



Disponible en www.sciencedirect.com

Acta de Investigación Psicológica Psychological Research Records

Acta de Investigación Psicológica 7 (2017) 2793–2801

www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/



Original

Construcción y validación de una escala de asertividad en la relación paciente-médico

Construction and validation of a scale of assertivity of patients-medical personnel

Alejandra García-Arista^{a,*} y L. Isabel Reyes-Lagunes^b

^a Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Lerma, Lerma de Villada, México

^b Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Recibido el 15 de marzo de 2017; aceptado el 6 de noviembre de 2017

Disponible en Internet el 6 de diciembre de 2017

Resumen

El objetivo de este estudio fue la construcción y validación de un instrumento que evalúe la asertividad de pacientes con el personal médico. Participaron 216 pacientes con enfermedades crónico-degenerativas ($Medad = 42.74$, $DE = 8.76$) de un hospital público de la Ciudad de México, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico accidental. Para validar el instrumento se llevó a cabo un análisis evaluando el poder discriminativo de los reactivos, se obtuvo la confiabilidad y la estructura factorial. La escala final contiene 21 reactivos que explican el 44.29% de la varianza total y la coherencia teórica de la estructura distribuida en 4 factores: No asertividad-pasividad, No asertividad-inseguridad, Asertividad-positiva y Agresividad; el instrumento tiene un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.816$, por lo que se concluye que esta escala cumple con los criterios de confiabilidad y validez para medir asertividad en la práctica clínica e investigación, con la limitante de que este instrumento se validó únicamente con población hospitalaria de la Cd. de México.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palabras clave: Asertividad; Paciente-médico; Comunicación; Confiabilidad; Validación

Abstract

The objective of this study was the construction and validation of an instrument to evaluate patients' assertiveness with the medical personnel. Two hundred and sixteen patients with chronic degenerative diseases ($Medad = 42.74$, $SD = 8.76$), from a public hospital in Mexico City participated in this study, selected through a non probability haphazard sampling. In order to validate this instrument, an analysis was carried out evaluating the discriminative power of the items, the reliability and the factorial structure were obtained. The final scale contains 21 items, that explain 44.29% of the total variance and the theoretical coherence of the structure distributed on 4 factors: Non Assertiveness-Passivity, Non Assertiveness-Insecurity, Positive-Assertiveness and Aggressiveness, this instrument has a reliability level of $\alpha = .816$, so it is concluded that this scale complies with the reliability and validity criteria to measure the

* Autor para correspondencia. Av. Hidalgo, n.º 46. Col. La Estación. Lerma de Villada, Estado de México. CP 52006. Teléfono: (728) 282-7002; ext. 2014.

Correo electrónico: a.garcia@correo.ler.uam.mx (A. García-Arista).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

assertiveness on clinic practice and investigation, with the limitation regarding its validation in the hospitalary population of Mexico City.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords: Assertiveness; Patient-physician; Communication; Reliability; Validation

Introducción

Relación paciente-médico

Se han descrito distintos modelos de relación clínica en función de la distribución del poder y responsabilidad de paciente y médico. El tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y del tipo de situación clínica (Aguirre, 2004). Esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo. Sin embargo, cualquiera que sea el modelo que se adopte, el énfasis actual es puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias. Esto se asocia a una nueva visión de paciente, ahora más capaz y autónomo pese a estar enfermo, lo que, a su vez, genera un nuevo modelo de relación asistencial donde el paciente tiene un rol más protagónico (Bascuñán, 2005; Gobbo, 2009).

Pendleton (1983) llevó a cabo una encuesta para determinar qué elementos eran tomados en cuenta por los pacientes para considerar como buena una atención médica y encontró que el elemento fundamental era precisamente la comunicación entre el médico y el paciente, comunicación que, añadían los propios participantes, debía ser satisfactoria (los pacientes desean ser escuchados y atendidos por su médico y desean intervenir en las decisiones respecto a su propia salud principalmente). De tal forma que la comunicación entre el personal médico y el paciente, la cantidad y calidad de información en las interacciones entre ambos es algo crucial en la eficacia del tratamiento (Cartwright y Anderson, 1981; Corugedo, Martín y Bayarre, 2011; Holtz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey, 2003; OMS, 2004;).

