



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Propiedades psicométricas de una escala de asertividad en la relación  
paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital,

Comas, 2019

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

Licenciada en Psicología

**AUTORA:**

Br. Briones Garay, Karla Patricia Herlinda (ORCID: 0000-0002-8336-4170)

**ASESOR:**

Mg. Pomahuacre Carhuayal, Juan Walter (ORCID: 0000-0002-6769-6706)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Psicométrica

**LIMA – PERÚ**

2019

**Dedicatoria:**

A mis padres, Patricia y Juan Carlos, por su apoyo incondicional. A mis amores, Alessio y Lorena, por darme días de alegría.

**Agradecimiento:**

A mi amigo José Achicahuala, por su tiempo y paciencia. A mi amiga Yuli Guerra, por su apoyo en este arduo proceso. A mi asesor Walter Pomahuacre, por el conocimiento brindado.

## **Página del Jurado**

### **Declaratoria de autenticidad**

Yo, Karla Patricia Herlinda Briones Garay, con DNI: 75663401, estudiante de la Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada “Propiedades psicométricas de una escala de asertividad en la relación paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019”, declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aporte a la realidad investigada.

De identificarse un fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que mis acciones se deriven, sometiéndome a la normativa vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 14 de febrero del 2020



---

Karla Patricia Herlinda Briones Garay

DNI 75663401

## Índice

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página del jurado .....	iv
Declaratoria de autenticidad .....	v
Índice .....	vi
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	x
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MÉTODO .....	15
2.1 Tipo y Diseño de investigación .....	15
2.2 Operacionalización de variables .....	15
2.3 Población, muestra y muestreo .....	16
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	17
2.5 Procedimiento .....	19
2.6 Métodos de análisis de datos .....	19
2.7 Aspectos éticos .....	20
III. RESULTADOS .....	22
IV. DISCUSIÓN .....	31
V. CONCLUSIONES .....	35
VI. RECOMENDACIONES .....	36

REFERENCIAS .....	37
ANEXOS .....	43

### **Índice de tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Análisis descriptivo de la dimensión No asertividad-pasividad.....	22
Tabla 2. Análisis descriptivo de la dimensión No asertividad-inseguridad.....	23
Tabla 3. Análisis descriptivo de la dimensión Asertividad positiva.....	24
Tabla 4. Análisis descriptivo de la dimensión Agresividad.....	25
Tabla 5. Índices de bondad de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio del modelo teórico de la escala de asertividad en la relación paciente- médico.....	26
Tabla 6. Confiabilidad de la escala total por coeficiente Alfa de Cronbach y Omega de McDonald.....	28
Tabla 7. Prueba de normalidad Shapiro Wilk para la variable género.....	29
Tabla 8. Estadísticos de prueba U de Mann-Whitney de las dimensiones por género.....	29
Tabla 9. Percentiles generales de la escala de asertividad en la relación paciente- médico.....	30

## Índice de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Análisis Factorial Confirmatorio del modelo teórico de la escala de asertividad en la relación paciente-médico.....	27



## RESUMEN

La presente investigación logró delimitar las propiedades psicométricas de la escala de asertividad en la relación paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019; para ello tuvo un diseño de investigación instrumental y fue de tipo tecnológica, trabajando con una muestra total de 300 pacientes de 18 años a más; se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. Los resultados obtenidos en cuanto al análisis de los datos se determinaron que los valores de la IHC, id y de las  $h^2$ , se encontraron dentro de lo aceptable a comparación de la asimetría y curtosis que en algunos ítems no fueron los valores esperados. Además, se observó los índices de bondad de ajuste dentro de lo indicado para un buen AFC donde el SRMR = .065, RMSEA = .039, CFI = .978 y TLI = .975, indicando un modelo ajustado. En cuanto a la confiabilidad se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de .872 y un coeficiente Omega de McDonald de .873 para el modelo teórico siendo estos valores muy buenos para la confiabilidad. Finalmente, se realizó percentiles de manera general en cuanto al variable género en cada dimensión, ya que no se encontraron diferencias de puntuaciones relevantes.

**Palabras clave:** asertividad, propiedades psicométricas, paciente-médico.

## ABSTRACT

The present investigation was able to delimit the psychometric properties of the assertiveness scale in the patient-doctor relationship of patients with chronic diseases of a hospital, Comas, 2019; for this he had an instrumental research design and was of a technological type, working with a total sample of 300 patients aged 18 years and over; Intentional non-probabilistic sampling was used. The results obtained regarding the analysis of the data were determined that the values of the IHC, id and of the  $h^2$ , were within the acceptable compared to the asymmetry and kurtosis that in some items were not the expected values. In addition, the goodness of fit indices were observed within the indicated for a good AFC where the SRMR = .065, RMSEA = .039, CFI = .978 and TLI = .975, indicating an adjusted model. Regarding reliability, a Cronbach Alpha coefficient of .872 and a McDonald Omega coefficient of .873 were obtained for the theoretical model, these values being very good for reliability. Finally, percentiles were performed in general in terms of the gender variable in each dimension, since no differences in relevant scores were found.

**Keywords:** assertiveness, psychometric properties, patient-doctor

## **I. INTRODUCCIÓN**

Las personas cotidianamente se encuentran en interacción social independientemente del contexto en donde se desenvuelva, la manera en cómo se maneje esta, beneficiará o dificultará las relaciones interpersonales que lleve posteriormente (Flores, 2002). Para llevar relaciones interpersonales satisfactorias se necesitan al menos un mínimo de desarrollo de las habilidades sociales (Lacunza, 2011).

Las habilidades sociales (HH.SS.) se consideran facilitadores en la labor de la socialización (Contini, Mejail, Coronel y Cohen-Imach, 2011) y constituyen conductas aprendidas que permiten desenvolverse en cualquier ambiente, manifestando lo que siente, piensa, desea y los derechos de forma apropiada frente a cada realidad, generando soluciones a problemas cotidianos (Caballo, 2009). Uno de los elementos de las habilidades sociales, que nos ayuda a mejorar la comunicación, es la asertividad (Marriner, 2009).

El concepto más utilizado para la asertividad, que implica la defensa de los derechos, es atribuida a Wolpe (1977) quien propone que la asertividad es la “expresión oportuna de cualquier emoción hacia otra persona, que no genere una situación de ansiedad”. Por otro lado, la manera asertiva de actuar se refleja en tener la destreza para poder emitir y aceptar mensajes de creencias, sentimientos u opiniones propias o de las demás personas con las que nos rodeamos, teniendo en cuenta el respeto, la honestidad y pertinencia, con la finalidad de lograr una comunicación eficaz (Aguilar-Kubli, 1987).

Para medir esta variable, investigadores se han enfocado en la evaluación dentro del contexto académico, social y laboral; no obstante, a la fecha no se han encontrado muchos instrumentos que mida la asertividad dentro del ámbito clínico, donde se considere realmente la percepción del paciente, se tome en cuenta la condición en que se encuentra por su enfermedad y contexto (García y Reyes, 2017).

De acuerdo a la búsqueda dentro del repositorio de Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI), a la fecha solo existen 452 investigaciones sobre la asertividad, considerando que los del tipo psicométricos son los más escasos, y teniendo en cuenta que, en su mayoría, las investigaciones sobre esta variable son dentro del contexto académico, seguido del laboral y social, demostrándose así, que aún falta investigar sobre esta variable dentro del ámbito clínico, lo cual permitiría, dentro del sector salud, poder fomentar y entrenar, con base científica, al personal de salud, con pautas para llevar una relación

asertiva, no solo con los pacientes sino también con todo el personal, beneficiando sus relaciones interpersonales.

A partir de ello, se hace referencia a la contextualización que, gracias a la observación se pudo rescatar; algunos de los pacientes con enfermedades crónicas que asisten al hospital de Comas, su conducta asertiva es mínima, trayendo consigo conductas de impaciencia, poca tolerancia, observándose en ocasiones que suelen alzar la voz a los profesionales que los atienden por el tiempo que demora en las otras consultas y apresurarlas. Por otro lado, se observó también a pacientes con conductas sumisas, que llegan a consulta y aceptan las decisiones del especialista tal y cual las mandan, sin hacer pregunta alguna. En ocasiones, se ven pacientes resolviendo esas dudas con otros pacientes que están en sala de espera, y simplemente que salen frustrados de la consulta, o hasta molestos por el trato recibido, sin protesta alguna.

Dentro de los antecedentes internacionales recopilados, tenemos a las autoras mexicanas Morales y Díaz (2018) con su trabajo en México con el propósito de determinar las propiedades psicométricas de la adaptación del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey en una muestra de 1078 adolescentes de escolaridad secundaria, preparatoria y universidad. Se basaron en un diseño no experimental con enfoque cuantitativo, que fue descriptivo, donde utilizaron el Inventario estandarizado de México de Asertividad de Gambrill y Richey que se compone de 23 reactivos dividido en 5 factores. Dentro de sus hallazgos destacan que la estructura factorial del instrumento al final quedó conformada por 20 ítems, con 5 dimensiones, su consistencia interna fue de .88, su varianza total explicada de 51.85%.

García y Reyes (2017) tuvieron como objetivo principal la construcción y validación de un instrumento que evalúe la asertividad de pacientes con el personal médico. El diseño que utilizaron fue transversal, de tipo exploratorio y enfoque cuantitativo, donde se consideró a 216 pacientes. Entre sus resultados se encontró que se inició con 61 reactivos quedando con 21 para finalmente quedar con 4 factores bien definidos que contenían el 44.29% de la varianza explicativa y un Alfa de Cronbach de .816 de la escala total, considerado adecuado en consistencia interna.

Así mismo, encontramos el trabajo de Navarro, Varas y Maluenda (2016) que tuvo como objetivo obtener medidas de validez y confiabilidad que respalden el uso del Inventario de

Asertividad de Gambrell y Richey en una universidad chilena. Donde utilizaron un diseño transversal, tipo descriptivo, la cual tuvo una muestra conformada por 759 estudiantes. Dentro de sus resultados, obtuvieron una estructura de 6 factores, los que explican el 51.45% y el 50.05% de la varianza total para la escala Grado de Incomodidad (GI) y Probabilidad de Respuesta (PR) respectivamente, donde se obtuvo una elevada confiabilidad con .93 para GI, .92 para PR y .95 para la escala total.

Por otro lado, en las investigaciones nacionales se encontró el trabajo de Martínez elaborado en Trujillo durante el 2018, teniendo como objetivo principal evaluar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) en estudiantes de la Provincia de Sechura, contando con una muestra de 1091 estudiantes, el tipo de investigación fue instrumental. Dentro de sus hallazgos, se obtuvo un índice de bondad de ajuste GFI = .945, consistencia interna a través del coeficiente Alfa de Cronbach con un índice de .83 para asertividad indirecta, de .77 para no asertividad y .68 para asertividad, el residuo estandarizado cuadrático medio SRMR = .0627, un índice de bondad de ajuste GFI = .937, el ajuste parsimonioso PNFI = .845 y ajuste comparativo por medio del índice de ajuste normativo NFI = .906.

Pariona (2017) en su investigación realizada en Lima, cuyo objetivo principal fue analizar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) en adolescentes de dos instituciones públicas de San Juan de Lurigancho, Lima, 2017, utilizó un diseño psicométrico o instrumental, y se tuvo 315 estudiantes como muestra. Dentro de sus resultados se encontró que se realizó una validez basado en el contenido mediante el criterio de jueces con la valoración de cinco expertos, además en su validez de constructo por medio del análisis factorial obtuvieron un valor de .54 en la prueba de KMO y sus dimensiones van desde .63 hasta .72, por consiguiente, afirmaron que es válida para medir el constructo teórico de asertividad; obtuvieron un Alfa de Cronbach total de .91, en la correlación ítem – test con valores desde .203 hasta .527 superando el valor mínimo aceptable.

Además, Cueva en el 2014, en su investigación que tuvo como objetivo determinar las propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) de Flores y Diaz-Loving en estudiantes de la ciudad de Cajamarca, donde trabajaron con una muestra de 314 alumnos. Dentro sus hallazgos se encontraron que para la validez de constructo se utilizó el análisis ítem-test, donde la mayoría de sus ítems obtuvieron puntuaciones de .20

por ende se aceptaron como válidos, la validez interescala se demostró a través del coeficiente de correlación de Pearson y Spearman, en relación a la confiabilidad de las dimensiones se utilizó el análisis de consistencia interna por Alfa de Cronbach que tuvo una puntuación de .84 indicando confiabilidad muy respetable.

Se debe tener en cuenta que antecedentes sobre asertividad con línea de investigación psicométrica son muy escasos, de igual modo, en su mayoría, los estudios que se han realizado, están relacionadas al ámbito académico y social, más no en un ámbito clínico u hospitalario.

Dentro del margen del marco histórico, se puede decir que los pioneros en hablar sobre el concepto de la asertividad fueron Joseph Wolpe, Arnold Lazarus y Andrew Salter, con raíces en la terapia de conducta. El constructo asertividad fue adquiriendo una mayor popularidad a inicios de los años setenta, y a mediados del mismo año fue tanta la trascendencia que se formaban asociaciones dedicadas solo al entrenamiento asertivo; lastimosamente hoy el término asertividad ha perdido dicha fuerza, y va siendo sustituido por la expresión “habilidades sociales” (Caballo, 1983).

Para la psicología, la asertividad se remonta hasta finales de los años 40, con origen en los Estados Unidos, dentro de un contexto clínico (Flores, 2002), teniendo como base teórica las investigaciones de Pavlov 1970, del condicionamiento clásico (Robredo, 1995). Por otro lado, la conducta asertiva no cuenta con una definición universalmente aceptada (Caballo, 1983).

