

PD	TAS	TAG
42	22.23	26.88
44	23.29	32.54
47	24.88	34.76
49	25.94	37.91
51	27.00	41.07
52	27.53	42.64
53	28.06	44.22
54	28.59	45.80
55	29.12	47.37
56	38.70	48.95
57	39.39	50.53
58	41.27	52.10
59	42.55	53.00
60	43.27	55.26
61	45.12	56.83
62	46.40	58.41
63	47.69	59.35
64	48.97	61.56
65	50.26	62.52
66	51.03	64.72
68	54.11	66.68
69	55.39	67.66
70	56.68	68.64
71	57.96	72.60

Tabla 19

Baremos en percentiles de las 2 escalas del Inventario de asertividad y agresividad de Bakker en universitarios de Lima Metropolitana

Pc	AS	AG
99	-	-
90	73	66
80	70	61
75	69	60
70	68	60
60	65	58
50	63	56
40	62	55
30	61	52
25	60	52
20	59	51
10	58	49
1	44	42

Tabla 20

Niveles en percentiles del Inventario AS AG de Bakker

Nivel	Puntaje Percentilar
Bajo	1-24
Bajo Intermedio	25-49
Alto Intermedio	50-74
Alto	75-99

Tabla 21

Niveles Teóricos del Inventario AS AG de Bakker

Nivel	Puntaje Directo
Bajo	18 - 41
Medio	42 - 65
Alto	66 - 90

2. Interpretación o discusión de resultados.

En la presente investigación, de carácter descriptivo-comparativo, se describieron y midieron, según la propuesta de Bakker, los niveles de asertividad y de agresividad en los estudiantes universitarios de las carreras relativas a la salud, específicamente, psicología y medicina humana. Así mismo, se realizaron comparaciones en función al género, ciclos cursados, y carreras para comprobar si existían diferencias significativas entre estas variables.

En términos generales, el nivel de asertividad de los estudiantes de psicología se encuentra dentro del nivel considerado Medio, según los planteamientos teóricos del inventario y el desarrollo de los niveles teóricos realizados. El promedio obtenido fue de 63.96 puntos. El nivel de asertividad de los estudiantes de medicina también se encuentra en el nivel considerado Medio, con 63.78 puntos. Ambos niveles de asertividad son muy parecidos entre sí.

Las demás comparaciones referidas a la asertividad realizadas mostraron diferencias similares a las referidas en el párrafo anterior, es decir, son estadísticamente no significativas. Casi todos los grupos de comparación, hombres, mujeres, de primeros ciclos y últimos ciclos, y en ambas carreras, muestran una asertividad que oscila entre los valores comprendidos en el nivel Medio.

Estos resultados similares pueden explicarse porque la muestra estuvo conformada por estudiantes universitarios de una misma casa de estudios, por lo que es razonable suponer que comparten, hasta cierta medida, similar idiosincrasia y nivel socioeconómico. Análogos resultados fueron encontrados por García (2006), que también concluyó que los estudiantes de la Universidad Rafael Urdaneta poseían niveles medios de asertividad.

El planteamiento inicial de nuestra investigación esperaba encontrar diferencias significativas en los niveles de asertividad teniendo en cuenta el género de los estudiantes; asumiendo, además, que las mujeres obtendrían los puntajes más elevados. Esta idea se sustenta en postulados ampliamente aceptados, tal como el de Ferrer (2011), quien menciona que, culturalmente, las características femeninas referidas al relacionamiento social e intuición se adaptan más a las exigencias propias de un psicólogo.

Sin embargo, los resultados hallados revelan una diferencia poco significativa, donde, incluso, las mujeres presentaron puntajes

ligeramente menores al de los hombres en lo relativo a la asertividad. Estos resultados pueden explicarse, en parte, porque en nuestra cultura la conducta asertiva en una mujer tiende a ser calificada en términos negativos. Incluso, en algunos contextos culturales, la asertividad es confundida con la agresividad, según reporta Flores (en Gaeta y Galvanovskis, 2009). Muchas veces, las mujeres se preocupan por mantener relaciones armoniosas con los demás y mostrarse asertivas provocaría fricciones y, ante ello, optan por la pasividad.

Respecto al nivel de asertividad presentado por los estudiantes de Medicina según el ciclo académico, no se encontraron, otra vez, diferencias significativas. Sin embargo, se puede observar tendencia hacia una mayor asertividad en los estudiantes de los últimos ciclos de la carrera.