Gómez (2002) señala que en los procesos de interacción y comunicación en la relación paciente-médico se dan tanto intercambios de información como afectivos pues surge ansiedad, irritación y nerviosismo tanto en el ámbito verbal como en el no verbal. Como señala Pendleton (1983), a menudo, los pacientes atribuyen la ansiedad que experimentan cuando van a ir a consulta médica a las dificultades que anticipan que va a haber a la hora de explicarle al médico lo que le pasa. Y, con

mucha frecuencia, el paciente está en consulta con tanto nerviosismo, ansiedad y/o miedo que procesa muy poco de lo que se le dice. Por lo tanto, al salir de la consulta recordará mínimamente lo que el médico o enfermera le hayan podido comunicar.

Un elemento que puede facilitar la comunicación es la asertividad (Marriner, 2009), pues se trata de la comunicación intermedia entre la no asertiva o pasiva y la agresiva según Núñez (2010). A Wolpe (1977) se le adjudica el desarrollo del concepto de asertividad que se utiliza con mayor frecuencia e implica defensa de los derechos. Dicho autor, años atrás, propuso que la conducta asertiva era la «expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad» (p. 399).

Existen diferentes definiciones de la asertividad, como se muestra en la tabla 1; desde el punto de vista etimológico, aserción proviene del latín assertio-tionis, que es la acción y efecto de afirmar una cosa, o defender (Robredo, 1995).

Considerando las definiciones propuestas por los autores de la tabla 1, se encontraron similitudes en la definición de la conducta asertiva como una habilidad que permite la comunicación satisfactoria de opiniones, deseos, sentimientos y negación a peticiones; sin embargo, algunos autores no consideran la comunicación no verbal relevante para definir este constructo. Para este estudio se consideraron 3 elementos valorados por Flores (1994) para definir asertividad: el primero, el derecho de expresión del individuo; el segundo, el respeto hacia el otro individuo; y el tercero, consecuencias satisfactorias para ambos miembros de la interacción de la comunicación. Por lo que en este trabajo este definió asertividad como las manifestaciones verbales y no verbales de dudas, desacuerdos y opiniones, respetándose a sí mismo y a los otros, con la finalidad de lograr una comunicación efectiva.

No asertividad-pasividad

De acuerdo con Vega, Caballo y Ellis (2002), la comunicación no asertiva o pasiva se caracteriza por

Tabla 1
Definiciones de asertividad, según algunos autores

Lazarus (1973)	La conducta asertiva se define en términos de sus componentes, que pueden dividirse en 4 patrones de respuesta específicos: 1) Decir «no», 2) Pedir favores y hacer demandas, 3) Expresar sentimientos positivos y negativos, y 4) Iniciar, continuar y terminar conversaciones generales
Aguilar-Kubli (1987)	Asertividad implica la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y su meta fundamental es lograr una comunicación satisfactoria. Siendo los componentes de la asertividad, el respetarse a sí mismo, respetar a los demás, ser directo, honesto y oportuno, mantener control emocional, saber expresar y escuchar, ser positivo y la expresión no-verbal de los mensajes
Riso (1988)	Conducta asertiva es aquella que permite a la persona expresar adecuadamente 2 elementos (sin distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales); el primero, oposición, que implica: decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos; el segundo elemento es afecto e incluye: dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general Ambos elementos van de acuerdo con los intereses y objetivos del individuo, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta
Flores (2002)	Asertividad es la «habilidad verbal para expresar deseos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos positivos y negativos, así como la defensa de derechos e intereses, manejo de la crítica positiva y negativa, manifestación y recepción de alabanzas, declinación y aceptación de peticiones e iniciación de la interacción de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado» (p. 42)