Dentro del marco filosófico, en la corriente existencial, la comunicación fue elegida como base central de la conceptualización filosófica. Para la filosofía marxista la comunicación siempre estuvo vinculada con la naturaleza social del hombre y con la evolución de su conciencia. Dentro de la filosofía no marxista se han encontrado muchos más aportes para una epistemología sobre la comunicación. Sin embargo, no podemos hablar de la comunicación como una supercategoría, que sustituya o suplante a otras categorías generales en la explicación de la esencia humana, como lo sucedido en los años 70 e inicios de la década de los años 80 (Piñuel, 1986).

Caballo (1983), menciona las características que posee un individuo que actúan asertivamente, como un apoyo moral para motivar a aquellos sujetos que no actúan con

asertividad a que sí lo hagan, pero que sin duda alguna esto solo depende de cada individuo.

Dentro marco epistemológico, se habla del vínculo con la naturaleza social del hombre y la evolución de su conciencia en el proceso de hominización, asociado a la actividad productiva. A raíz del proceso evolutivo, se incrementaron también las relaciones sociales y por tanto la comunicación entre los hombres; mientras más variadas fueron, se alcanzó mayor desarrollo humano como ser social (Ibáñez, 1987).

La comunicación constituye un factor inseparable del hombre, así como la conciencia, y la actividad, las cuales conforman una concepción estructurada del mundo, de una idea sobre las personas, tal como el proceso de comprensión de los significados históricamente elaborados (González, 1993).

Dentro de la macroteoría representativa, podemos decir que el concepto de asertividad, ha ido evolucionando con el transcurso de los años, sin embargo, no es hasta los años de 1960 que surge el entrenamiento asertivo, como una técnica más de la terapia conductual; a inicios de los años 70's, el constructo de asertividad gana más relevancia, y se empieza a formar asociaciones dedicadas al entrenamiento de asertivo, considerándolo un tratamiento para los conflictos de interacción social; posterior a ello, se intenta desligarlo de la terapia conductual, y se crea una revista exclusivamente sobre la asertividad, además de libros y artículos publicados (Caballo, 1983).

Además, otros enfoques conceptuales hablan también sobre la asertividad, tenemos el enfoque cognitivo, donde los autores refuerzan la importancia de integrar 4 procesos esenciales para desarrollar un comportamiento asertivo, teniendo en cuenta la diferencia entre asertividad y agresividad, reconocer nuestros propios derechos y de los demás, reducir las dificultades efectivas y cognoscitivas para actuar asertivamente, además de aminorar las ideas irracionales que se tiene, las culpas, ansiedades, y al mismo tiempo aprender a desarrollar habilidades asertivas ejercitando los procesos ya mencionados (Lange & Jakubowski, 1976).

En ese sentido se ve a la asertividad como un proceso interno que debe ser investigado por la introspección, de acuerdo a lo que pensamos, a las ideas que tenemos de ciertas situaciones, y lo que resulta de ello a nivel cognitivo.

Así mismo el enfoque cognitivo-conductual señalando la Terapia Cognitivo-Conductual, desarrollado por Ellis, defienden las emociones y conductas de las personas como las creencias y pensamientos, percepción y evaluación la realidad, de la misma forma se relacionará a como actuaría sobre esa realidad, de acuerdo a sus ideas o creencias irracionales, de allí se determinará la postura del tipo de conducta que tome (Roca, 2014).

Por lo tanto, en ese sentido se evalúa la asertividad como un proceso de ensayo y error, a través de las técnicas cognitivo-conductuales, ya que, dependiendo de las respuestas esperadas, el sujeto podrá reestructurar sus pensamientos a una manera racional, logrando colocarlas dentro su repertorio conductual, y poniéndolas en práctica diariamente.

En el enfoque conductual, Wolpe, atraído por el concepto de inhibición recíproca de Andrew Salter, explica que se ve reflejado por ciertos estímulos que emiten una respuesta muy diferente a una respuesta de ansiedad; para luego definir la conducta asertiva como la manera correcta de expresión hacia los demás, generando una emoción diferente a la ansiedad (Wolpe, 1997).

Para este enfoque, se logra apreciar las conductas a través de un aprendizaje, ya sea de un aprendizaje social o por observación por medio de modelos significativos (Bandura), por adaptación al medio, teniendo en cuenta los refuerzos y los castigos (Pavlov), por un aprendizaje por resultados, donde sea el tipo de conducta manifestada por cada sujeto que dependerá de los resultados que se obtenga para continuar con aquella conducta o variarla; esto influenciará, en otras situaciones futuras, la respuesta futura del sujeto (Skinner). En conclusión, este enfoque ve la asertividad desde el punto de vista de una conducta aprendida.

Por último, en el enfoque humanista, Aguilar-Kubli (1987), refiere que la satisfacción de las necesidades personales de cada ser humano, representa una buena capacidad en las relaciones interpersonales, dentro de esta capacidad se reconocen además las necesidades de seguridad, afiliación, reconocimiento y finalmente de autorrealización, donde de una u otra manera entra a encajar la empatía hacia los demás, y la comprensión.

Para ello Pick y Vargas (1990), mencionan que para desarrollar una conducta asertiva se necesita aceptarse y valorarse, respetando al resto, saber comunicar de forma directa y clara, ser consecuentes de las opiniones propias, utilizando el lugar adecuado y la manera apropiada de decir lo que se desee o se necesite. Dentro de este enfoque se logra ver a la



asertividad como fenómeno positivo para desarrollar la autorrealización de una persona como un todo.

Ahora bien, para poder tener un amplio conocimiento de la variable a estudiar, se empezará por definir lo que es la asertividad; en primer lugar, Salter (1949) definió el comportamiento asertivo como el estado de bienestar emocional donde se tiene presente la honestidad y el contenido de lo que se quiere decir, sin tener tanta relevancia en la participación social. En segundo lugar, para Wolpe (1977) la asertividad es la “expresión oportuna de cualquier emoción hacia otra persona, que no genere una situación de ansiedad”. Finalmente, Lazarus (1973) conceptualiza la conducta asertiva a través de las capacidades de saber dar una respuesta negativa, iniciar, mantener y finalizar una conversación, pedir favores y dar cumplidos y saber expresar sentimientos afectivos y adversos.

Se define la conducta asertiva como un grupo de comportamientos que se manifiestan en un contexto interpersonal, donde se expresa lo que deseamos, opinamos, nuestras actitudes y derechos de una manera directa, firme y honesta. De igual modo, respetándolas de los demás, pudiendo expresarse emociones, teniendo siempre en cuenta el respeto por el derecho ajeno y defendiendo los derechos propios; diferenciándose así de la conducta agresiva (Alberti y colaboradores, 1977; Elizondo, 2000; Mendoza, 2008).

Considerando las definiciones de los autores mencionados, para este trabajo se tomó en cuenta a las autoras mexicanas García y Reyes (2017) que definen la asertividad “como las manifestaciones verbales y no verbales de dudas, desacuerdos y opiniones, respetándose a sí mismo y a los otros, con el fin de conseguir una comunicación efectiva”, valiéndose de base macro teórica a la terapia conductual, ya que se habla de acciones, manifestaciones concretas, de lo que se puede observar.

Castanyer (2010) indica que las personas asertivas defienden y conocen sus derechos, a su vez respetan los derechos de los demás, llegando siempre a un acuerdo; la persona asertiva sabe decir no y mostrar su postura así sea diferente de las demás, sabe cómo pedir favores y expresar sus sentimientos, además de reaccionar frente a un ataque.

A su vez Roca (2014), indica que un sujeto asertivo es aquel que se conoce y es consciente de lo que desea y siente, se acepta independientemente si los demás lo hacen, y se mantiene fiel a sí mismo, esforzándose para lograr sus metas; aceptando sus limitaciones;

es responsable de su vida; comprende y se responsabiliza de sus emociones, tiene la capacidad de entablar conversaciones con personas de todos los niveles, de manera directa, sincera y pertinente, sabe cómo expresar sus deseos, sentimientos y opiniones, teniendo siempre presente el respeto hacia él y hacia los demás.

De igual manera Roca (2014) menciona que las personas no son del todo asertivas o no asertivas, considerando destrezas que adoptan de manera habitual o no, además va depender del contexto en que se encuentre, e incluso las personas con las que se relacionen, teniendo en cuenta que en algunas situaciones se puede actuar asertivamente, pero en otras no; es por ello que se habla de asertividad como algo que se posee en un grado o frecuencia en un rango mayor o menor.

Cuando la conducta verbal y las señales no verbales son congruentes, podemos decir que el mensaje que queremos dar a conocer es transmitido de manera asertiva. Castanyer (2010) nos menciona como componentes principales de la conducta no verbal: la expresión facial, la postura corporal, los gestos y la mirada. Así mismo menciona componentes paralingüísticos como la fluidez, perturbaciones del habla, volumen, tono, velocidad y claridad; considerándolos importante ya que representan cómo se transmite el mensaje, dentro de una comunicación, de tal forma se percibe el estilo de comunicación.

Las autoras García y Reyes (2017), hablan de cuatro factores, no asertividad-pasividad, no asertividad-inseguridad, asertividad positiva y agresividad, donde el primer factor explica que el paciente presenta conductas como encogerse durante la interacción con el médico, el paciente que se queda callado, no hace mención sobre sus dudas, se disculpa al hablar, no defiende sus derechos, y al finalizar se siente frustrado.

Así mismo, este párrafo concuerda con lo mencionado por Aguilar-Kubli (1987), quien afirma que la relación no asertiva, se caracteriza por no comunicarse o por hacerlo de manera insegura mostrando timidez, además de no decir lo que se piensa, siente, cree u opina, haciendo frecuente las disculpas dentro de la relación sin ser claros ni precisos de lo que se desea; además de colocarse en un segundo plano dejando que se violen sus derechos; trayendo como consecuencias malas relaciones interpersonales.

De igual forma, mantiene relación con lo que menciona la autora Roca (2014), refiriendo que las personas inhibidas acostumbran a callar o hablar con voz baja, representando inseguridad, en todo momento se muestran nerviosas y evitan el contacto visual, no son

capaces de defender sus derechos, por ende, sienten temor al manifestar lo que sienten o desean.

García y Reyes (2017) se refieren al factor no asertividad-inseguridad como una situación que muestra mucha inseguridad como el tener las manos tensas o temblorosas durante la atención con el médico, así mismo, la voz temblorosa al responder al médico y deseos de retirarse del lugar.

Estas conductas son comunes en el comportamiento no asertivo pasivo, como lo declaran los autores Shelton y Burton (2004), dentro del lenguaje corporal que manifiestan estas personas tenemos el tono de voz ansioso, inseguro, bajo, los hombros caídos, cabeza inclinada, mirada avergonzada, manos nerviosas, movimientos, crispados.

La persona sumisa o no asertiva – insegura, tiene un tono de voz bajo, no mantienen el contacto visual, tienen las manos nerviosas, suelen comerse las uñas, tiene postura tensa, muestran mucha ansiedad y frustración (Castanyer, 2010).

Dentro del factor asertividad-positiva, las autoras se refieren a esta como el paciente manifiesta sus oposiciones, lo que cree es importante para su salud, sus opiniones, creencias, le hace saber al médico cuando algo no le queda claro para pedirle que le explique de manera más sencilla (García y Reyes, 2017).

De la misma forma, Galassi et al. (1974) hablan sobre la asertividad positiva refiriendo que consta de manifestar los sentimientos de afecto, admiración, acuerdo, aprobación, y por otro lado las afirmaciones negativas incluyen lo opuesto, expresiones de sentimientos de enojo, molestia, desacuerdo, molestia, insatisfacción.

Castanyer (2010) refiere que las personas asertivas hablan de manera fluida, segura, se expresan honestamente, tienen la habilidad para pedir aclaraciones cuando algo no le queda claro, aceptan sus errores, conocen y hacen respetar sus derechos considerando los derechos de los demás.

En cuanto al factor agresividad, las autoras refieren que el paciente antepone mirar hacia otro lado mientras que el médico habla, suele hablar de manera sarcástica y alzar su volumen de voz o gritar frente algún desacuerdo (García y Reyes, 2017).

Así mismo, Flores (2002), hace mención que una conducta agresiva suele expresarse de forma directa o indirecta, viéndose la manera directa en conductas como alzar el volumen

de voz, mirar hacia otro lado mientras el especialista habla; en cuanto a la manera indirecta, refieren a comunicarse de forma sarcástica.

Roca (2014) hace mención que un sujeto con conducta agresiva no respeta los derechos, intereses y sentimientos de las demás personas; estas conductas suelen ser físicas y verbales, siendo esta de manera directa, con amenazas, comentarios hostiles; o indirecta, con mensajes sarcásticos.

Al hablar de la relación paciente-médico, la medicina basada en la afectividad (MBA), la cual parte de la suposición de que el paciente es lo suficientemente consciente de su situación y está interesado en mejorar su salud. Por ende, es capaz de recibir información adaptada a su nivel de conocimiento, además de tener necesidad de afecto, aunque en ocasiones recurran a la negación o a la resignación a causa de la enfermedad. En este sentido la mejor arma es la comunicación médico-paciente, brindando el mejor procedimiento para optimizar la relación basado en confianza mutua, respeto, comprensión y afecto (Jovell, 1999; Bascuñán, 2005; Gobbo, 2009; Simón y Gutiérrez, 2001).

Así mismo, en el 2002, Gómez refiere que durante el proceso de intercambio de información y comunicación entre el paciente y el médico, se da un intercambio afectivo, donde surge muchas veces la ansiedad, irritación y nerviosismo en el aspecto verbal y no verbal, que con mayor frecuencia el paciente suele atribuir al médico al momento de estar en consulta, ya que se anticipa a lo que sucederá, de igual forma su miedo y/o nerviosismo (Pendleton, et.al, 2003).