Los resultados obtenidos se explican teniendo en cuenta la definición de Bakker (1978) acerca de asertividad como un comportamiento que lleva al individuo a defender y, por consiguiente, conservar su territorio, privilegios y estatus. Por ejemplo, cuando un médico hace respetar el horario de las citas pactadas o cuando defiende los criterios que usa para llegar a diagnósticos.

De acuerdo con los resultados observados en los estudiantes de Psicología en relación al ciclo académico, se puede apreciar que los de los últimos ciclos presentan puntajes menores de asertividad en comparación con los estudiantes de los primeros ciclos, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Si bien esto podría parecer a primera vista contradictorio, se explicaría en el sentido de que el estudiante de último ciclo, al momento de realizar sus prácticas profesionales, se encuentra con la dura realidad de un mercado de oportunidades limitadas; entonces, se ve “obligado” a negociar su asertividad, entendida como su defensa de derechos, estatus y territorios por un puesto laboral.

Con respecto a la agresividad, sus puntajes también se encuentran en el nivel considerado Medio, según los niveles teóricos del inventario. Los estudiantes de Psicología obtuvieron 57.58 puntos, y los de Medicina 58.43 puntos.

Debemos apuntar que, en referencia a los niveles de agresividad entre los estudiantes de psicología y medicina, los segundos mostraron un puntaje ligeramente superior a los primeros; no obstante, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Inicialmente se había planteado esta hipótesis en el sentido de que los estudiantes de medicina eran formados con herramientas más agresivas que los psicólogos (más

impositivos, ambiciosos y pragmáticos), con tendencia a no tomar en cuenta los derechos de los pacientes con tal de mantener el poder dentro de la consulta, tal como lo precisa Lara y Mateos (1994) al referir la formación que recibe el común de los médicos, en la que el paciente es visto como el inmediato proveedor de los medios para su sustento y el vehículo para adquirir cada vez más estatus y privilegios.

En lo que respecta a la agresividad entre hombres y mujeres se partió de la idea, ampliamente aceptada, de que el hombre suele ser más agresivo que la mujer, en el sentido de perseguir con mayor avidez sus metas, estatus y privilegios, lo cual se corrobora por encuestas como la realizada por la consultora Ransdtad (2016), la cual reveló que el 71% de hombres son más ambiciosos y buscan un ascenso laboral contra un 56% de las mujeres. Estos porcentajes se explican porque muchas mujeres tienen responsabilidades domésticas que el hombre no suele tener, por lo que buscan otro tipo de beneficios laborales, usualmente asociados al tiempo.

No obstante, los resultados encontrados en la presente investigación indican que no existen diferencias significativas en los puntajes de agresividad según el género, lo cual podría explicarse porque actualmente existe el consenso social de que lo ideal es que tanto hombres como mujeres compartan responsabilidades y ambiciones académicas, laborales y domésticas en la misma proporción. Este cambio en el paradigma sobre el rol de las mujeres se inició en el siglo XX, cuando las mujeres empezaron a acceder en forma masiva a la educación, ingresaron al sistema laboral y participan en la actividad pública y separaron la sexualidad de la procreación, según afirma Martínez, Reyes, García, Gutiérrez, Ojeda, Jiménez,... Valles (2015).

En relación con los puntajes obtenidos por los estudiantes de medicina, teniendo en cuenta el ciclo académico cursado, se encontró que los estudiantes de los últimos ciclos obtuvieron mayores puntajes en agresividad que los estudiantes de los primeros ciclos, aunque las diferencias no fueron significativas.

Esta tendencia podría explicarse en el hecho de que los estudiantes de los primeros ciclos no han tenido experiencia alguna en el campo práctico, a diferencia de los estudiantes de los últimos ciclos, quienes se van familiarizando con las prácticas y maneras de médicos con amplia trayectoria. El concepto tradicional de la medicina, según Trainini (2002), no incluye la relación entre los pacientes y el médico, así como las circunstancias que rodean la práctica médica.

Por lo contrario, los estudiantes de Psicología presentaron mayor agresividad al inicio de la carrera, y ésta disminuye en el último ciclo. Aunque las diferencias tampoco fueron significativas, este hecho puede ser explicado porque en el programa de estudios de la carrera de Psicología hay un porcentaje significativo de cursos con contenido relativo a la ética profesional y al desarrollo de habilidades personales sociales, a diferencia de la carrera de medicina Humana, que presenta solo la mitad de cursos relacionados con estos tópicos a pesar de que la carrera requiere de más tiempo de estudios. En este sentido, Del Prette (1999) demuestra que los alumnos son susceptibles a adquirir habilidades sociales luego de participar en un programa de desenvolvimiento interpersonal profesional.