la incapacidad de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones, o por la expresión de los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacernos caso. En este estilo de comunicación, el mensaje que se envía es: «Yo no cuento —puedes aprovecharte de mí; mis sentimientos y pensamientos no importan, — solamente los tuyos; yo no soy nadie, —tú eres superior». La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. La persona que se comporta de forma no asertiva se sentirá a menudo incomprendida, no tenida en cuenta y manipulada (Aguilar-Kubli, 1987). Los comportamientos verbales típicos del comportamiento no asertivo son: volumen bajo de la voz, habla poco fluida, tartamudeos y uso de muletillas (Caballo, 1993b). Como posturas y gestos típicos se encuentran: la huida del contacto visual, cara tensa (dientes apretados, mandíbula pulsante), manos entrelazadas o frotándose, morderse los dedos, postura rígida (Caballo, 1993a; Shelton y Burton, 2004), reír constantemente (Aguilar-Kubli, 1987). En cuanto a sus patrones de pensamiento, consideran que así evitan molestar u ofender a los demás; son personas sacrificadas (Behar, Manzo y Casanova, 2006; Núñez, 2010). Las principales consecuencias de este tipo de comportamiento son la pérdida de la autoestima, pérdida del aprecio de las demás personas y falta de respeto en los demás (Pérez, 2000).

Agresividad

Por otra parte, la agresividad es la mayor generadora de conflicto sin lugar a dudas. Robredo (1995) señala que la agresividad y la agresión hostil constituyen el manejo negativo de la asertividad. Aguilar (1988) define la comunicación agresiva como la forma de expresión de pensamientos, emociones u opiniones que, con el fin de defender las propias necesidades o derechos, atacan, violan el derecho y faltan al respeto, la autoestima, la dignidad o la sensibilidad de otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y anotaciones hostiles o humillantes. La agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas. El mensaje básico es: «Esto es lo que yo pienso, siento y quiero —tú eres estúpido/a por ser diferente; —lo que tú piensas, sientes y quieres no importa; — tus sentimientos no cuentan» (Vega et al., 2002).

El objetivo usual de la agresión es la dominación de los demás, piensan que si no se comportan de esta forma se convierten en sujetos demasiado vulnerables. Sin embargo, lo que se consigue es que las personas de su entorno las rechacen (Roche, 2002), deteriore el intercambio positivo de la relación humana y, en la mayoría de los casos, más problemas de los que se intentan resolver por lo que se aleja de la meta de

mantener una comunicación satisfactoria con los demás (Aguilar-Kubli, 1987). Los componentes verbales típicos de este comportamiento son: volumen de voz elevado, habla poco fluida, sin escuchar a los demás, y empleo de insultos o amenazas (Caballo, 1993b). Los gestos y posturas típicos son un contacto visual dominador o de reto, ceño fruncido, cara tensa, puños cerrados, gestos amenazadores con las manos y piernas en tensión, y con postura en general muy tensa (Caballo, 1983; Shelton y Burton, 2004).

Flores y Díaz-Loving (2002) puntualizan que la capacidad asertiva de los individuos es dependiente en mayor parte del contexto socioeconómico y educativo de su infancia: influyen las creencias de los padres, así como las conductas y actitudes que consideran apropiadas enseñar a sus hijos.

Medición de la asertividad

Durante los últimos tiempos se han realizado diversos estudios e investigaciones referentes a la asertividad, con el fin de poder diseñar mejores métodos y técnicas para su correcta evaluación, intervención y conceptualización. De acuerdo con Flores (1994), en cuanto a evaluación de la asertividad, las medidas conductuales y fisiológicas son extremadamente costosas en términos de equipo y tiempo; por el contrario, los autorreportes son más económicos para investigar este tipo de constructos psicológicos. Lo cual ha tenido como resultado la proliferación de inventarios sobre asertividad. Flores y Díaz-Loving (2002) reconocen que el concepto de asertividad ha tenido 2 grandes problemas en su medición:

1. La operacionalización, puesto que las conductas que representan a la asertividad son distintas para cada grupo social.
2. La multidimensionalidad del constructo, que lleva a que cada instrumento mida diferentes partes de la asertividad, y lo extremadamente limitado del trabajo psicométrico en relación con la confiabilidad y validez de varias escalas de asertividad, ya que generalmente se han realizado con estudiantes o pacientes psiquiátricos (Castaños, Reyes-Lagunes, Rivera-Aragón y Díaz-Loving, 2011).