Para ello, mientras haya una buena comunicación y una relación óptima entre paciente - médico, producirá beneficios para la salud de manera física y psicológica del paciente, de igual manera aumentará su confianza y compromiso con el tratamiento (Lloyd & Bor, 2001; Beck, Daughtridge & Sloane, 2002; OMS, 2004). Además, aumenta la adherencia al tratamiento y disminuirá la ansiedad, el dolor y la comorbilidad de los pacientes (Gobbo, 2009); incluso los especialistas deben estar asistidos con los recursos materiales y conocimiento empírico suficiente para poder apoyar a estos pacientes a manejar de la manera más factible su enfermedad (Bascuñán, 2005; British Columbia, 2007).

Para Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas (EC) se caracterizan por ser de duración larga y tener un desarrollo lento; siendo las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, las

enfermedades respiratorias crónicas, el asma; las de mayor morbilidad y causantes principales de muerte e incapacidad en todo el mundo.

Beratarrechea (2010), menciona que las EC, también son llamadas enfermedades relacionadas con el estilo de vida o el comportamiento, y que esencialmente se caracterizan por ser de larga duración (de tres meses a más), de un desarrollo o progresión lenta, en ocasiones son asintomáticas, se pueden prevenir y hasta controlar.

Al hablar de un paciente crónico no solo hablamos de una persona con alguna patología crónica, sino también de personas a las que disminuye su productividad y calidad de vida. Teniendo en cuenta las consecuencias de problemas de salud, ya sean físicos por el deterioro funcional, hasta la salud mental como el estrés emocional, la depresión, ansiedad y además se ve mermado los problemas sociales, ya que hay un deterioro funcional social. Las personas con enfermedades crónicas son quienes tienen problemas mayores en áreas como la función física, la fatiga, el dolor, la angustia emocional y la función social que las personas sin estas enfermedades (Institute of Medicine, 2012).

Otro de los impactos relevantes, se da en el ámbito familiar, donde se readaptan las familias, incluso cambiando los roles, la dinámica y estructura familiar, trayendo consigo también cambios, emocionales y evolutivos de la enfermedad, por supuesto, la buena comunicación dentro de los miembros va ser la que facilite todo esta readaptación, incluso para el paciente crónico (Vázquez, Ramírez y Zarco, 2013).

Con respecto a la teoría psicométrica hablaremos de la Teoría Clásica de los Test (TCT) propuesto por Spearman, estructurado por Gulliksen en 1950 y finalmente reformulado por Lord y Novick en 1968, basada en una ecuación lineal conformado por tres componentes fundamentales: la puntuación verdadera, la puntuación empírica y el error de medida. Se centra en el análisis de las puntuaciones obtenidas valorando el error cometido, llamado puntuación empírica ( $X$ ), donde la puntuación empírica es igual a la suma de la puntuación verdadera más el error de medida (Meneses, et.al, 2013).

Por otro lado, la Teoría Respuesta al Ítem (TRI) se va centrar en relacionar las medidas del constructo con las puntuaciones de cada ítem que lo conforma, y través de las respuestas adquirir una estimación de valores del sujeto en dicho constructo, esta teoría consta de un modelo no lineal teniendo en cuenta que los ítems son su nivel de análisis (Martínez, Hernández y Hernández, 2014); incluso dentro de esta teoría se encuentra una diversidad

de funciones matemáticas según el modelo de relación entre la variable latente y la capacidad de discriminación de los ítems (Bowman, 1989).

Según menciona Tornimbeni, Pérez y Olaz (2008), la confiabilidad se entiende como la precisión o exactitud de la medición de un instrumento, o refiriéndose a un mínimo valor de error en la medición del test, teniendo en cuenta que la exactitud de las puntuaciones mantendrá constante el instrumento en diferentes circunstancias.

Meneses y colaboradores (2013), se refieren a la consistencia interna como el grado en que cada una de las partes que compone un instrumento miden de manera equitativa al resto, siendo este determinado por el nivel en que cada ítem revela una medida adecuada con el resto de los ítems, midiendo en el mismo grado que el constructo.

El coeficiente Alfa de Cronbach va reflejar la estimación de la consistencia interna (Cronbach, 1951) del instrumento a través de la covariación de sus ítems, mientras más elevada esa la covariación de entre los ítems con respecto a la varianza total del instrumento, mucho más elevado será el coeficiente Alfa de Cronbach y por ende la fiabilidad también (Meneses, et.al, 2013).

El coeficiente Omega es un método de estimación de confiabilidad sugerido por McDonald en el año 1999, el cual trabaja con las cargas factoriales (Gerbing & Anderson, 1988) siendo estas la suma ponderada de las variables estandarizadas, lo que hace más estable los cálculos y revela un nivel auténtico de fiabilidad; que a diferencia del coeficiente alfa, no depende de un número de ítems (McDonald, 1999), para considerar una confiabilidad aceptable a través de método, se aceptan valores superiores a .65 (Katz, 2006).

En cuanto a validez, Messick (1989) la define como el nivel en que las evidencias empíricas y los fundamentos teóricos respaldan la adecuación e idoneidad de las inferencias y acciones tomadas a través de las puntuaciones de los instrumentos relacionadas a un uso específico. Meneses y colaboradores (2013), mencionan que para comprobar la validez de un instrumento se debe recolectar evidencias que, afirmen con base científica que, es un instrumento adecuado para tal propósito, ya que lo que se valida no es el instrumento, si no las interpretaciones que se hacen a raíz de este. Es por ello que en la actualidad no se habla mucho de validez, si no de evidencias de validez que posee un instrumento.

Las evidencias de validez basadas en el contenido refieren a la relación que hay de cada ítem que constituye el test y el objetivo de evaluación del mismo (Meneses, et.al, 2013); para ello se debe acudir al criterio de un grupo de jueces expertos en la materia, para que puedan analizar cada ítem valorándolos en la definición del dominio, la representación de los ítems, y su relevancia (Sireci; 1998; Martínez, Hernández y Hernández, 2014).

Las evidencias de validez basadas en la estructura interna del constructo señalan si la relación entre los ítems y las dimensiones confirman la existencia del constructo que se pretende medir (Tornimbeni, Pérez y Olaz, 2008). Para ello se utilizan las técnicas estadísticas del análisis factorial (Carretero-Dios y Pérez, 2005; Martínez, Hernández y Hernández, 2014; Meneses, et.al, 2013) para dar una explicación a las correlaciones que se observa entre los ítems del instrumento con el constructo; Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) que según Santisteban (2009) se utiliza para verificar en qué medida los ítems tienen correlación con los factores determinados.

Los valores aceptables para un coeficiente Alfa de Cronbach son de  $>.70$  según (Kaplan y Saccuzo, 2009), para el coeficiente Omega de McDonald  $>.65$  es lo aceptable (Katz, 2006).

Los valores adecuados para la asimetría y curtosis se encuentran dentro del rango de puntuación de  $-2$  y  $+2$  (Bandalos y Finney, 2010). En cuanto a la relación ítem test los valores adecuados son aquellos que superan el  $.20$  (Kline, 1993). Para las comunalidades tenemos que se considera aceptable a los valores que superan el  $.4$  (Detrinidad, 2016).

En cuanto a los índices de bondad de ajuste del AFC tenemos que los valores adecuados para la Raíz residual estandarizada cuadrática media (SRMR)  $\leq .08$ , Erro de la media cuadrática de la aproximación (RMSEA)  $\leq .05$ , Índice de Taker-Lewis (TLI)  $\geq .95$ , para el Índice de ajuste comparativo (CFI)  $\geq .95$  (Keith, 2015).

Para ello, la formulación del problema de esta investigación fue ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de una escala de asertividad en la relación paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019?

Así mismo, se consideraron cinco criterios para la justificación del problema según Miller & Salkind (2002). Para empezar por conveniencia refiriéndonos a que se realizó la investigación con fines académico respecto a la variable dentro del contexto clínico, ya que dentro de este ámbito las investigaciones han sido escasas.

Además, esta investigación contó con una relevancia social dentro y fuera del lugar de aplicación ya que, a partir de ella, se pudo comprobar las propiedades psicométricas de la escala, para que en un futuro se pueda utilizar la escala dentro del ámbito clínico.

Así mismo, ayudó a la medición de la variable dentro de una población de pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas, cosa que no se ha tocado mucho en otras investigaciones, considerando el estado y contexto en que se encuentra el paciente, logrando identificarse con los reactivos presentados para obtener respuestas más precisas y de acuerdo a la percepción de cada paciente; representando las implicaciones prácticas.

Esta investigación fue de gran importancia ya que ayudó a cubrir un vacío de conocimiento que se tenía de la variable asertividad dentro del contexto clínico. Además, los resultados que se obtuvieron podrán ayudar apoyando una teoría futura sobre la asertividad, esperando conocer cómo se comporta esta variable dentro del contexto clínico, considerando el valor teórico.

En cuanto a la utilidad metodológica esta investigación fue sustancial, ya que obtener las propiedades psicométricas de la escala de asertividad en la relación paciente-médico permite utilizarla en investigaciones futuras, y sumará al bagaje de instrumentos que miden esta variable, considerándola dentro del contexto clínico.

En cuanto al objetivo general, se consideró, delimitar las propiedades psicométricas de la escala de asertividad en la relación paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019.

Para los objetivos específicos, se tuvieron en cuenta cuatro, empezando por analizar los ítems de la escala de asertividad en la relación paciente-médico. Para el segundo objetivo, identificar las evidencias de validez basadas en la estructura interna del constructo a través del AFC de la escala de asertividad en la relación paciente-médico. En cuanto al tercero objetivo se tuvo en cuenta, identificar los índices de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la escala de asertividad en la relación paciente-médico. Por último, y cuarto objetivo, establecer los percentiles de la escala de asertividad en la relación paciente-médico.



## **II. MÉTODO**

### **2.1 Tipo y Diseño de investigación**

#### **Diseño de investigación**

Tuvo un diseño instrumental, debido a que pretende analizar propiedades psicométricas de un instrumento de medida psicológica (Ato, López y Benavente, 2013).

#### **Tipo de estudio**

Esta investigación se consideró de tipo tecnológica, por su orientación a exponer la validez y eficacia de ciertos procedimientos a través de principios científicos (Sánchez y Reyes, 2015).

#### **Nivel de investigación**

Fue de nivel aplicada ya que estos estudios son dirigidos a la resolución de problemas como respuesta de una necesidad, teniendo como principal característica la aplicación y uso de los conocimientos, manteniendo, modificando o cambiando aspectos de la realidad social (Ander, 2011).

#### **Enfoque de investigación**

Fue considerada de enfoque cuantitativo, ya que utiliza prioritariamente información cuantificable para detallar o tratar de demostrar el fenómeno a estudiar (Briones, 2002).

#### **Corte de investigación**

Esta investigación tuvo un corte transversal, dado que se ajusta a un momento puntual, estudiando una misma variable en sujetos de distintas edades (Sánchez y Reyes, 2015).

### **2.2. Operacionalización de la variable**

**Variable:** Asertividad

**Definición conceptual:** son 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 (García y Reyes, 2017).

**Definición operacional:** Los puntajes obtenidos en las dimensiones determinarán la valoración del instrumento, los cuales están compuestos por un sistema de puntuación, que

se suman de forma individual por cada dimensión: no asertividad-pasividad (min: 9 y máx:45), no asertividad-inseguridad (min: 5 y máx: 25), asertividad positiva (min: 4 y máx: 20) y agresividad (min: 3 y máx: 15).

### **Dimensiones:**

No asertividad-pasividad, con un total de 9 preguntas (p5, p7, p9, p10, p12, p13, p15, p20 y p21) Dimensión Inversa

No asertividad-inseguridad, con un total de 5 preguntas (p1, p8, p11, p17 y p18) Dimensión Inversa

Asertividad positiva, con un total de 4 preguntas (p3, p4, p6 y p14) Dimensión Directa

Agresividad, con un total de 3 preguntas (p2, p16 y p19) Dimensión Inversa

**Escala de medición:** Escala tipo Likert pictórico de 7 opciones donde el 1 corresponde a NUNCA y el 7 a SIEMPRE

## **2.3 Población, muestra y muestreo**

### **Población**

Para Bisquerra (2004), la población vendría a ser el total de casos a los que se desea generalizar los resultados de la investigación La población o universo del presente trabajo de investigación estuvo conformado por 1 100 pacientes registrados con alguna enfermedad crónica (artritis reumatoide, asma bronquial, cáncer, colesterol, diabetes, enfermedad renal, gastritis, hipertensión, lumbalgia, osteoporosis, Parkinson, TBC, VIH).

### **Muestra**

Así mismo la muestra que se utilizó estuvo constituida por 300 pacientes con enfermedades crónicas de un hospital nacional, que pertenecen a un grupo heterogéneo donde las edades oscilan desde los 18 años a más. Siendo así 300 un tamaño de muestra buena (Comrey y Lee, 1992).

### **Muestreo**

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional ya que de acuerdo a Otzen y Manterola (2017), es la técnica que posibilita seleccionar casos característicos de la población,

teniendo acceso limitado sólo a estos casos, considerando que la muestra en este caso, es reducida y la población es muy variable.