CAPÍTULO VI. Resumen y conclusiones

1. Resumen del estudio

El objetivo del presente estudio fue describir y comparar los niveles de asertividad y agresividad, según el planteamiento conceptual de Bakker, considerando las carreras (Medicina Humana y Psicología), los géneros y los ciclos cursados.

Se tuvo como base teórica los conceptos propuestos por Bakker (1978) acerca de la asertividad y agresividad, y los de Bandura (1973) en lo que respecta al aprendizaje de estas conductas en el ámbito universitario.

Para ello, se procedió a la validación del Inventario de Asertividad y Agresividad de Bakker. Se confirmó, a través del juicio de expertos, que este instrumento cuantifica, de forma significativa y adecuada, los rasgos que señala Bakker.

Posteriormente se procedió a verificar el grado de confiabilidad, es decir, la consistencia y estabilidad de las puntuaciones obtenidas, para lo cual se aplicó el Alfa de Cronbach a las respuestas de los inventarios de 30 participantes.

Se propuso realizar los baremos necesarios para poder comparar el resultado (puntaje directo) que obtiene un individuo en el inventario con su propio grupo de referencia; así como también poder ubicar en qué nivel se ubican los puntajes obtenidos en lo que respecta a la asertividad y agresividad de los alumnos participantes.

Se encontró que no existen diferencias significativas al comparar las carreras, los géneros y los ciclos cursados; sin embargo, se pudieron

hallar tendencias en los puntajes obtenidos por los estudiantes investigados.

2. Conclusiones generales y específicas

- Se concluye que, respecto a los niveles de asertividad y a la agresividad, no se encontraron diferencias significativas en relación a la carrera. Así mismo, se concluye que respecto a los niveles de asertividad y agresividad no se encontraron diferencias significativas en relación al género. Por último, se concluye que, con respecto a los niveles de asertividad y agresividad, no se encontraron diferencias significativas considerando el ciclo académico.

- El presente estudio, al examinar la asertividad en el ejercicio profesional, resalta la necesidad de incentivar en los futuros profesionales de la salud actitudes asertivas, para lo cual se requiere de ciertas acciones específicas, como el generar un ambiente de confianza y de seguridad basándose en una comunicación global asertiva. Es una manera positiva de poder acceder a nuestros objetivos profesionales de una manera constructiva.

- Tener presente que la asertividad es una forma efectiva para mejorar los estilos de comunicación y por consiguiente las relaciones humanas en general ya que reduce el resentimiento y evita relaciones abusivas.

- Un alto nivel de agresividad dentro de la consulta, aunque no persiga fines destructivos u hostiles, puede generar en un alto grado de defensión por parte del paciente. Lo cual va a interferir en el proceso de comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, dificultando los objetivos de la consulta y generando sentimiento no deseados de desconfianza, hostilidad, competitividad, resentimiento etc.

- Para los profesionales de la salud en general tener en cuenta que la salud es un derecho y que la relación médico paciente debería ser una colaboración entre dos expertos: el médico/ psicólogo que es experto en sus técnicas y conocimientos y el paciente que un experto en sí mismo.

3. Recomendaciones.

- Se deben realizar más investigaciones que aborden el tema de la asertividad en alumnos de todos los ámbitos académicos dado que la asertividad y otras habilidades sociales son elementos clave para una sociedad constructiva.

- Promover la realización de investigaciones relacionadas con el tema de la agresividad instrumental ya que en la actualidad no se ha investigado suficientemente este constructo y que podría estar presente en todo ámbito de la actividad humana.

- Incentivar las investigaciones longitudinales y seccionales (transversales, descriptivas y explicativas) que aborden ampliamente el tema de la asertividad y de la agresividad instrumental para la obtención de resultados más fidedignos de una misma muestra a través del tiempo, en estudiantes poniendo especial énfasis en aquellos que se dedicaran al ámbito de la salud en general.

- Creemos necesario que la formación de los futuros profesionales dedicados al sector de la salud deben tener una visión integral, que abarque tanto los aspectos técnico-teóricos como también las habilidades sociales y la ética profesional.

- Los psicólogos clínicos al igual que los médicos deberían contar con más lugares oficiales donde realizar sus prácticas profesionales (como los CERUMS), así como más convenios con hospitales y clínicas para los practicantes pre-profesionales, esto como parte de una medida gubernamental de salud pública lo cual redundaría en beneficio social y en seguridad laboral para estos profesionales aumentando su asertividad ya que no se verían en la necesidad de negociarla para retener a sus pacientes.

Referencias.

a. Bibliografía.