Algunos de los instrumentos elaborados para medir asertividad y que tienen en común ser autorreportes han sido el Cuestionario de Asertividad de Wolpe y Lazarus (1966), que contiene 30 reactivos, con escala de respuesta sí-no y mide la expresión de emociones ante diversas situaciones; la Escala de Asertividad de Rathus (1973), que consta de 30 reactivos tipo Likert con

6 opciones de respuesta y mide la capacidad del individuo de hacer valer sus derechos ante situaciones de consumo o de servicio, con figuras externas o de negocios, iniciación social y sentimientos hacia otros; y la escala de autoexpresión para estudiantes de Galassi, Delo, Galassi y Bastien (1974), que contiene 50 reactivos con escala de respuesta tipo Likert de 5 opciones y mide 3 tipos de asertividad: positiva, negativa y de autonegación.

En México se han adaptado algunas escalas a esta población. Una de estas aportaciones ha sido de Flores (1994), quien elaboró la Escala Multidimensional de Asertividad para Estudiantes. Dicha escala evalúa la capacidad de los estudiantes para expresar los derechos, creencias y sentimientos personales. Consta de 51 afirmaciones reunidas en 5 factores: a) Asertividad indirecta, b) No asertividad en el área afectiva, c) Asertividad en situaciones cotidianas, d) Asertividad por medios indirectos con autoridades, y e) No asertividad en el área escolar. La misma autora elaboró también la Escala Multidimensional de Asertividad para Empleados, la cual cuenta con el mismo número de reactivos; en esta escala emergen los factores de a) Asertividad indirecta, b) Asertividad en situaciones cotidianas, c) No asertividad y el factor de d) Asertividad indirecta en el trabajo. Lara y Silva, en 2002 realizan una estandarización a la población mexicana de la escala de Michelson y Wood (1981) nombrándola Escala de asertividad en niños y adolescentes de Michelson y Wood, la cual evalúa la habilidad de los niños y adolescentes para expresar sus sentimientos y preferencias sin incomodar a los demás; contiene 27 situaciones con 5 opciones de respuesta: respuesta asertiva (1), parcialmente pasiva (2), muy pasiva (3), parcialmente agresiva (4) y muy agresiva (5). Por su parte, Castaños-Cervantes et al. (2011) estandarizaron el inventario de asertividad de Gambrill y Richey en población mexicana, conformando el inventario final con 39 reactivos, con altos niveles de confiabilidad y validez, obteniendo 4 categorías que comprenden el constructo de asertividad: expresión de sentimientos positivos y negativos; iniciar, mantener y terminar conversaciones; capacidad de decir no, y finalmente, pedir favores y hacer peticiones.

De acuerdo con la revisión de la literatura existen algunos instrumentos para evaluar asertividad en el contexto académico, social y laboral. Sin embargo, no se encontró alguno sensible a los cambios clínicos en el ámbito hospitalario, donde el paciente realmente se identifique con los estímulos planteados de acuerdo a su contexto y situación de enfermedad, particularmente en la relación paciente-médico, donde el tipo de comunicación tiene un papel relevante para la comprensión de la enfermedad, seguimiento y éxito del tratamiento médico.

El propósito de esta investigación fue diseñar y valorar las propiedades psicométricas de un instrumento de autorreporte que mida la asertividad en la comunicación que sostienen los pacientes ya diagnosticados con alguna enfermedad crónica degenerativa con el personal médico, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para intervención del psicólogo clínico o algún otro profesional interesado en mejorar la comunicación y atención médica; como objetivo secundario se exploró si existía diferencias entre hombres y mujeres en la comunicación asertiva.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística accidental (Kerlinger y Lee, 2002) de 216 pacientes (91 hombres y 125 mujeres), subsecuentes de un hospital público de la Ciudad de México; el criterio de selección era que estuvieran diagnosticados con alguna enfermedad crónico-degenerativa y asistieran a tratamiento en el hospital al menos una vez al mes. De los pacientes, el 20% tenía insuficiencia renal crónica, el 13% estaba infectado por el virus de inmunodeficiencia humana, el 12% padecía diabetes, el 9% cirrosis hepática, el 19% hipertensión arterial, el 4% lupus eritematoso, el 15% cáncer y el 8% síndrome metabólico. La edad de los participantes oscilaba desde los 18 hasta los 75 años ($X = 42.74$, $DE = 8.56$); en cuanto a su escolaridad, el 54% contaban con educación básica, el 30% educación media y el 16% educación superior. Todos los participantes dieron su consentimiento antes de contestar el instrumento.