#### **Criterios de selección:**

- **Inclusión:** Se consideró a aquellos sujetos que eran pacientes del hospital nacional de Comas que tuvieran alguna enfermedad crónica (artritis reumatoide, asma bronquial, cáncer, colesterol, diabetes, enfermedad renal, gastritis, hipertensión, lumbalgia, osteoporosis, Parkinson, TBC, VIH), considerando que sus edades oscilen entre los 18 años a más.
- **Exclusión:** Se excluyó a aquellos sujetos que no eran pacientes del hospital nacional de Comas, que no tuvieran alguna enfermedad crónica, ya mencionadas, y sean sujetos menores de edad.
- **Eliminación:** Así mismo, se eliminó las pruebas que fueron resueltas a medias, si se encontraba una doble respuesta en la misma pregunta, y si un ítem estaba en blanco, así mismo si el paciente no cuenta con alguna enfermedad crónica.

#### **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

**Técnica:** La técnica que se utilizó para recolectar los datos deseados fue el cuestionario que es una forma de encuesta que se hace de manera escrita a través de un formato que contiene una variedad de preguntas (Arias, 2012) con modalidad de escala ya que según Casas, Repullo y Donado (2003), es un tipo de cuestionario que generalmente mide actitudes o estados subjetivos, como la asertividad.

#### **Instrumento:**

Para este trabajo de investigación se utilizó la escala de asertividad en la relación paciente-médico de García y Reyes.

#### **Ficha técnica:**

<b>Nombre original</b>	: Escala para medir asertividad en la relación paciente médico
<b>Autoras</b>	: Alejandra García Arista e Isabel Reyes Lagunes
<b>Creación</b>	: 2017
<b>Objetivo</b>	: Evaluar la asertividad en la relación paciente-médico
<b>Dimensiones</b>	: Consta de 4 dimensiones (No asertividad-pasividad, no asertividad-inseguridad, asertividad positiva y agresividad)
<b>Reactivos</b>	: 21 ítems en total

<b>Población</b>	: pacientes con enfermedades crónicas
<b>Procedencia</b>	: México
<b>Administración</b>	: Individual y colectiva
<b>Edad de aplicación</b>	: De 18 años a más
<b>Ámbito</b>	: Clínico
<b>Componentes</b>	: Escala y lápiz

**Validez y confiabilidad:**

La escala para medir asertividad en la relación paciente médico de García y Reyes tuvo un análisis de frecuencias, prueba de sesgo, discriminación de reactivos para grupos extremos (mediante una prueba t de Student) y correlación reactivo-total mayor a .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 .3 y .7) estipulando como valor Eigen de 1 y carga factorial mínima de .40. Se estableció .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 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. Posteriormente se calculó la confiabilidad total de la escala Alfa de Cronbach y se obtuvo un valor adecuado de consistencia interna ( $\alpha = .816$ ).

**a. Prueba piloto**

Para la prueba piloto donde se tomó en cuenta a 51 sujetos con enfermedades crónicas que se atendían en un puesto de salud del distrito de Comas.

Se obtuvo una confiabilidad del coeficiente Alfa de Cronbach y Omega de McDonald de la escala total una puntuación de  $\alpha = .812$  y  $\omega = .826$ , considerándose valores aceptables para el  $\alpha$  (Kaplan y Saccuzo, 2009) y para el  $\omega$  (Katz, 2006); para cada dimensión se encontraron valores de .750, .640, .532 y .052, en no asertividad-pasividad, no asertividad-

inseguridad, asertividad positiva y agresividad, respectivamente. Donde solo a la dimensión no asertividad-pasividad se considera aceptable dentro de los valores estimados.

En cuanto a los supuestos de la normalidad se encontró que no todos los valores se encuentran dentro de lo esperado, dentro de la asimetría, curtosis, índice de homogeneidad corregida y comunalidades.

Así mismo en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) que se realizó para analizar el cálculo de los estimadores de máxima verosimilitud con los 4 factores que identificaron las autoras, se obtuvieron los siguientes índices de bondad de ajustes CFI = .619, GFI = .658, RMSEA = .127 y TLI = .563; las cuales no se encuentran dentro de los parámetros estimados para un modelo adecuado (Keith, 2015).

## **2.5 Procedimiento**

Con la finalidad de delimitar las propiedades psicométricas de la escala de asertividad en la relación paciente-médico, se tuvo en cuenta primero, la contextualización dentro del hospital a través de la observación, a continuación, se presentó la solicitud de permiso del hospital seleccionado para poder aplicar la prueba a los pacientes asistentes con alguna enfermedad crónica, a través de una carta de presentación. Se tuvo en cuenta la búsqueda de material bibliográfico confiable y actualizado para el marco teórico.

Posterior a ello, se programó diez fechas para poder evaluar a cada uno de los pacientes dentro de sus respectivos departamentos de hospitalización.

Seguidamente se brindaron correctamente las instrucciones generales para resolver la escala, la cual era de manera voluntaria y libre para cada uno de los asistentes, teniendo en cuenta que los resultados obtenidos serian únicamente con fines educativos y se tendría en cuenta la confidencialidad, sin poner en riesgo la privacidad de cada paciente. Para poder filtrar aquellas escalas que no cumplieron con el criterio de inclusión. Finalmente se analizó la data de 300 paciente crónicos.

## **2.6 Métodos de análisis de datos**

Dentro de la presente investigación se tuvo en cuenta dos fases, la primera fue la fase piloto, donde se consideró a 51 sujetos para el análisis de los datos, teniendo en cuenta primero el criterio de seis jueces expertos donde se analizó el coeficiente de V de Aiken. Posterior a ello se realizó el análisis de confiabilidad de la escala total y por dimensiones, a

través del Omega y Alfa de Cronbach; así mismo, el análisis descriptivo preliminar de los ítems por dimensiones. Seguido del AFC, donde se observó que los valores no se encontraron dentro de los parámetros estimados para un modelo adecuado dentro del SRMR, RMSEA, TLI y CFI.

En la segunda fase que fue la fase de la muestra final, se tuvo en cuenta 300 participantes para su análisis, donde nuevamente se analizaron los ítems a nivel descriptivo para verificar la normalidad los mismos. Así mismo, se realizó el AFC. Además, se estableció la confiabilidad del instrumento a través de los coeficientes Omega y Alfa de Cronbach, por escala total y por dimensiones. Por último, se realizó los percentiles del modelo original.

Esto se pudo llevar a cabo gracias a la utilización de los softwares estadísticos de Excel para el vaciado de datos, el programa SPSS versión 25 para el cálculo de los estadísticos y percentiles; se utilizó IBM SPSS AMOS versión 24, para poder graficar el modelo, el programa R Studio para el AFC y el programa Jamovi 1.0.1.0 para el análisis de la fiabilidad.

## **2.7 Aspectos éticos**

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010) se rescataron tres principios éticos y legales para esta investigación; primero, la exactitud del conocimiento científico, investigación no se ha manipulado la información de trabajos previos, ni falseados datos, y se ha brindado la información necesaria; además se solicitó el permiso a las autoras de la escala para poder utilizarla en esta investigación, obteniendo una respuesta positiva.

Segundo, se protegió los derechos y las garantías de los participantes en la investigación, respecto a ello se entregó la carta de solicitud de permiso al responsable del hospital, brindado por la Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo y a solicitud de la investigadora, con la finalidad de poder aplicar la escala a la muestra deseada; de igual manera, antes del proceso de aplicación se brindó la información necesaria a los participantes, como el objetivo de la investigación y la forma correcta de responder la escala; así mismo se hizo énfasis que la participación era de manera voluntaria y que podían dejar de participar si es que así lo deseaban. Además, se hizo la entrega de un consentimiento informado a cada participante, en caso de aceptar participar o no en la investigación. Se recalcó a los participantes que la sinceridad y seriedad en esta

investigación eran importantes, respetando sus respuestas y manteniendo la confidencialidad.

Tercero, se reservó los derechos de la propiedad intelectual, respetando los derechos de autor, teniéndolo en cuenta en cada cita y en las referencias bibliográficas.

### III. RESULTADOS

#### 3.1 Análisis descriptivo de los ítems de la escala de asertividad en la relación paciente-médico

**Tabla 1**

*Análisis descriptivo de la dimensión No asertividad-pasividad*

Dimensiones	Ítems	Frecuencia							M	DE	$g^1$	$g^2$	IH C	$h^2$	id	ACEPTABLE
		1	2	3	4	5	6	7								
No asertividad - pasividad	PU13	70.3	10	12	7	.3	0	.3	1.58	1.02	1.75	<b>2.84</b>	.42	.8	0.00	SI
	PU10	73.3	11.7	7	7.7	.3	0	0	1.5	.95	1.8	1.98	.49	.66	0.00	SI
	PU15	70.7	7	12.3	9.3	0	.3	.3	1.63	1.1	1.65	<b>2.18</b>	.49	.67	0.00	SI
	PU9	66	1	11.7	11	.3	0	1	1.74	1.2	1.66	<b>2.68</b>	.63	.51	0.00	SI
	PU5	66	10	15.3	8	0	0	.7	1.69	1.1	1.62	<b>2.75</b>	.47	.68	0.00	SI
	PU21	64	9.3	14.7	12	0	0	0	1.75	1.1	1.07	-.46	.35	.82	0.00	SI
	PU12	74.7	8.7	9.3	7	.3	0	0	1.5	.95	1.75	1.75	.42	.65	0.00	SI
	PU7	82.3	6	7.7	4	0	0	0	1.33	.79	<b>2.29</b>	<b>4.05</b>	.41	.49	0.00	SI
	PU20	63	9.7	14.3	12.3	.3	.3	0	1.78	1.14	1.12	-.07	.43	.79	0.00	SI

Se puede observar que los valores de asimetría y curtosis, en los ítems PU13, PU15, PU9, PU5 y PU7, no se encuentran dentro de lo aceptable (Bandalos y Finney, 2010). En cuanto a los valores del ítem test corregido se observa que superan al .20, indicándolos valores adecuados (Kline, 1993). En cuanto a las comunales se observan valores  $>.4$ , haciendo referencia que hay una varianza compartida entre los ítems de esta dimensión (Dettrinidad, 2016). Podemos observar además, un índice de discriminación por el método de grupos extremos donde se obtuvo un valor  $<.05$ , lo que representa que se logra discriminar adecuadamente los grupos altos de los bajos. Por lo tanto, podemos decir que los ítems de la dimensión No asertividad-pasividad no cuentan con una distribución normal.



**Tabla 2***Análisis descriptivo de la dimensión No asertividad-inseguridad*

Dimensión	Ítem	Frecuencia							M	D	E	$g^1$	$g^2$	IH	C	$h^2$	id	ACEPTABLE
		1	2	3	4	5	6	7										
No asertividad-inseguridad	PU1	62.7	9.3	15.3	11.7	.3	.3	.3	1.8	1.17	1.26	.82	.4	.78	0.00		SI	
	PU8	64.7	13.3	13.7	8.7	.3	0	.3	1.7	1.07	1.45	1.64	.51	.69	0.00		SI	
	PU18	65.7	9.7	15.7	9.7	.7	0	0	1.69	1.07	1.22	.09	.41	.6	0.00		SI	
	PU11	67.7	10.7	12.7	9.7	.3	0	.3	1.68	1.09	1.49	1.57	.53	.63	0.00		SI	
	PU17	76.7	8.3	9.3	5	0	0	.7	1.46	0.97	<b>2.48</b>	<b>7.35</b>	.5	.67	0.00		SI	

Se observa que los valores dentro de la asimetría y curtosis, en el ítem PU17 no se encuentra dentro de lo aceptable (Bandalos y Finney, 2010). En cuanto a los valores del ítem test corregido se observa que todos los ítems superan al .20, indicándolos valores adecuados (Kline, 1993). Para las comunalidades podemos observar que todos los ítems cuentan con valores mayores al .4, haciendo referencia que hay una varianza compartida entre los ítems de esta dimensión (Detrinidad, 2016). Podemos observar además, un índice de discriminación por el método de grupos extremos donde se obtuvo un valor  $<.05$ , lo que representa que se logra discriminar adecuadamente los grupos altos de los bajos. Por lo tanto, podemos decir que los ítems de la dimensión No asertividad-inseguridad, no cuentan con una distribución normal.

**Tabla 3***Análisis descriptivo de la dimensión Asertividad positiva*

Dimensión	Ítems	Frecuencia							M	D E	$g^1$	$g^2$	IH C	$h^2$	id	ACEPTABLE
		1	2	3	4	5	6	7								
Asertividad positiva	PU6	65.7	10.7	13	9.7	0	0	1	1.72	1.14	1.72	<b>3.14</b>	.51	.55	0.00	SI
	PU3	65.7	9.7	14.7	9	0	3	.7	1.65	1.15	1.61	<b>2.56</b>	.48	.58	0.00	SI
	PU4	69	9.3	13.3	7	0	0	1.3	1.72	1.12	<b>2.06</b>	<b>4.99</b>	.55	.61	0.00	SI
	PU1	73.4	10.3	9.3	6	0	0	1	1.53	1.05	<b>2.47</b>	<b>6.87</b>	.52	.63	0.00	SI

Se observa que los ítems en asimetría y curtosis no se encuentran dentro de los valores aceptados (Bandalos y Finney, 2010). En cuanto a los valores del ítem test corregido se observa todos superan el .20, indicándolos como valores adecuados (Kline, 1993). En cuanto a las comunalidades podemos observar que se obtuvieron valores aceptables, haciendo referencia que hay una varianza compartida entre los ítems de esta dimensión (Dettrinidad, 2016). Podemos observar además, un índice de discriminación por el método de grupos extremos donde se obtuvo un valor  $<.05$ , lo que representa que se logra discriminar adecuadamente los grupos altos de los bajos. Es por ello que se dice que los ítems de la dimensión Asertividad positiva, no cuentan con una distribución normal.