- Aebli, H. (2001). *Factores de la enseñanza que favorecen el aprendizaje Autónomo*. Madrid: Editorial Narcea.
- Alberti, E. y Emmons, M. (1995). *Your perfect right: A guide to assertive living*. California. Impact Publishers.
- Anderson, C. y Bushman, B. (2002). Human Aggression. *Annual Reviews Department of Psychology*, 53, 27 – 51.
<https://public.psych.iastate.edu/caa/abstracts/2000-2004/02ab.pdf>
- Archer, J., Kilpatrick, G. y Bramwell, R. (1995): Comparison of two aggression inventories. *Aggressive Behavior* 21(5): 371-380.
[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-2337\(1995\)21:5%3C371::AID-AB2480210506%3E3.0.CO;2-P/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-2337(1995)21:5%3C371::AID-AB2480210506%3E3.0.CO;2-P/abstract)
- Aronson, E. (1972). *The Social Animal*. San Francisco: W.H. Freeman and Company.
- Bakker, C. B., Bakker-Rabdau, M. K., & Breit, S. (1978). The measurement of assertiveness and aggressiveness. *Journal of Personality Assessment* 42 (3) 277-84.
- Banco Mundial. (2011). Mejorando los resultados de salud mediante el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y de la gestión del sector público. (59218). Recuperado de:
<http://documents.worldbank.org/curated/en/327961468057377453/pdf/592180SPANISH00550B0Peru0Phase0Four.pdf>
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. y Ribes, E. (1975). *Modificación de conducta: Análisis de la agresión y la delincuencia*. México D.F.: Editorial Trillas.
- Bandura, A. y Walters, R. (2002). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its Causes, Consequences, and Control*. New York: McGraw-Hill.

- Berro, G. (2009). La relación médico-paciente (RMP) y su actual encuadre legal. *Revista Biomedicina*, 4, 16 - 23, http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic%202009/bio_lar_elacionmedicopaciente.pdf
- Bonham-Carter, D. (2013). *Assertiveness: A practical Guide*. London: Icon Books.
- Buss, A. (1969). *Psicología de la agresión*. Buenos Aires: Ediciones Troquel.
- Caballo, V. (1983). Asertividad: Definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología* 13, 52-62. <http://www.habilidadesparaadolescentes.com/archivos/Asertividad.pdf>
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de la Psicología Fisiológica*. Ciudad de México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Carrasco, M. y González, M. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica* 4(2), 7 - 38, <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/478/417>
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cerezo, F. (1998). *Conductas Agresivas en Edad Escolar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cerezo, F. (2002). *La violencia en las aulas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chaux, E. (2003). Agresión Reactiva, Agresión Instrumental y el Ciclo de la Violencia. *Revista de Estudios Sociales*, 15, 47-58, <http://www.redalyc.org/pdf/815/81501504.pdf>
- Corporación Latinobarómetro. (2016). Análisis de Datos. Recuperado en: <http://www.latinobarometro.org/latOnline.jsp>
- Davis, M; Robbins Eshelman, E. & McKay, M. (2008). *Assertiveness: The Relaxation and Stress Reduction Workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Díaz, J. y Cinza, S. (2014). Visión médico paciente HTA en atención primaria. *Visión médico - paciente*, 4 - 7.

- Defensoría del Pueblo. (2009). Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. (140). Recuperado de: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-defensorial-140-vf.pdf>
- Del Prette, A., Del Prette, Z., y Mendes, M. (1999). Habilidades Sociales en la Formación Profesional del Psicólogo: Análisis de un Programa De Intervención. *Psicología Conductual* 7(1) 27 - 47. <http://funveca.org/revista/PDFespanol/1999/art02.1.07.pdf>
- Doctor in Medicine (2017). *The Free Dictionary*. Recuperado de <https://www.thefreedictionary.com/>
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. y Sears, R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Dorsch, F. (Ed). (1985). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Heder.
- Ellis, A. y Abraham, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. Ciudad de México: Editorial PAX.
- Elizondo, M. (1999) *Asertividad Y Escucha Activa en el Ámbito Académico*. México DF: Trillas
- Etchevers, M., Putrino, N., Giusti, S., Hemlich, N., Cantaro, M., Tabullo, A., Argibay, P. (2014). Relación entre paciente y terapeuta. *Anuario de investigaciones* 21, 23-30.
- Fernández, B., Morales, I. & Portal, J. (2004). Sistema de Influencias para la Formación Integral de los Egresados de los Centros de Educación Médica Superior. *Educación Médica Superior*. 18. (2), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000200002
- Ferrer, A. (21 de diciembre de 2011). ¿Porque las mujeres predominan en el campo de la salud mental?. Recuperado de <http://alo.co/content/por-que-las-mujeres-predominan-en-el-campo-de-la-salud-mental>
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Fromm, E. (1977). *Anatomía de la destructividad humana*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