Instrumento

El banco de reactivos surge de un estudio exploratorio previo de preguntas abiertas aplicadas a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, relativo a conocer lo más importante en la comunicación con sus médicos. A partir de ese estudio piloto y con base en la revisión de la literatura, se plantearon para esta investigación de tipo exploratoria y prospectiva, un total de 61 reactivos para las categorías de asertividad positiva, no asertividad y agresividad; al inicio de cada hoja se presentaba el estímulo «Cuando estoy en consulta y el médico. . .» para combinarlo con cada reactivo. La escala de respuesta se presentó en un formato tipo Likert pictórico de 7 opciones donde el 1 corresponde a NUNCA y el 7 a SIEMPRE (Reyes-Lagunes, 1993).

Procedimiento

La aplicación del instrumento se llevó a cabo de forma individual, en la sala de espera del área de consulta externa del Hospital Público de la Ciudad de México. Se solicitó la participación voluntaria de los pacientes, explicándoles el objetivo del estudio y haciendo énfasis en que los datos proporcionados eran confidenciales. Una vez que se obtuvo su consentimiento, se les entregaba el instrumento, un lápiz y se les explicaba la forma en la cual se responden los reactivos. De igual manera, se explicaron las dudas que los participantes tuvieron cuidando de no sesgar las respuestas. Finalmente se agradecía su participación.

Resultados

Se utilizaron los criterios establecidos por Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008), para obtener la discriminación de los reactivos de la escala, realizándose análisis de frecuencias, pruebas de sesgo, discriminación de reactivos para grupos extremos (mediante una prueba *t* de Student) y correlación reactivo-total mayor a 0.40. De los 61 reactivos originales solo 40 cumplieron los lineamientos requeridos para ser considerados en un análisis posterior de datos, mostrando una distribución normal. Estos 40 reactivos fueron incluidos en un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal de tipo varimax; se eligió este tipo de rotación debido a que los datos se basan en un supuesto de normalidad, y el tipo de rotación debido a las correlaciones medianas (entre 0.3 y 0.7) (Fabrigar, MacCallum, Wegener y Strahan, 1999), estipulando como valor Eigen de 1 y carga factorial mínima de 0.40. Se estableció 0.40 como el peso factorial mínimo para evitar varianza compartida de reactivos en más de un factor y 3 el número mínimo de reactivos para cada factor. Los datos se agruparon en 8 factores que explican el 64.760% de la varianza total; se revisó el punto de quiebre de Cattell para determinar el número de factores reales, observándose 4 factores bien definidos con 21 reactivos (tabla 2) y que contenían el 44.29% de la varianza explicativa. Se obtuvo la media para cada factor, así como por sexo, y se obtuvo el valor *t* y su significación (tabla 3). Para verificar la pertinencia del análisis, se calculó la medida de adecuación muestral Kaiser, Meyer, Olkin ($KMO = 0.78$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2(36) = 1026.4$, $p < 0.001$). Posteriormente se calculó la confiabilidad total de la escala alfa de Cronbach y se obtuvo un valor adecuado de consistencia interna ($\alpha = 0.816$).