**Tabla 4***Análisis descriptivo de la dimensión Agresividad*

Dimensión	Ítems	Frecuencia							M	D E	$g^1$	$g^2$	IHC	$h^2$	id	ACEPTABLE
		1	2	3	4	5	6	7								
Agresividad	PU27	68.	9.	15.	6.	0	0	0	1.6	.97	1.31	.25	.33	.86	0.0	SI
	PU19	79.	7.	8.3	5.	0	0	0	1.74	1.2	1.66	<b>2.68</b>	.38	.74	0.0	SI
	PU16	70.	6.	13	9.	0	.	0	1.63	1.07	1.42	.74	.43	.77	0.0	SI

Se puede observar que el ítem PU19 no se encuentra dentro de los valores aceptados para la curtosis (Bandalos y Finney, 2010). En cuanto a los valores del ítem test corregido se obtuvieron valores adecuados (Kline, 1993). Para las comunalidades podemos observar que todos cuentan con valores aceptables, haciendo referencia que hay una varianza compartida entre los ítems de esta dimensión (Detrinidad, 2016). Podemos observar además, un índice de discriminación por el método de grupos extremos donde se obtuvo un valor  $<.05$ , lo que representa que se logra discriminar adecuadamente los grupos altos de los bajos. Es por ello que se dice que los ítems de la dimensión Agresividad, no cuentan con una distribución normal.

### 3.2 Evidencias de validez del constructo – Análisis Factorial Confirmatorio de la escala de asertividad en la relación paciente-médico

**Tabla 5**

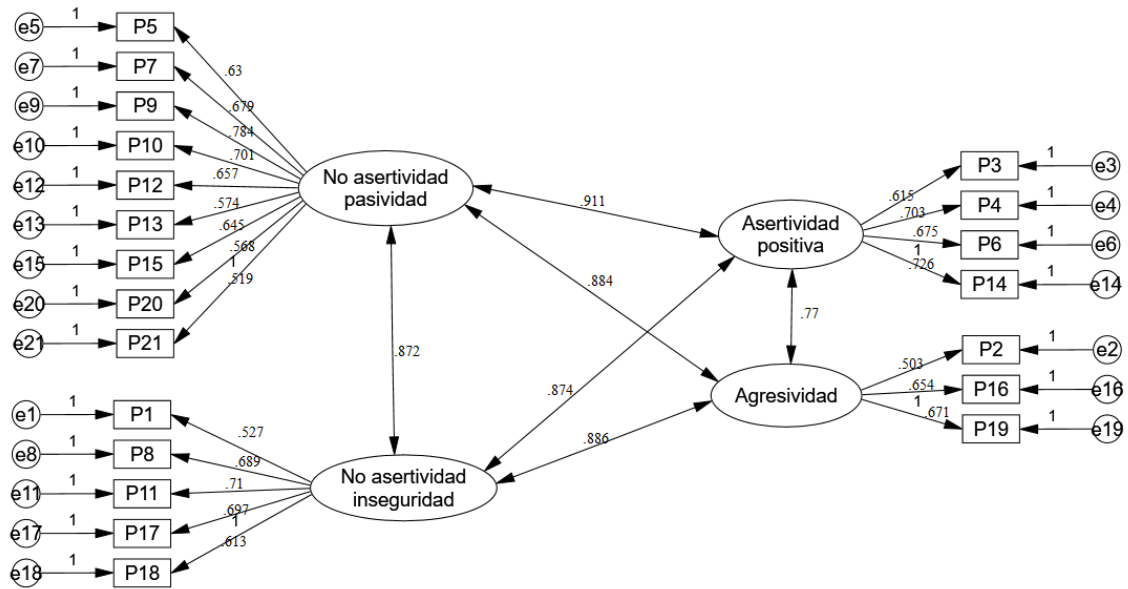
*Índices de bondad de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio del modelo teórico de la escala de asertividad en la relación paciente-médico*

Índices de bondad de ajuste	Modelo teórico	Índices óptimos	Acceptable	Autor
<b>Ajuste absoluto</b>				
SRMR	.065	$\leq .08$	SI	(Keith, 2015).
RMSEA	.039	$\leq .05$	SI	
<b>Ajuste comparativo</b>				
CFI	.978	$\geq .95$	SI	
TLI	.975	$\geq .95$	SI	

Se puede observar que los valores de los índices de bondad de ajuste se encuentran dentro de lo esperado para un buen AFC, con un SRMR de .065, RMSEA de .039, CFI de .978 y TLI de .975.

**Figura 1**

*Análisis Factorial Confirmatorio del modelo teórico de la escala de asertividad en la relación paciente-médico*



Nota: la figura representa el Análisis Factorial Confirmatorio del modelo teórico de la escala de asertividad en la relación paciente-médico. Creación propia.

### 3.3 Análisis de los índices de confiabilidad (Omega de McDonald y Alfa de Cronbach) de la escala de asertividad en la relación paciente-médico

**Tabla 6**

*Confiabilidad de la escala total por coeficiente Alfa de Cronbach y Omega de McDonald*

Modelo teórico	Nº ítems	Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$
Escala total	21	.872	.873
No asertividad-pasividad	9	.756	.761
No asertividad-inseguridad	5	.647	.662
Asertividad positiva	4	.71	.71
Agresividad	3	.472	.476

Se puede observar que, en el modelo teórico, para la escala total se tuvo un total de .872 para el Alfa de Cronbach, considerándolo un valor aceptable (Kaplan y Saccuzo, 2009) y para el Omega de McDonald un valor de .873 considerándolo también un valor aceptable (Katz, 2006). En cuanto al coeficiente Alfa de Cronbach, para las dimensiones No asertividad-pasividad, No asertividad-inseguridad, Asertividad positiva y Agresividad, se obtuvieron valores de .756, .647, .71, .472, respectivamente, obteniendo las dimensiones No asertividad-inseguridad y Agresividad valores no aceptables para este coeficiente. En cuanto al coeficiente Omega de McDonald, para las dimensiones ya mencionadas, se observa que coinciden en las dimensiones que no alcanzan los valores aceptados teniendo un total de .662 y .476, respectivamente.

### 3.4 Percentiles de la escala de asertividad en la relación paciente-médico

**Tabla 7**  
*Prueba de normalidad Shapiro Wilk para la variable género*

Género	Dimensiones	Shapiro Wilk Sig.
Femenino	No asertividad pasividad	.000
	No asertividad inseguridad	.000
	Asertividad positiva	.000
Masculino	No asertividad pasividad	.000
	No asertividad inseguridad	.000
	Asertividad positiva	.000

Dentro de la prueba de normalidad, para la variable género, podemos apreciar que el nivel de significancia se encuentra por debajo del .05, siendo este considerado una distribución anormal, por lo que se recomienda utilizar el estadístico de prueba U de Mann-Whitney para la comparación de la variable género en las dimensiones respectivas.

**Tabla 8**  
*Estadísticos de prueba U de Mann-Whitney por género y según dimensiones*

	No asertividad pasividad	No asertividad inseguridad	Asertividad positiva	Agresividad
Sig. asintótica (bilateral)	.066	.511	.052	.662

Podemos observar que el nivel de significancia es  $> .05$ , refiriendo que estadísticamente no existen diferencias de puntuaciones relevantes entre el género femenino y masculino en cada dimensión, por lo tanto, se realizará el percentil de manera general.

**Tabla 9**  
*Percentiles generales de la escala de asertividad en la relación paciente-médico*

Percentiles	No asertividad pasividad	No asertividad inseguridad	Asertividad positiva	Agresividad
5	9	5	4	3
10	9	5	4	3
15	9	5	4	3
20	9	5	4	3
25	10	5	4	3
30	11	5	4	3
35	11	6	4	3
40	12	7	5	3
45	12	7	5.5	3
50	13	7	6	3.5
55	14	8	6	4
60	15	8	7	5
65	16	9	7	5
70	17	10	7.7	6
75	18	11	8	6
80	19	11	9	6
85	21	12	10	7
90	23	13	10.9	8
95	25	14	12	8.9
99	30	17	21	11
<i>Media</i>	<i>14.5</i>	<i>8.3</i>	<i>6.6</i>	<i>4.6</i>
<i>Mediana</i>	<i>13</i>	<i>7</i>	<i>6</i>	<i>3.5</i>
<i>Moda</i>	<i>9</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>3</i>
<i>Desviación estándar</i>	<i>5.5</i>	<i>3.5</i>	<i>3.3</i>	<i>2</i>
<i>Mínimo</i>	<i>9</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>3</i>
<i>Máximo</i>	<i>36</i>	<i>29</i>	<i>28</i>	<i>12</i>

Podemos apreciar que para la dimensión No asertividad pasividad, tenemos una media de 14.5, una mediana de 13, moda de 9, desviación estándar de 5.5, mínimo de 9 y máximo de 36. Para la dimensión No asertividad inseguridad, tenemos una media de 8.3, una mediana de 7, moda de 5, desviación estándar de 3.5, mínimo de 5 y máximo de 29. Para la dimensión Asertividad positiva, tenemos una media de 6.6, una mediana de 6, moda de 4, desviación estándar de 3.3, mínimo de 4 y máximo de 28 y por último la dimensión Agresividad, tenemos una media de 4.6, una mediana de 3.5, moda de 3, desviación estándar de 2, mínimo de 3 y máximo de 12.



#### IV. DISCUSIÓN

En la actualidad se puede observar, dentro de los hospitales, a pacientes que de cierta manera no saben manejar su comportamiento asertivo, muchos de estos cuentan con enfermedades crónicas, las cuales de por sí traen consigo malestares mentales, como ansiedad, depresión, tensión emocional, entre otros malestares que también suelen ser físicos y de índole social. Sin embargo, esta variable, a la fecha no ha sido tan estudiada dentro del contexto clínico, considerándose realmente la percepción del paciente y tomando en cuenta su condición y teniendo en cuenta que la comunicación asertiva es aquella que favorece a la adherencia al tratamiento (Holtz, et.al, 2003) y disminuye la ansiedad del paciente (Gobbo, 2009). A partir de ello, se consideró trabajar esta prueba que mide la asertividad en la relación paciente-médico, de manera psicométrica.

Entrenar la conducta asertiva es un trabajo diario, es por ello que no podemos hablar de personas completamente asertivas o no asertivas, sino hablamos de personas que actúan asertivamente o que no lo hacen.

Considerando lo postulado por las autoras García y Reyes (2017), que definen la asertividad como las manifestaciones verbales y no verbales de dudas, desacuerdos y opiniones, respetándose a sí mismo y a los otros, con el fin de conseguir una comunicación efectiva. Para la psicología, la asertividad tiene como base teórica las investigaciones de Pavlov, del condicionamiento clásico (Robredo, 1995); teniendo en cuenta que la conducta asertiva no cuenta con una definición universalmente aceptada (Caballo, 1983).

Así mismo, el objetivo principal de la presente investigación fue delimitar las propiedades psicométricas de la escala de asertividad en la relación paciente-médico en una muestra total de 300 pacientes con enfermedades crónicas de un hospital nacional.

A continuación, se discuten los objetivos específicos del estudio, haciendo contraste con las investigaciones encontradas y el marco teórico que respalda esta investigación.

Se estableció como primer objetivo específico, analizar los ítems de la escala de asertividad en la relación paciente-médico, donde se encontró que dentro de la dimensión No asertividad-pasividad algunos ítems no se encontraban dentro de lo aceptable para la asimetría y curtosis, comparando con lo investigado con las autoras mexicanas García y Reyes, que en esta primera dimensión sus valores de asimetría y curtosis oscilaban entre -1.623 y 2.863, respectivamente, siendo esto considerado sólo valores aceptables para la

asimetría. En cuanto a comunalidades se observó que los ítems superan el .4 siendo estos valores aceptables a comparación de lo postulado por las autoras García y Reyes (2017) que en esta dimensión, los ítems PU15 y PU21, no se encontraban dentro de los valores aceptados con un total de .395 y .294, respectivamente.

Así mismo, se analizaron los ítems de la dimensión No asertividad-inseguridad, donde para la asimetría y curtosis el ítem PU17 no se encontró dentro de los valores aceptables, con un 2.48 y 7.35 respectivamente a comparación de lo mencionado por las autoras García y Reyes, para esta dimensión, sus valores fueron -.847 y -.157, respectivamente, representando valores aceptados. En comunalidades, se observó valores aceptables para un modelo adecuado siendo estos similares a lo mencionado por las autoras, García y Reyes que obtuvieron valores entre .427 a .709 considerados valores adecuados.

En la dimensión Asertividad positiva, se observó que los valores de asimetría y curtosis, no se encontraron dentro de los valores adecuados, así mismo las autoras García y Reyes obtuvieron valores de -.736 y -.538 respectivamente en asimetría y curtosis, siendo estos valores aceptados por el modelo. En lo que respecta a comunalidades, se observó que todos los ítems superan el .4 para poder ser considerados como valores adecuados para el modelo, comparado con lo mencionado por las autoras García y Reyes donde todos los ítems de esa dimensión fueron aceptados como óptimos ya que sus valores son de .502 a .610.

En cuanto a la dimensión Agresividad, se pudo apreciar valores de curtosis en el ítem PU19, no se encontraba dentro de lo aceptable para el modelo, con un 2.68, sin embargo los valores de la asimetría si se encontraron dentro de lo óptimo. En cuanto a las comunalidades, se observó que todos los ítems cuentan con valores aceptables que van de .74 a .86; al igual que en lo postulado por García y Reyes que tuvieron valores de .604 a .677, siendo esto valores aceptables.

Podemos observar además, en todas las dimensiones, un índice de discriminación por el método de grupos extremos donde se obtuvo un valor  $<.05$ , lo que representa que se logra discriminar adecuadamente los grupos altos de los bajos; además que en la relación ítem test todos los ítems obtenían valores aceptables.