- Fry, D. (1988). Intercommunity differences in aggression among Zapotec children. *Child Development* 59, 1008 – 1019.
- Gaeta, L. y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: Un Análisis Teórico-Empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 403-425.
- García, J. (1970). La decisión de estudiar medicina. *Educación médica y salud*, 4, (4) 277 - 280. Recuperado de [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3250/Educaci%F3n%20m%E9dica%20y%20salud%20\(4\),%204.pdf?sequence=1#page=19](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3250/Educaci%F3n%20m%E9dica%20y%20salud%20(4),%204.pdf?sequence=1#page=19)
- García, K. (2006). *Niveles de comunicación asertiva, sumisa y agresiva en estudiantes de Psicología de la Universidad Rafael Urdaneta* (Trabajo especial de Grado para optar al título de psicólogo). Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.
- García, M. y Pinto, J. (2011). La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. *Revista Médica Electrónica* 33 (4), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400008
- Gherardi, C. (1998). La relación médico-paciente en la práctica actual de la medicina. *Claves en Psicoanálisis y Medicina*. 13-14(2), 18 – 23
- Gómez, E. y Morales, I. (2009). Fundamentos para la evaluación cualitativa de la formación de valores en carreras de la salud. *Educación Médica Superior* 23, (3), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000300007
- González, R. (2003). La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional. *Educación Médica Superior*, 17(4), http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_4_03/ems02403.htm
- González, V. (2002). *¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica*. La Habana. Revista Cubana de Educación Superior. Vol. XXII N°.1, pp. 45-53. Consultado en: <http://web.usbmed.edu.co/usbmed/egresados/docs/memorias/EI%20profesional%20competente.pdf>
- Guachilema, E. (2011). *Ansiedad y su incidencia en el déficit asertivo en estudiantes de primer y segundo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato durante el período junio - diciembre 2010*. (Tesis para optar por el Título de

Psicólogo Clínico). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Consultado en [http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4378/1/MAURICIO%20GUACHILE MA%20R.pdf](http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/4378/1/MAURICIO%20GUACHILE%20MA%20R.pdf)

Hare, B. (2003). *Asertividad: La Habilidad directiva clave para comunicar eficazmente*. Barcelona: Gestión 2000.

Heimberg, R. y Harrison, D. (1980). Use of the Rathus Assertiveness Schedule with offenders: A question of questions. *Behavior Therapy*, 11, 278 - 281.

Hernández, Y. (2013). *Afrontamiento y agresividad en estudiantes universitarios en La Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela*. (Tesis doctoral inédita en Psiquiatría). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. Consultado en: <http://hdl.handle.net/10486/14271>

Huber, L. y Lamas, L. (2016). Consideraciones sobre la nueva clase media peruana. *Argumentos*, 1
<http://revistaargumentos.iep.org.pe/articulos/consideraciones-sobre-la-nueva-clase-media-peruana/> ISSN 2076-7722

Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Recuperado en <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20EESM%20-LM.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). Encuesta Nacional de Percepción de los Usuarios de Consulta Externa. Recuperado (2014). http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/341

Jakubowski-Spector, P. (1973). *A historical approach to assertiveness*. Champaign: Research Press.

Lara y Mateos, R. (1994). *Medicina y cultura: hacia una formación integral del profesional de la salud*. México D.F.: Plaza y Valdés.

Latinobarómetro (2015). Informe 2015. Recuperado en: <file:///C:/Users/alumno/Downloads/InformeLatinobarometro2015.pdf>

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York City. McGraw-Hill.

Lazo, O., Alcalde, J. y Espinosa, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: Situación y desafíos*. Lima: Colegio Médico del Perú y REP.