Tabla 2

Análisis factorial y de confiabilidad de la Escala de asertividad en la relación paciente-médico

Factor 1: No asertividad-Pasividad			
Reactivos	Cuando estoy en consulta y el médico:	Peso factorial	Comunalidad
Se equivoca, yo acabo pidiendo disculpas sabiendo que yo tengo la razón		0.676	0.474
Me falta al respeto, me quedo callado		0.673	0.481
Me explica algo que no entiendo, prefiero preguntarle a algún conocido		0.524	0.478
Atiende a una persona que llego después que yo, prefiero quedarme callado		0.522	0.457
Me deja con dudas, prefiero dejarlas para la siguiente cita		0.503	0.602
Me trata mal, me es difícil decirle que debe respetarme		0.497	0.395
Me habla, yo me encojo		0.477	0.522
Me dijo algo con lo que no estoy de acuerdo, prefiero quedarme callado		0.448	0.457
Termina la consulta, me siento frustrado		0.402	0.294
Factor 2: No asertividad-Inseguridad			
Reactivos	Cuando estoy en consulta y el médico:	Peso factorial	Comunalidad
Me habla, siento que mis manos tiemblan		0.816	0.700
Y yo hablamos, tengo mis manos tensas		0.806	0.709
Me pregunta algo y contesto, siento que mi voz es temblorosa		0.667	0.665
Me pregunta algo, me siento inseguro		0.490	0.585
Me dice algo que no entiendo, me dan ganas de irme de ese lugar		0.418	0.427
Factor 3: Asertividad-Positiva			
Reactivos	Cuando estoy en consulta y el médico:	Peso factorial	Comunalidad
Me habla con palabras que no entiendo, le pido me explique de otra forma		0.753	0.517
No me pregunta algo que yo considero es importante, se lo digo		0.687	0.502
Me dice algo con lo que no estoy de acuerdo, se lo hago saber		0.659	0.557
Me pide la opinión sobre un tema, le digo lo que realmente pienso		0.649	0.610
Factor 4: Agresividad			
Reactivos	Cuando estoy en consulta y el médico:	Peso factorial	Comunalidad
Y yo tenemos un desacuerdo, noto que subo el volumen de mi voz o grito		0.775	0.638
Me dice algo con lo que no estoy de acuerdo, soy sarcástico		0.734	0.677
Me habla, prefiero voltear a otro lado		0.581	0.604

Tabla 3

Varianza, medias y coeficiente alfa de Cronbach de la versión final del instrumento (n = 216)

Factores	N.º reactivos	Varianza explicada (%)	Valor alfa	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Media por sexos		T	p
								Hombres	Mujeres		
No asertividad-Pasividad	9	18.912	0.770	53.35	1.11	-1.623	2.863	51.55	54.75	-2.059	0.041
No asertividad-Inseguridad	5	9.685	0.771	27.41	1.53	-0.847	-1.157	27.91	27.05	0.791	0.430
Asertividad-Positiva	4	8.618	0.702	21.00	1.66	-0.736	-1.538	21.62	20.53	1.143	0.254
Agresividad	3	7.075	0.706	19.27	1.16	-2.569	7.066	18.84	19.58	-1.577	1.116

Discusión

Como se ha podido observar a través de la literatura, la falta de una comunicación asertiva conduce al

desarrollo, establecimiento y mantenimiento de conductas desadaptativas en los individuos, repercutiendo, así, en su bienestar biopsicosocial (Larijani, Aghajani, Baheiraei y Neiestanak, 2010; Castaños-Cervantes et al.,

2011; Rezayat y Dehghan, 2014). Existen mediciones de la asertividad en diversos contextos, excepto en el ambiente hospitalario, donde claramente una buena comunicación favorece la adherencia al tratamiento (Holtz et al., 2003) y disminuye la ansiedad (Gobbo, 2009) presente en individuos con algún padecimiento físico. De ahí que la evaluación de la comunicación asertiva constituye un área de oportunidad para la investigación e intervención clínica. El objetivo propuesto fue cubierto al lograr el diseño y validación de una medida de asertividad en la relación paciente-médico, que mostró, por un lado, una concordancia conceptual alta, con las nociones expresadas previamente sobre los estilos de comunicación: asertividad, no asertividad y agresividad (Aguilar-Kubli, 1987; Aguilar, 1988; Castaños-Cervantes et al., 2011; Flores, 1994; Núñez, 2010; Pérez, 2000), y por otro, coeficientes de consistencia interna satisfactorios.