Estos valores pueden ser ajustados, si se toma en cuenta más adelante a una muestra mayor e incluso si se acomodan los ítems en la misma cantidad para cada dimensión, teniendo en cuenta la teoría.

Por otro lado, se tuvo en cuenta, identificar las evidencias de validez del constructo a través del AFC de la escala en el modelo original, donde se obtuvieron los valores de la SRMR (Raíz residual estandarizada cuadrática media) de .065, los índices del RMSEA (Error de la media cuadrática de la aproximación) de .036, el valor del TLI (Índice de Taker-Lewis) de .975 y un CFI (Índice de ajuste comparativo) de .978 que corresponden a valores aceptables para un buen modelo (Keith, 2015). Por lo tanto, se puede decir que los valores en total se ajustaron a lo indicado para evidenciar evidencias de validez basadas en el constructo y estructura interna del modelo.

De igual manera, se logró identificar los índices de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald del modelo teórico donde se pudo observar que para la escala total se tuvo valor de .872 para el Alfa de Cronbach, considerándolo un valor muy bueno, similar a lo postulado por las autoras García y Reyes que tuvieron un coeficiente Alfa de Cronbach de .816, siendo este un valor adecuado también; para el coeficiente Omega de McDonald se obtuvo un valor de .873 considerándolo un valor aceptable.

Podemos observar que el modelo en general, muestra una aceptable confiabilidad a través de los coeficientes ya mencionados, sin embargo esta confiabilidad no es alta; esta podría ser mejorada si se tuviera en cuenta una muestra mucho mayor.

Para los índices de confiabilidad de cada dimensión del modelo teórico, se tuvo que para las dimensiones No asertividad-pasividad y Asertividad positiva se obtuvieron valores de .756 y .71 siendo estos valores aceptables y adecuados en cuanto al coeficiente Alfa de Cronbach, sin embargo en las dimensiones No asertividad-inseguridad y Agresividad se obtuvieron valores de .647 y .472, respectivamente, siendo estos valores no aceptados como óptimos; de igual modo se pudo observar en los valores mencionados por García y Reyes que obtuvieron dentro del coeficiente Alfa de Cronbach valores de .770, .771, .702 y .706 para las dimensiones ya mencionadas, siendo estos valores adecuados para la confiabilidad.

En cuanto a cada dimensión se observa que dos de las dimensiones se encuentran por debajo de lo esperado en los índices de confiabilidad, esto podría ser generado por la cantidad de ítem que cuentan estas dimensiones.

Finalmente, se logró establecer los percentiles de la escala de asertividad en la relación paciente-médico, donde primero se realizó la prueba de normalidad a través del Shapiro Wilk, para la variable género y cada dimensión, donde se encontró que el nivel de significancia está por debajo del .05, considerando una distribución anormal; es por ello que se utilizó el estadístico de prueba U de Mann-Whitney, donde además se observó que no existían diferencias de puntuaciones relevantes entre el género femenino y masculino para cada dimensión y por ende se realizó un percentil general.

En líneas generales, podemos decir que las propiedades psicométricas de la escala de asertividad en la relación paciente-médico en pacientes con enfermedades crónicas, revelan ser óptimas, contando con evidencias de validez y confiabilidad basadas en el contenido y la estructura interna del constructo, identificando que la evidencia empírica y los fundamentos teóricos respaldan la adecuación e idoneidad de las inferencias y acciones basadas en los puntajes de la prueba y puede ser utilizada en investigaciones futuras.

## V. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** se logró delimitar que la escala cuenta con adecuadas propiedades psicométricas contando con evidencias de validez y confiabilidad basadas en el contenido y la estructura interna del constructo.

**SEGUNDA:** a través del análisis de los ítems, se pudo mostrar que los ítems contaban con valores aceptables en cuanto al IHC,  $h^2$  e índice de discriminación, sin embargo no cuentan con una distribución normal.

**TERCERA:** se logró identificar evidencias de validez basadas en la estructura interna del constructo a través del AFC obteniendo valores ajustados con SRMR = .065, RMSEA = .039, CFI = .978 y TLI = .975.

**CUARTA:** se logró identificar los índices de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach y Omega de McDonald con valores de .872 y .873 para la escala total, evidenciando pruebas de confiabilidad del instrumento.

**QUINTA:** se logró establecer los percentiles generales para la escala, teniendo en cuenta que no se encontró diferencias significativas para el género en las distintas dimensiones, por ende se realizó un percentil general.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Tener en cuenta a jueces expertos dentro de la variable asertividad que hayan realizado estudios previos con la variable.
2. Adaptar la prueba al contexto peruano.
3. Replicar la investigación en una población más grande, para así corroborar las evidencias de validez y confiabilidad de la escala.
4. Reproducir la investigación en diversos hospitales o centros de salud, para así obtener una mejor consistencia de los resultados de la escala.
5. Difundir la investigación dentro de la línea psicométrica y del contexto clínico, ya que a la fecha las investigaciones son muy escasas, y así contribuir con futuras investigaciones para esta variable.

## REFERENCIAS

- Aguilar-Kubli, E. (1987). *Asertividad, se tú mismo sin sentirte culpable*. Santa Cruz, México: Pax México.
- Aiken, L. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*. 40, 955- 959.
- Alberti, R., Emmons, M., Fodor, I., Galassi, J., Garnett, L., Jakubowski, P. & Wolpe, J. (1977). *Principles for ethical practice of assertive behavior training. Assertiveness: Innovations, Aplications, Issues*. California, EE.UU.: Impact.
- American Psychological Association (APA). (1999). *Standards for psychological and educational tests*. Author: Washington, D.C.
- Ander, E. (2011). *Aprender a investigar: nociones básicas para la investigación social*. Argentina: Editorial Brujas.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. (6° ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (octubre, 2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*. 29(3), 1038-1059.
- Bandalos, D. L. y Finney, S. J. (2010). Factor Analysis: Exploratory and Confirmatory. En G. R. Hancock y R. O. Mueller (Eds.). *Reviewer's guide to quantitative methods*. Routledge: New York.
- Bascuñan, M. (noviembre, 2005). Cambios en la relación médico paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*. 133(1), 11-16.
- Beck, R., Daughtridge, R. & Sloane, P. (enero, 2002) Physician patient communication in the primary care office: a systematic review. *Journal of the American Board of Family Practice* 15(1), 25-38.
- Beratarrechea, A. (abril/junio, 2010). Las enfermedades crónicas. *Actualización en la Práctica Ambulatoria*. 13(2), 68-73.
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. (2ª. ed.). Madrid: La Muralla, S.A.

- Bowman, M. (marzo, 1989). Testing individual differences in ancient China. *American Psychologist*. 44 (3), 576-578.
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá, Colombia: ARFO.
- British Columbia. (diciembre, 2007) Chronic Disease Management in B.C.
- Caballo, V. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, 13, 52-62.
- Caballo, V. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (junio, 2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Casas, J., Repullo, J. y Donado, J. (mayo, 2003) La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*. 31(8), 527-538.
- Castanyer, O. (2010) *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. (32° ed). Madrid, España: Desclée De Brouwer.
- Comrey, A. y Lee, H. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Contini, E., Mejail, S., Coronel, C. y Cohen-Imach, S. (mayo, 2011). Las habilidades sociales en adolescentes de 11 y 13 años de nivel socioeconómico alto. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 57 (1), pp. 17-28.
- Cronbach, L. (setiembre, 1951). Coeficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16(3), pp. 297-334.
- Cueva, S. (setiembre, 2014). Propiedades Psicométricas de la Escala Multidimensional de Asertividad en estudiantes de la ciudad de Cajamarca. *Revista de investigación de estudiantes de Psicología "Jang"*. 1(3), 85-107.



- Detrinidad, E. (2016). Análisis Factorial Exploratorio y confirmatorio aplicado al modelo de secularización propuesto por Inglehart-Norris. Periodo 2010 – 2014 (Estudio de caso España, Estados Unidos, Alemania, Holanda) WSV. (Tesis de Maestría, Universidad de Granada).
- Elizondo, M. (2000). *Asertividad, en asertividad y escucha activa en el ámbito académico*. México: Editorial Trillas.
- Flores, M. (junio, 2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 221(2), 34-47.
- Galassi, J., Delo, J., Galassi, M. & Bastien, S. (marzo, 1974). The college self-expression scale: A measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, 5(2), 165–171.
- García, A. y Reyes, L. (diciembre, 2017). Construcción y validación de una escala de asertividad en la relación paciente-médico. *Acta de Investigación Psicológica*. 7(3), 2793-2801.
- Gerbing, D. & Anderson J. (mayo, 1988). An update paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *Journal of Marketing Research*, 25 (2), pp. 186-192.
- Gobbo, M. (marzo/abril, 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*. Madrid, España: Fundamentos.
- González, F. (1993) *Problemas epistemológicos de la psicología*. México D.F., México: Universidad Autónoma de México.
- Ibáñez, J. (julio-setiembre, 1987). Planteamiento filosófico- educativo del problema de la comunicación. *Revista Española de Pedagogía*. 2(2), 295-304.
- Institute of Medicine. (january, 2012). Living well with Chronic Illness. A Call for Public Health Action. *National Academy of Sciences*. 1-4.
- Jovell, A. (febrero, 1999). Medicina basada en la afectividad. *Medicina clínica* 5(113) 21-23.

- Kaplan, R. & Saccuzzo, D. (2009). *Psychological Testing: Principales, Applications, and Issues*. EE.UU.: Wadsworth Cengage Learning.
- Katz, M. (2006). *Multivariable analysis* (2a ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Keith, T. (2015). *Multiple regression and beyond: An Introduction to Multiple Regression and Structural Equation Modeling* (2a ed.). Texas: Routledge.
- Kline, P. (1993). *The hand book of psychological testing*. London, Canadá: Routhledge.
- Lacunza, A. B. (setiembre, 2011). Habilidades sociales y comportamientos problemáticos en niños de nivel escolar inicial. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 57 (3), 190-197.
- Lange, A., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible Assertive Behavior: Cognitive/Behavioral Procedures for Trainers*. Michigan, EE.UU.: Research Press
- Lazarus, A. (octubre, 1973). On Assertive Behavior: A Brief Note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
- Lloyd, M., Bor, R. (2001). *Communication skills for medicine*. (3° ed.) Londres, Francia: Churchill Livingston.
- Martínez, M., Hernández, M., Hernández, M. (2014). *Psicometría*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Martínez, S. (2018). *Propiedades Psicométricas de la Escala Multidimensional de Asertividad en estudiantes de la Provincia de Sechura* (Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología).
- Marriner, A. (2009). *Guía de gestión y dirección de enfermería*. Barcelona, Argentina: Elsevier.
- McDonald, R. (1999). *Test theory: A unified treatment*. New Jersey, EE.UU.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L., Turbany, J. y Valero, S. (2013). *Psicometría*. Barcelona, España: Editorial UOC.

- Mendoza, S. (2008). *Asertividad escolar en alumnos de la licenciatura en Psicología educativa de la Universidad pedagógica nacional*. (Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología).
- Messick, S. (1989). *Validity* (3° ed.) New Jersey, EE.UU.: Macmillan.
- Miller, D. & Salkind, N. (junio, 2002). Four levels of measurement and the statistics appropriate to each level. *Handbook of research design & social measurement*. 4(1), 383-384.
- Morales, M. y Díaz, D. (julio, 2018) Inventario de asertividad: propiedades psicométricas en adolescentes michoacanos. *Integración Académica en Psicología*. 18(6), 74–85.
- Navarro, G.; Varas, M.; y Maluenda, J. (marzo, 2016). Propiedades Psicométricas del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*. 43(1), 33-43.
- 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.
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.* 35(1), 227-232.
- Pariona, K. (2017). Propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) en adolescentes de dos instituciones públicas de San Juan de Lurigancho. Lima, 2017 (Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología).
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, Peter & Havelock, P. (enero, 2004). The New Consultation: Developing Doctor-Patient Communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 97(1), 45-47.
- Pick, S. y Vargas, E. (1990). *Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Editorial Planeta Mexicana.
- Piñuel, J. (enero-marzo, 1986). Fuentes epistemológicas de la teoría de la comunicación. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 33, p. 35-54.

- Robredo, R. (2002). La tolerancia a la frustración en relación al grado de asertividad que tienen los vendedores comisionistas electrodomésticos. (Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología)
- Roca, E. (2014) *Como mejorar tus habilidades sociales*. (4ta ed). Valencia: ACDE.
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy*. New York, EE.UU.: Wellness Institute, Inc.
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima, Perú: Edit. Visión Universitaria.
- Santisteban, C. (2009). *Principios de Psicometría*. Madrid, España: SINTESIS.
- Schumacker, R. & Lomax, R. (2016) *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. (4ta ed.). New York, EE.UU.: Reutledge.
- Shelton, N. y Burton, S. (2004) *Haga oír su voz sin gritar*. Madrid, España: Fundación Confemetal.
- Simón, P. y Gutiérrez, J. (marzo, 2001). Bioética para clínicos. *Med Clín*. 117(3), 99-106.
- Sireci, S. (enero, 1998). The construct of content validity. *Social Indicators Research*, 45(1), 83-117.
- Tornimbeni, S. Pérez, E. y Olaz, F. (2008). *Introducción a la Psicometría*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Vázquez, J.; Ramírez, D. y Zarco, J. (enero, 2001). Entorno familiar y paciente crónico. *SEMERGEN*. 27, 24-26.
- Wolpe, J. (1977). *La Práctica de la Terapia de la Conducta*. México: Trillas.