- León, M. & Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 169 - 185.
- Liddel, C., Kvalsvig, J., Qotyana, P., Shabalala, A. (1994). Community violence and Young South African children's involvement in aggression. *International Journal of Behavioral Development*, 17, 613 – 628.
- Lizárraga, C. (2011). *Nivel de asertividad en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional mayor de San Marcos 2010*. (Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Consultado en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1330>
- López, D. (2005). *Estrés, Epidemia del Siglo XXI*. Buenos Aires: Lúmen.
- Lorenz, K. (1971). *Sobre la agresión: El pretendido mal*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Malo, D. (2008). La medición en psicología como herramienta y como reflexión ética en el ejercicio del psicólogo. *Psicogente*, 11(19), <http://132.248.9.34/hevila/Psicogente/2008/vol11/no19/4.pdf>
- Márquez, A. (2014). *Empatía y satisfacción de la "Relación médico-paciente" en la UMF N°. 66 de Xalapa, Veracruz* (Tesis de Especialidad). Instituto Mexicano Del Seguro Social, Veracruz, México.
- Martiniano, J. (2008). Paradigmas en la educación médica. *Revista Colombiana de Cirugía*. 23(4), 188-190
- Martínez, P., Reyes, J., García, M., Gutiérrez, M., Ojeda, R., Jiménez, O., Escobedo, H., Guerrero, M., Álvarez, L., Chacón, H., Baldón, D., Martínez, J y Valles, H. (2015). *Los Nuevos Paradigmas de la equidad de Género en la Universidad Autónoma de Chihuahua*. Chihuahua: Universidad Autónoma de Chihuahua.
- Menéndez, E. (1992). *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Meza, A. (1990). Relaciones entre asertividad y estilos cognitivos. *Psicología*, 8 (2), 133 - 153.
- Mezones, E., Díaz, R., Castillo, J., Jerí, M, Benites, V., Márquez, E., López, C. y Phillipps, F. (septiembre de 2016). Promoción de los derechos en salud

en Perú: Una aproximación desde la perspectiva de acción de la Superintendencia Nacional de Salud. En O. Zegarra (Presidencia), *Hacia un cambio del sistema de salud peruano: experiencias y perspectivas*. Simposio llevado a cabo en la Academia Nacional de Medicina y el Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú.

Ministerio de Salud. (2016). Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud. Recuperado en: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/280>

Moreno, N. (25 de agosto de 2007). Desarrolla tu Asertividad. Recuperado de http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_asertividad.php.

Muñoz, F. (2000). *Adolescencia y agresividad*. (Tesis de Doctorado en Psicología Evolutiva y de la Educación). Universidad Complutense, Madrid, España. Consultado en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4017401.pdf>

Ospina, D. (2008). La Relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo. *Educación*, 26 (1), 116 - 122.

Pasmanik, D. y Winkler, M. (2009). Buscando Orientaciones: Pautas para la Enseñanza de la Ética Profesional en Psicología en un Contexto con Impronta Postmoderna. *Psykhē*, 18 (2), http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822282009000200003&script=sci_arttext.

Physician. (2017). The Free Dictionary. Recuperado de <https://www.thefreedictionary.com/physician>

Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*, 73, <http://www.masterdependencia.es/pdf/comuniprofesional-pacienteJavierPons.pdf>

Randstad Holding. (2016). Estudio ambición en el ambiente laboral. Recuperado en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10869-010-9172-7.pdf>

Rivera, J. (2016). La problemática universitaria actual y una propuesta de solución. *IDEELE*, 259.

Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406.

- Risco, G. (2006). Educación Médica: Nuevas tendencias y oportunidades. *Academia Nacional de Medicina – Anales*, 80 – 88.
- Roca, E. (2014). Cómo Mejorar tus Habilidades Sociales. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Habilidades%20sociales-Dale%20una%20mirada.pdf>
- Rodríguez, M. y Serralde, M. (1991). Asertividad para Negociar. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/228524331/Asertividad-Para-Negociar-Mauro-Rodriguez-Estrada-pdf>
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New City: Wellness Institute Inc.
- Sanz, J., Magán, I., García-Vera, M. (2006). Personalidad y el Síndrome AHI: Relación de los Cinco Grandes con Ira y Hostilidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6. 153 – 176.
- Schwartz, A. (2006). *Assertiveness: Responsible Communication*. Boston: A.E. Schwartz & Associates.
- Scolara, M. (2011). *El valor de aplicar conductas asertivas en los docentes universitarios* (Trabajo final de la carrera de Profesorado Universitario). Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina.
- Silva A. (1999). A Framework For Measuring Responsiveness. Washington: *GPE Discussion Paper Series*.
- Solo hay 750 psiquiatras para 30 millones de peruanos, según Colegio Médico del Perú. (10 de Junio de 2015). Perú 21. Recuperado en: <http://peru21.pe/actualidad/solo-hay-750-psiquiatras-30-millones-peruanos-segun-colegio-medico-peru-2229093>
- Superintendencia Nacional de Salud (2016). Intendencia de Investigación y Desarrollo. Recuperado en: <http://portales.susalud.gob.pe/documents/102363/169795/Boletín+2do+2016.pdf/9ee023d1-7f95-4f90-adca-9656c2337f40>
- Trainini, J. (2002). Hacia la Necesidad de un nuevo paradigma médico. Buenos Aires, *Revista Argentina de Cardiología*, 71 (6)
- Torres, F. y Huacles, J. (27 de septiembre 2015). Los dueños de la salud privada en el Perú. *Ojo Público*. Recuperado de <https://ojo-publico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>