Se obtuvieron 4 factores claros: El primer factor se nombró No asertividad-Pasividad, pues describe al paciente en interacción con el médico con conductas como encogerse en la interacción, quedarse callado, no defender sus derechos, no preguntar sus dudas, disculparse al hablar, sentirse frustrado. Este factor es congruente con la definición que ofrece Aguilar-Kubli (1987) de la comunicación no asertiva refiriendo que es la forma de expresión débil de los propios sentimientos, creencias u opiniones que al no responder a los requerimientos de la situación interpersonal que se enfrenta permite que se violen los derechos de las personas. Por otra parte, el factor de comunicación no asertiva-pasiva concuerda con las escalas de Flores (1994) de Asertividad para empleados y estudiantes pues dentro de sus medidas tiene factores denominados No asertividad. Este fue el único factor en el que se encontraron diferencias significativas por sexo. Se observó que las mujeres tienen significativamente mayor tendencia a la No asertividad-Pasividad, y esto se relaciona con lo expresado por Flores y Díaz-Loving (2002); retomando razones culturales, plantean que las capacidades asertivas de los individuos dependen en gran medida de la educación y es frecuente que en algunos hogares se alienen los comportamientos pasivos en las niñas y agresivos en los niños.

Otro factor se denominó No asertividad-Inseguridad y describe respuestas no asertivas del paciente en la interacción con el médico que denotan inseguridad como tener manos tensas o temblorosas, voz temblorosa y deseos de retirarse del lugar donde se da la interacción. Estos comportamientos verbales son típicos del comportamiento no asertivo según afirman diversos autores como Caballo (1993b) y Shelton y Burton (2004).

El tercer factor se nombró Asertividad-Positiva, definido como que el paciente expresa sus desacuerdos, sus opiniones, lo que considera importante para su salud, verbaliza al médico cuando no entiende lo que le dice y le pide le explique de otra forma. Este factor concuerda con el obtenido y denominado Asertividad-Positiva por Galassi et al. (1974) y Asertividad en situaciones cotidianas de la escala de Flores (1994) y es el que produce mayor bienestar personal (Rezayat y Dehghan, 2014).

El último y cuarto factor describe en la comunicación paciente-médico que el paciente prefiere voltear hacia otro lado cuando el médico le habla, tiende a ser sarcástico y subir su volumen de voz o gritar ante un desacuerdo, por lo que este factor se denominó Agresividad, ya que concuerda con el estilo de comunicación agresivo conceptualizado por Robredo (1995), Aguilar-Kubli (1987) y Aguilar (1988). Vega et al. (2002) refieren que la conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta, lo cual se observa en los reactivos que contiene este factor, las conductas agresivas directas se reflejan al gritar o subir el volumen de voz ante un desacuerdo y voltear hacia otro lado mientras el médico habla, mientras que la agresividad indirecta se expresa al ser sarcástico; estas conductas no favorecen la comunicación efectiva (Flores y Díaz-Loving, 2002).

Es de alta relevancia los participantes con los que se trabajó, pues fueron pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, lo cual hace más enriquecedor el trabajo psicométrico, ya que, como mencionan Castaños-Cervantes et al. (2011), la mayoría de las escalas que miden asertividad se han validado con población psiquiátrica o estudiantes y el instrumento propuesto es específico para la población evaluada.

Una de las limitaciones de este estudio fue que la construcción de este instrumento se basó en resultados obtenidos por población adulta general de la Ciudad de México, por lo que se sugiere realizar estudios que aporten otras evidencias de validez para la escala, así como evaluar si hay influencia de las variables sociodemográficas sobre el nivel de asertividad de este instrumento.