## ANEXOS

### Anexo A: Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	MÉTODO	INSTRUMENTO
Propiedades psicométricas de una escala de asertividad en la relación paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019	¿Cuáles son las propiedades psicométricas de una escala de asertividad en la relación paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019?	<b>General</b>	- Diseño instrumental	Escala para medir asertividad en la relación paciente-médico – García y Reyes (2017)
		Delimitar las propiedades psicométricas de la escala de asertividad en la relación paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019	- Tipo tecnológica	
			- Nivel aplicada	
			- Enfoque cuantitativo	No asertividad-pasividad: 9 ítems
			- Corte transversal	No asertividad-inseguridad: 5 ítems
<b>Específicos</b>	O1. Analizar los ítems de la escala de asertividad en la relación paciente-médico.	<b>Población - muestra</b> 1100 pacientes con enfermedades crónicas de un hospital.  300 pacientes con enfermedades crónicas de un hospital.	Asertividad positiva: 4 ítems	
O2. Identificar las evidencias de validez basadas en la estructura interna del constructo a través del AFC de la escala de asertividad en la relación paciente-médico.	Agresividad: 3 ítems			
O3. Identificar los índices de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la escala de asertividad en la relación paciente-médico.	Escala tipo Likert pictórico de 7 opciones donde el 1 corresponde a NUNCA y el 7 a SIEMPRE			
O4: Establecer los percentiles de la escala de asertividad en la relación paciente-médico.				

*Elaboración propia.*

**Anexo B:** Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítem	Escala de medición
Asertividad	García y Reyes (2017), definieron la 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” (p. 2794).	Los puntajes obtenidos en las dimensiones determinarán la valoración del instrumento, los cuales están compuestos por un sistema de puntuación, que se suman de forma individual por cada dimensión: no asertividad-pasividad (min: 9 y máx:45), no asertividad-inseguridad (min: 5 y máx: 25), asertividad positiva (min: 4 y máx: 20) y agresividad (min: 3 y máx: 15).	No asertividad-pasividad	13, 10, 15, 9, 5, 21, 12, 7, 20	Escala tipo Likert pictórico de 7 opciones donde el 1 corresponde a NUNCA y el 7 a SIEMPRE
			No asertividad-inseguridad	1, 8, 18, 11, 17	
			Asertividad positiva	6, 3, 4, 14	
			Agresividad	2, 19, 16	

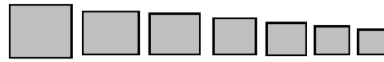
*Elaboración propia.*

**Anexo C: Instrumento de evaluación y consentimiento informado**

**Escala para medir asertividad en la relación paciente-médico**

En la parte superior, se presenta la oración “Cuando estoy en consulta y el médico ...”, posteriormente se enlistan una serie de afirmaciones que usted deberá combinar con la oración inicial. Delante de cada afirmación hay siete cuadros.

El cuadrado más grande indica **SIEMPRE** y el cuadro más pequeño, **NUNCA**.



Los cuadros entre ellos significan diferentes grados en que usted coincide con la cantidad de veces en que le ocurre la afirmación, tenga en cuenta que entre más grande esté el cuadrado significa que ocurre más veces y entre más pequeño significa que ocurre pocas veces hasta llegar a nunca. Encuentre el punto que mejor le represente utilizando el tamaño de los cuadrados y marcando para cada afirmación con una cruz. Conteste dando solo una respuesta en cada reglón.

Recuerde que **no hay respuestas buenas o malas**, pues cada quien es diferente, y por favor no deje alguna pregunta sin contestar.

---

**CUANDO ESTOY EN CONSULTA Y EL MÉDICO:**

	<b>SIEMPRE</b>	<b>NUNCA</b>
Me dice algo que no entiendo, me dan ganas de irme de ese lugar.		
Y yo tenemos un desacuerdo, noto que subo el volumen de mi voz o grito.		
Me habla con palabras que no entiendo, le pido me explique de otra forma.		
Me pide la opinión sobre un tema, le digo lo que realmente pienso.		
Me dijo algo con lo que no estoy de acuerdo, prefiero quedarme callado.		
Me dice algo con lo que no estoy de acuerdo, se lo hago saber.		
Me falta al respeto, me quedo callado.		
Y yo hablamos, tengo mis manos tensas.		

---

---

**CUANDO ESTOY EN CONSULTA Y EL MÉDICO:**

**SIEMPRE**

**NUNCA**

---

Me habla, yo me encojo.



Me pregunta algo y contesto, siento que mi voz es temblorosa.



Se equivoca, yo acabo pidiendo disculpas sabiendo que yo tengo la razón.



Atiende a una persona que llegó después que yo, prefiero quedarme callado.



No me pregunta algo que yo considero es importante, se lo digo.



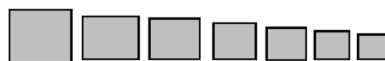
Me trata mal, me es difícil decirle que debe respetarme.



Me dice algo con lo que no estoy de acuerdo, soy sarcásticos.



Me habla, siento que mis manos tiemblan.



Me pregunta algo, me siento inseguro.



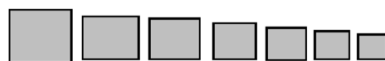
Me habla, prefiero voltear a otro lado.



Me explica algo que no entiendo, prefiero preguntarle a algún conocido.



Termina la consulta, me siento frustrado.





**Anexo D: Carta de presentación.**



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Los Olivos, 22 de mayo de 2019

**CARTA INV. N° 00800 - 2019/EP/PSI. UCV LIMA-LN**

Sr.  
Julio Antonio Silva Ramos  
Director General  
**HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES**  
Av. Túpac Amaru N°8000 – Comas

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srita. **BRIONES GARAY, KARLA PATRICIA HERLINDA** estudiante de la carrera de Psicología, quien desea realizar su trabajo de investigación realizando una aplicación de una prueba psicológica para fines de su Licenciatura, agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso, en la entidad que está bajo su dirección.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



  
Mgtr. Melisa Sevillano Gamboa  
Coordinadora Académica de la  
Escuela Profesional de Psicología  
Filial Lima Campus Lima Norte

MSG/ALF



Comas, 25 de Octubre del 2019

Dr.

Epifanio Sánchez Garavito

**Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Sergio E. Bernalles**

Presente. –

**ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIACIÓN PARA  
APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE TESIS**

**De mi mayor consideración;**

Yo, Karla Patricia Herlinda Briones Garay, con DNI 75663401, estudiante de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO, domiciliada en Mz 32, Lt. 31 Urb. El Doral de Torre Blanca, Carabaylo – Lima, ante Ud. Me presento y expongo lo siguiente:

Que, por intermedio de la presente, hago de su conocimiento mi solicitud de autorización para la aplicación de un instrumento que mide asertividad en la relación paciente-médico, dirigido a los pacientes que se atienden en el Hospital Nacional Sergio E. Bernalles, con fines de complementar la realización de mi tesis para obtener el título profesional de Psicóloga.

Agradeciéndole anticipadamente la gentil atención que le brinde a la presente, me despido de Ud. deseándole éxitos en su ardua gestión.

Atentamente,

Karla Patricia Herlinda Briones Garay

DNI 75663401

Autorizado  
06/11/19.

**Anexo E: Carta de autorización.**



"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

**Nota Informativa N°.** 574 **-OF-ADEI-HSEB-2019.**

A : Srta. BRIONES GARAY Karla Patricia Herlinda  
Asunto : Autorización para desarrollo de Proyecto de Tesis  
Ref. : Carta de fecha 25 de Octubre del 2019  
Fecha : 07 NOV 2019

Mediante el presente saludo a usted cordialmente y en atención al documento de la referencia, y luego de revisar su Proyecto de Investigación Titulado: "**Propiedades psicométricas de una escala de asertividad en la relación paciente-medico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019**".

Al respecto, esta Jefatura luego de revisar su Proyecto de Investigación, no tiene inconveniente en aceptar lo solicitado.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
MG. EPIFANIO RIVERA GARCIA  
C.M.P. 19824 R.N.E. 9074 R.M. 0041  
JEFE DE LA OF. DE APOYO A LA DOCENCIA  
E INVESTIGACION

C.c.  
Archivo  
ESG/Sofia

## Anexo F: Carta de solicitud para el uso del instrumento



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

### CARTA N° 0144 - 2019/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN

*Los Olivos 4 de Junio de 2019*

**Autor:**

- **Alejandra García Arista**

Presente.-

*De nuestra consideración:*

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a **KARLA PATRICIA HERLINDA BRIONES GARAY**, con DNI: 75663401 estudiante del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; con código de matrícula 6500066929, quien realizará su trabajo de investigación para optar el título de licenciada en Psicología titulado : **“PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UNA ESCALA DE ASERTIVIDAD EN LA RELACIÓN PACIENTE-MÉDICO DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, COMAS, 2019”**, este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



  
**Melisa Sevillano Gamboa**  
Coordinadora Académica de la  
Escuela Profesional de Psicología  
Filial Lima Campus Lima Norte

# Anexo G: autorización para el uso del instrumento

Re: Permiso de uso de la escala de asertividad en relación paciente -medico

Alejandra Garcia Arista <a.garcia@correo.ler.uam.mx> para NOEMI, karlapatriciaherinda, mi

lun., 22 abr. 2019 11:23

Apreciables:

Agradezco su interés, por supuesto que pueden ocupar la escala, se las adjunto, felicidades por su interés en trabajar con el tema aún hay mucho que hacer en el campo.

Saludos!

El lun., 22 abr. 2019 a las 11:13, NOEMI EDITH IPARRAGUIRRE YAUURIVILCA (<niparraguinsay@ucv.edu.pe>) escribió:

Estimada Dra. Alejandra Garcia Arista

Buenos días, la presenta saludarla y a la vez solicitarle permiso para el uso de la escala de asertividad en relación paciente -medico ya que una de mis estudiantes desea hacer uso para investigar con el fin de obtener la licenciatura.

Se agradece su tiempo y respuesta.

Atte

NOEMI IPARRAGUIRRE YAUURIVILCA | Equipo Técnico  
DOCENTE TIEMPO COMPLETO DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO- FILIAL LIMA

Re: Permiso de uso de la escala de asertividad en relación paciente -medico

Alejandra Garcia Arista <a.garcia@correo.ler.uam.mx> para KARLA PATRIC, NOEMI EDITH IPARRAGUIRRE YAUURIVILCA

lun., 22 abr. 2019 11:23

Apreciables:

Agradezco su interés, por supuesto que pueden ocupar la escala, se las adjunto, felicidades por su interés en trabajar con el tema aún hay mucho que hacer en el campo.

Saludos!

El lun., 22 abr. 2019 a las 11:13, NOEMI EDITH IPARRAGUIRRE YAUURIVILCA (<niparraguinsay@ucv.edu.pe>) escribió:

Estimada Dra. Alejandra Garcia Arista

Buenos días, la presenta saludarla y a la vez solicitarle permiso para el uso de la escala de asertividad en relación paciente -medico ya que una de mis estudiantes desea hacer uso para investigar con el fin de obtener la licenciatura.

Se agradece su tiempo y respuesta.

Atte

NOEMI IPARRAGUIRRE YAUURIVILCA | Equipo Técnico  
DOCENTE TIEMPO COMPLETO DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO- FILIAL LIMA

Adjuntamos:

\*\*\*

Alejandra Garcia Arista <a.garcia@correo.ler.uam.mx> para mí

13 jun. 2019 17:40 (hace 11 días)

Estimada Karla,

Una vez publicada la prueba puedes usarla ,siempre y cuando cites las fuentes de información. No considero necesario realizar una carta de autorización.

Saludos!

\*\*\*

**Anexo H: Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN INVESTIGACIÓN**

Estimado/a paciente:

.....

En la actualidad estamos realizando una investigación sobre el tema: **“Propiedades psicométricas de una escala de asertividad en la relación paciente-médico de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital, Comas, 2019”**; por eso quisiéramos contar con su valiosa colaboración. Por lo que mediante el presente documento se le solicita su consentimiento informado. El proceso consiste en la aplicación de algunos cuestionarios que deberán ser completados por su persona en una sesión de aproximadamente 20 minutos. Los datos recogidos serán tratados confidencialmente y utilizados únicamente para fines de este estudio.

En caso tenga alguna duda con respecto a la evaluación puede solicitar la aclaración respectiva contactando a la investigadora responsable: **Karla Patricia Herlinda Briones Garay**, al número de celular.: **923171534**, o al correo electrónico: **karlapatriciaherlinda@gmail.com**

De aceptar su participación en la investigación, debe firmar este documento como evidencia de haber sido informado sobre los procedimientos de la investigación.

Gracias por su colaboración.

Yo, ....., identificado/a con DNI n° ....., Cel.:....., declaro haber sido informado/a del objetivo de este estudio, los procedimientos que se seguirán para el recojo de la información y el manejo de los datos obtenidos. En ese sentido, acepto voluntariamente participar en la investigación y autorizo la aplicación de los mencionados cuestionarios para estos fines.

Lugar: ..... Fecha: ..... /..... /.....

\_\_\_\_\_  
Firma

## Anexo I: Resultados de la prueba piloto

### De la prueba piloto

**Tabla 5**

*Evidencias de validez basadas en el contenido de la escala de asertividad en la relación paciente-médico a través del coeficiente V de Aiken*

Ítem	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			Juez 6			Acier- tos	V. de Aiken	Aceptable
	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	.94	SI
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	.94	SI
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
8	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	.83	SI
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16	.89	SI
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	1	SI
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	.94	SI

*Nota: No de acuerdo = 0, sí de acuerdo = 1; P = Pertinencia, R = Relevancia, C = Claridad*

Se puede verificar que los seis jueces expertos concuerdan en sus manifestaciones con respecto a las preguntas formuladas en la escala de asertividad en la relación paciente-médico, obteniendo un coeficiente de V de Aiken entre .83 y 1 (Aiken, 1966), lo que considera que la prueba reúne evidencias de validez basadas en el contenido a través de esta modalidad, por criterio de jueces, y puede ser aplicada a la población establecida.