- Trianes, M., De La Morena, M., & Muñoz, A. (1999). *Relaciones sociales y prevención de la inadaptación social y escolar*. Málaga: Aljibe
- Ugarteche, O. (1998). *La arqueología de la modernidad*. Lima: Desco.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto. Standford University Press.
- World Health Organization. (1999). A Framework for Measuring Responsiveness. (32). Recuperado de <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>
- Zama, M. (2007). *Guía de Carreras UNAM*. México D.F. : Universidad Nacional Autónoma de México .
- Zanabria, B. (2018). La formación del psicólogo en el Perú. *Revista de la Asociación Latinoamericana para la formación y la enseñanza de la psicología*, 6(16).

ANEXOS

Anexo A.

Consentimiento Informado

Yo, _____, profesor del curso
_____ de la facultad de _____ de la
Universidad Ricardo Palma, acepto de manera voluntaria que se aplique a mis
alumnos el Inventario de Asertividad y Agresividad de Bakker. La evaluación
será realizada por los bachilleres Carmen Pezzia y Paolo Olivari de la Facultad
de Psicología de la misma casa de estudios. Dicha evaluación es parte de la
investigación para la Tesis de Grado que vienen realizando ambos bachilleres.

- Se considerará una sesión de aproximadamente 20 de duración.
- La aplicación del Inventario no resultará perjudicial a la integridad del evaluado(a).
- Los evaluadores se comprometen a no revelar la identidad de los alumnos en ningún momento del proceso, ni después de este.

Lima, _____ de _____ del 2016

Firma del Profesor

Anexo 2.

Surco, 24 de agosto 2016

Dra.
Ana María Montero Doig
Presente.-

De nuestra consideración:

Tenemos a bien dirigirnos a usted solicitando se sirva validar como experta la prueba que se adjunta referida a los constructos de Asertividad y Agresividad.

Las definiciones son las siguientes:

Asertividad: es un modelo de relación interpersonal que consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás. Tiene como premisa fundamental que toda persona posee derechos básicos o derechos asertivos. En esta tesis se define la asertividad como un comportamiento que surge ante una conducta agresiva y que lleva al individuo a defender y, por consiguiente, conservar su territorio (derechos), privilegios y estatus.

Agresividad: La agresión es cualquier forma de conducta que puede herir física y/o psicológicamente a alguien. En esta tesis, el concepto de agresividad queda planteada como un comportamiento cuya finalidad principal no es hacer daño sino expandir el dominio para procurar incrementar el territorio, privilegios y estatus.

Agradeceremos se sirva señalar, en el formato adjunto si se acepta o rechaza el ítem, y si lo estima conveniente, realizar la observación respectiva.

Expresando nuestro reconocimiento por su colaboración, nos suscribimos de usted.

Muy atentamente,

Paolo Olivari

Carmen Pezzia

Anexo 3.

INVENTARIO DE BAKKER ET. AL.

Traducido y adaptado para uso experimental
Ed. Revisada

No marque ninguna señal en este cuadernillo

Instrucciones:

A continuación se le presentan 36 situaciones artificiales de muy probable ocurrencia en su vida corriente. Debajo de cada una de las situaciones hay una posible respuesta. Usted debe responder cómo respondería en la situación real; para ello se le proponen 5 alternativas las cuales van de “casi siempre” a “casi nunca”.

Según sea su respuesta marque con un aspa (X) en la columna correspondiente en su HOJA DE RESPUESTAS. Trabaje rápidamente y responda a todas las situaciones.

Nota: Si desea cambiar de alternativa o se ha equivocado al marcar, emborrone el aspa y marque su nueva respuesta.

1. Ud. va a dedicar la tarde a terminar un trabajo urgente.
Justo cuando está en pleno trabajo, algún amigo llega a visitarlo:

*Lo recibe y posterga lo que estaba haciendo.

2. Ud. está formando una cola y de pronto alguien se pone delante suyo:

*Le dice a la persona que haga la cola.

3. Una persona amiga le pide prestado algo que para Ud. es muy valioso y no quisiera prestarlo:

*Se lo presta a pesar de todo.