Conclusión

El instrumento propuesto es fácil de aplicar y procesar, no se contempla algún daño en su aplicación, por lo que se concluye que esta prueba es una contribución importante y útil para el profesional interesado en conocer el tipo de comunicación principalmente la asertividad que sostienen los pacientes con el personal médico y de esta forma realizar una intervención si fuera necesaria o utilizar el instrumento para investigación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Aguilar, V. (1988). *Asertividad: desarrollo de la autoconfianza y la autoexpresión*. Mecanograma. Universidad Iberoamericana. Coordinación de Extensión Universitaria.
- Aguilar-Kubli, E. (1987). *Asertividad, se tú mismo sin sentirte culpable*. México: Pax.
- Aguirre, H. G. (2004). Principios éticos de la práctica médica. *Cirugía y Cirujanos*, 72(6), 503–510.
- Bascuñán, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 133(1), 11–16.
- Behar, R., Manzo, R. y Casanova, D. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134(3), 312–319.
- Caballo, V. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 62–64.
- Caballo, V. (1993a). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1(1), 73–99.
- Caballo, V. E. (1993b). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. *Psicología Conductual*, 1(2), 221–231.
- Cartwright, A. y Anderson, R. (1981). *General practice revisited: A second study of patients and their doctors*. London: Tavistock publications.
- Castañón-Cervantes, S., Reyes-Lagunes, I., Rivera-Aragón, S. y Díaz-Loving, R. (2011). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 29(1), 27–50.
- Corugedo, M. C., Martín, L. y Bayarre, H. (2011). Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario “Manuel I I Fajardo” en el Municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 504–512.
- Fabrigar, L. R., MacCallum, R. C., Wegener, D. T. y Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272–299.
- Flores, M. (1994). *Asertividad: Conceptualización, medición y su relación con otras variables*. Tesis de Doctorado. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Flores, M. (2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 221, 42.
- Flores, M. y Díaz-Loving, R. (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Galassi, J., Delo, J., Galassi, M. y Bastien, S. (1974). The college self-expression scale: A measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, 5, 165–171.
- Gobbo, M. (2009). Habilidades de comunicación con el paciente. La perspectiva del psicólogo. *Reumatología Clínica*, 5(2), 47–48.
- Gómez, R. (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente*. España: Fundamentos.
- Holtz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J. J. y Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. En E. Sabate (Ed.), *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135–149). Geneva: World Health Organization.
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Lara, M. C. y Silva, T. (2002). *Estandarización de la Escala de Asertividad de Michelson y Wood en niños y adolescentes: II. Tesis de Licenciatura en Psicología*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Larjani, T., Aghajani, M., Baheiraei, A. y Neistanak, N. (2010). Relation of assertiveness and anxiety among Iranian University students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 893–889.
- Lazarus, A. (1973). On effective assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697–699.
- Marriner, A. (2009). *Guía de gestión y dirección de enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Núñez, A. (2010). La asertividad. En L. Puchol (Ed.), *El libro de las habilidades directivas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pendleton, D. (1983). Doctor-patient communication: A review. En D. Pendleton y J. Laser (Eds.), *Doctor-patient communication* (pp. 5–53). Londres: Academic Press.
- Pérez, I. P. (2000). *Habilidades sociales, educar hacia la autorregulación: conceptualización evaluación e intervención*. Barcelona: Horsori.
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398–406.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su uso en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 83–99.
- Reyes Lagunes, I. L. y García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez Aragón, e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (XII) (pp. 625–631). México: AMEPSO.
- Rezayat, F. y Dehghan, N. (2014). The level of depression and assertiveness among nursing students. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(3), 177–184.
- Riso, W. (1988). *Entrenamiento asertivo* (45). Medellín: Rayuela.
- Robredo, C. (1995). *La tolerancia a la frustración en relación al grado de asertividad que tienen los vendedores comisionistas electrodomésticos*. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Ciudad de México: Universidad Femenina de México.
- Roche, R. (2002). *Psicología y educación para la prosocialidad: optimización de las actitudes*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sanchez-Sosa J. J. (2002). *Health psychology: Prevention of disease and illness; Maintenance of health*. Recuperada el 12 abril del 2016 de Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Social Sciences & Humanities. Oxford, UK. Disponible en: <http://www.eolss.net>

- Shelton, N. y Burton, S. (2004). *Asertividad: Haga oír su voz sin gritar*. Madrid: Confemetal.
- Vega, L., Caballo, V. E. y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Wolpe, J. (1977). *La práctica de la terapia de conducta*. pp. 399. México: Trillas.
- Wolpe, J. y Lazarus, A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Toronto: Pergamino.