4. Una persona que en una ocasión anterior se hizo esperar, nuevamente llega tarde a la cita:

*Ud. ignora el hecho y actúa como si nada hubiera pasado.

5. Según su opinión alguien lo ha tratado mal, injusta o incorrectamente:

*Encara a la persona directamente sobre este hecho.

6. Personas amigas no le devuelven algunos artículos que Ud. les prestó:
*Les reclama hasta que les sean devueltos.

7. Algunos amigos insisten que Ud. consuma bebidas:
*No hace caso a las insistencias.

8. Una persona lo interrumpe mientras Ud. está haciendo uso de la palabra:
*Espera a que esta persona termine de hablar para continuar con lo que estaba diciendo.

9. Se le pide que realice una tarea que no tiene ganas de hacer:
*Le dice a la persona que no tiene ganas de hacerla.

10. Su pareja le ha hecho algo que a Ud. no le gusta:
*Actúa como si nada hubiera pasado.

11. Un vendedor ha empleado bastante tiempo mostrándole una mercadería que no le agrada realmente:
*Le compra algo de todas maneras.

12. Ud. es invitado a una fiesta o reunión a la cual prefiere no ir:

*Acepta la invitación.

13. Viendo una película en el cine, una pareja junto a Ud. lo distrae con su conversación:

*Le pide que se callen o que se vayan a otro lugar.

14. En un restaurant, Ud. recibe la comida mal preparada:

*Pide al mozo que se la cambie.

15. Ud. recibe mercadería fallada de una tienda:

*Devuelve la mercadería.

16. Una persona, al parecer, con menos recursos económicos que Ud., le pide algo que le sería fácil otorgar, pero no lo desea:

*Se lo otorga.

17. Alguien hace una evaluación negativa de su conducta sin habérselo pedido:

*Ud. le dice que no está interesado en su opinión.

18. Amigos o parientes tratan de obtener información suya que Ud. considera personal:

*Les proporciona la información solicitada.

19. Ha sido asignado a una comisión recientemente formada:

*Ud. asume el liderazgo.

20. Se encuentra sentado en un ómnibus o en un avión junto a una persona que ve por primera vez:

*Ud. inicia la conversación.

21. Ha sido invitado a casa de una nueva amistad. La comida ha estado tan buena que desearía repetir:

*Ud. pide otra porción.

22. Está siendo entrevistado para un empleo que desea conseguir:

*Ud. "se ofrece a menor precio".

23. Está saludando, o se ha encontrado con diferentes amigos:

*Ud. saluda de abrazo o beso a cada uno.

24. Se ha dado cuenta que un compañero de trabajo ha hecho una buena venta:

*Ud. no le hace ningún comentario al respecto.

25. En una tienda o restaurante, el personal está muy ocupado y los clientes llevan tiempo esperando ser atendidos:

* Busca la forma de ser atendido antes que los demás.

26. Ud. observa que alguien actúa de forma sospechosa:

*No hace nada porque no es de su interés.

27. Va a tomar el ómnibus y se da cuenta que no tiene sencillo para el pasaje:

*Trata de obtener cambio en una tienda sin comprar nada.

28. Alguien dice o hace algo que le genera curiosidad:

*Ud. se abstiene de hacer alguna pregunta.

29. Ha observado en una persona conocida ciertas conductas que, según Ud., deben ser cambiadas:

*Le dice esto a la persona lo más pronto posible.

30. Desea un aumento de sueldo pero su jefe no se pronuncia sobre ello:

*Ud. espera que él lo haga.

31. En una reunión social con un grupo de amigos, todos participan activamente en la conversación:

*Ud. trata de dominar la conversación el mayor tiempo posible.

32. En la discusión de un tema Ud. considera que tiene algo valioso que aportar:

*No considera darlo a conocer a menos que se lo pidan.

33. Ud. tiene la oportunidad de participar en un debate vivaz y sin restricciones:

*Permanece como oyente en vez de participar.

34. En un trabajo Ud. desea que alguien que no conoce le haga un favor:

*Prefiere arreglárselas como sea antes de pedirle el favor a esa persona.

35. Ud. ha cambiado de casa o trabajo y desea establecer contactos sociales:

*Prefiere quedarse solo antes que buscarlos.

36. A Ud. se le ha presentado una oportunidad para progresar pero sabe que esto le consumirá gran cantidad de energía:

*Aprovecha la oportunidad y pone todo su empeño en eso.

INVENTARIO AS-AG DE BAKKER ET. AL

HOJA DE RESPUESTAS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OCUPACIÓN

FECHA

AS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
AG	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					

PT

OBSERVACIONES:

AS

AG