**Tabla 6**  
*Estadísticos descriptivos de la variable edad*

EDAD	
Media	61.43
Mediana	64.00
Moda	62 <sup>a</sup>
Desviación estándar	15.757
Mínimo	21
Máximo	85

En esta tabla se puede observar los valores de la media de 61.43; mediana de 64; moda de 62 y una desviación estándar de 15.757; la edad mínima es de 21 años de y la edad máxima es de 85 años.

**Tabla 7**  
*Estadísticos descriptivos de la variable sexo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	20	39.2	39.2	39.2
	FEMENINO	31	60.8	60.8	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

En esta tabla se observa que la distribución de la población está repartida en 20 participantes del sexo masculino que representan el 39.2 por ciento de la población y 31 participantes del sexo femenino que representan el 60.8 de la población evaluada.



**Tabla 8**  
*Agrupación de acuerdo a la edad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 21 a 37 años	5	9.8	9.8	9.8
	De 38 a 54 años	8	15.7	15.7	25.5
	De 55 a 71 años	26	51.0	51.0	76.5
	De 72 a 88 años	12	23.5	23.5	100.0
	Total	51	100.0	100.0	

En esta tabla se logra observar la cantidad de sujetos evaluados a través de un rango de edad, donde encontramos que en el grupo De 55 a 71 años tenemos un 51 por ciento de persona evaluadas, seguidas del grupo De 72 a 88 años con un total de 23.5 por ciento de personas evaluadas, así mismo un total de 15.7 por ciento de sujetos evaluados en el grupo De 38 a 54 años, para finalizar con una cantidad de 9.8 por ciento de personas evaluadas en el rango De 21 a 37 años.

#### **Análisis de confiabilidad**

**Tabla 9**  
*Análisis de confiabilidad Alfa de Cronbach y Omega de McDonald's*

	Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$
Escala de asertividad en la relación paciente-médico	.812	.826

En la tabla 9 los resultados indicaron una adecuada consistencia interna para la puntuación total ( $\alpha = .812$  y  $\omega = .826$ ) considerándose valores  $>.70$  lo aceptable para  $\alpha$  según Kaplan y (Saccuzo, 2009) y para  $\omega$  valores  $>.65$  lo aceptable según (Katz, 2006).

**Tabla 10**

*Evidencias de confiabilidad de la escala de asertividad en la relación paciente-médico y sus dimensiones por medio del Alfa de Cronbach*

	Alfa de Cronbach $\alpha$	N° de ítems
No asertividad-pasividad	.750	9
No asertividad-inseguridad	.640	5
Asertividad positiva	.532	4
Agresividad	.052	3

En la tabla 10 se pueden observar el Alfa de Cronbach de cada dimensión, no asertividad-pasividad de .750, no asertividad-inseguridad de .640, asertividad positiva .532 y agresividad de .052. Donde solo a la dimensión no asertividad-pasividad se considera aceptable dentro de los valores estimados.

**Tabla 11**

*Análisis descriptivo de los ítems de la dimensión No asertividad-pasividad de la escala de asertividad en la relación paciente-médico*

Ítems	M	DE	g <sup>1</sup>	g <sup>2</sup>	IHC	h <sup>2</sup>	Aceptable
P5	3.53	1.641	-.548	-1.371	.810	.545	SI
P7	4.39	1.097	-1.796	2.386	.588	.278	NO
P9	3.35	1.454	-.204	-1.296	.716	.587	SI
P10	4.10	1.300	-1.382	.832	.626	.417	SI
P12	4.65	.844	-2.767	7.885	.432	.340	NO
P13	3.47	1.759	-.489	-1.591	.290	.150	NO
P15	3.80	1.562	-.971	-.629	.689	.531	SI
P20	3.92	1.412	-1.009	-.298	.390	.250	NO
P21	3.94	1.190	-.994	.212	.313	.237	NO

De acuerdo a la tabla 11, los ítems p7 y p12 no se encuentran dentro de lo esperado de valores de -1.5 a +1.5 dentro de la asimetría y curtosis (Forero et al., 2009). En cuanto a la relación ítem test encontramos que los valores son superiores a .20 indicándolos adecuados (Kline, 1993). Para las comunalidades observamos que los ítems p7, p12, p13, p20 y p21 no superan el valor de .4 para ser considerado aceptable (Detrinidad, 2016).

**Tabla 12**

*Análisis descriptivo de los ítems de la dimensión No asertividad-inseguridad de la escala de asertividad en la relación paciente-médico*

Ítems	M	DE	$g^1$	$g^2$	IHC	$h^2$	Aceptable
P1	3.98	1.364	-1.047	-.145	.495	.167	NO
P8	4.47	1.027	-2.110	3.996	.509	.553	SI
P18	3.88	1.451	-.972	-1.296	.479	.271	NO
P11	4.53	0.924	-1.909	11.682	.324	.388	NO
P17	4.71	.756	-3.201	-.412	.344	.651	SI

De acuerdo a la tabla 12, los ítems p8, p11 y p17 no se encuentran dentro de lo esperado de valores de -1.5 a +1.5 dentro de la asimetría y los mismos ítems más el ítem p11 no se encuentran dentro de lo esperado en curtosis (Forero et al., 2009). En cuanto a la relación ítem test encontramos que los valores son superiores a .20 indicándolos adecuados (Kline, 1993). Para las comunalidades observamos que los ítems p1, p18 y p11 no superan el valor de .4 para ser considerado aceptable (Detrinidad, 2016).

**Tabla 13**

*Análisis descriptivo de los ítems de la dimensión Asertividad positiva de la escala de asertividad en la relación paciente-médico*

Ítems	M	DS	$g^1$	$g^2$	IHC	$h^2$	Aceptable
P6	3.25	1.683	-.289	-1.636	.804	.209	NO
P3	3.76	1.350	-.668	-.820	.346	.114	NO
P4	3.82	1.396	-.774	-.709	.524	.265	NO
P14	4.04	1.296	-1.167	.224	.224	.068	NO

De acuerdo a la tabla 13, todos los ítems a excepción del p6 se encuentran dentro de lo esperado de valores de -1.5 a +1.5 dentro de la asimetría y curtosis (Forero et al., 2009). En cuanto a la relación ítem test encontramos que los valores son superiores a .20 indicándolos adecuados (Kline, 1993). Para las comunalidades observamos que todos los ítems no superan el valor de .4 para ser considerado aceptable (Detrinidad, 2016).

**Tabla 14**

*Análisis descriptivo de los ítems de la dimensión Agresividad de la escala de asertividad en la relación paciente-médico*

Ítems	M	DE	$g^1$	$g^2$	IHC	$h^2$	Aceptable
P2	4.49	0.925	-1.945	3.577	.009	.770	SI
P16	4.43	1.118	-1.921	2.626	.084	.257	NO
P19	4.78	0.702	-4.008	17.874	.419	-.224	NO

De acuerdo a la tabla 14, todos los ítems no se encuentran dentro de lo esperado de valores de -1.5 a +1.5 dentro de la asimetría y curtosis (Forero et al., 2009). En cuanto a la relación ítem test encontramos que los valores de los ítems p2 y p16 no supera el .20 indicándolos no adecuados (Kline, 1993). Para las comunalidades observamos que solo el ítem p2 supera el valor de .4 para ser considerado aceptable (Detrinidad, 2016).

**Tabla 15**

*Índices de bondad de ajuste de la escala de asertividad en la relación paciente-médico*

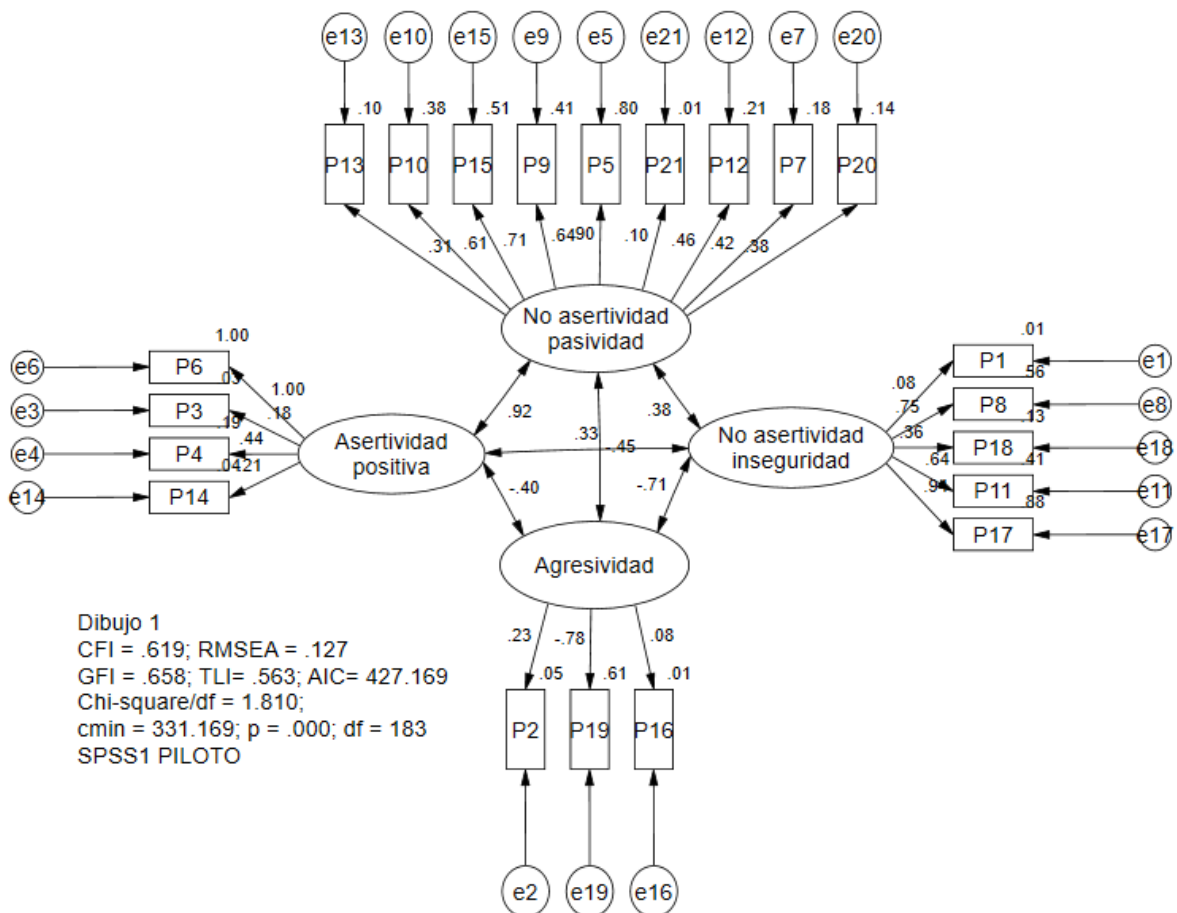
Modelo	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
4 factores (21 ítems)	0,619	0,563	0,144	0,127

Nota.  $X^2$  = Índice de la Chi-cuadrado; CFI = Índice de Bondad del Ajuste; TLI = Índice Tucker-Lewis; SRMR =; RMSEA = Índice de la Raíz cuadrada media del Error de la Aproximación.

En esta tabla se encontraron los siguientes índices de bondad de ajustes CFI = .619, TLI = .563, RMSEA = .127, SRMR = .144, representando valores que no se encuentran dentro de los parámetros estimados para un modelo adecuado, según (Schumacker y Lomax, 2016).

**Figura 1**

*AFC de la escala de asertividad en la relación paciente-médico, con los 4 factores indicados por las autoras*



**Anexo J:** Constancia de evidencias de validez basadas en el contenido del instrumento, modalidad, criterio de jueces

**Tabla 17**

*Lista de jueces expertos y sus especialidades*

JUEZ	NOMBRE	ESPECIALIDAD
J1	Erika Estrada Alomia	Psicología Clínica y de la Salud
J2	Noemi Edith Iparraguirre Yaurivilca	Psicología Clínica
J3	Cesar Raúl Manrique Tapia	Psicología Clínica
J4	Mirian María Pacherre Salinas	Psicología Clínica y de la Salud
J5	Héctor Daniel Yaya Chumpitaz	Psicología Clínica
J6	Juan Walter Pomahuacre Carhuayal	Psicología Clínica



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....**

Observaciones: \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable    Aplicable después de corregir    No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: .....

DNI:.....

**Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNMSM	B. Clínica y Salud	2009 - 2010
02			

**Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	VCV	DTC	LIMA	2014 - 2019	Docente tiempo completo dictando de diversos exámenes
02					asistir
03					

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

  
**Erika P. Estrada Alomita**  
 PSICÓLOGA  
 C. P. P. 12224

N. de mayo del 2019

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....**

Observaciones: \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable | |   Aplicable después de corregir | |   No aplicable | |

Apellidos y nombres del juez validador: ..... *Fernando J. Yaurivilca Noemi Edith* .....

DNI:.....*41106466*.....

**Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	<i>UNMSM</i>	<i>Psicología</i>	<i>6 años</i>
02			

**Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	<i>All Salud</i>	<i>P. Asst.</i>	<i>León Poma</i>	<i>2 años</i>	<i>Evaluación y Diagnóstico</i>
02					
03					

<sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
**Noemi Edith Yaurivilca**  
 PSICÓLOGA  
 C.Ps.P. N° 11993

....de mayo del 2019

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**.....

Observaciones: \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable    No aplicable    Aplicable después de corregir    No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: *Mariángela Tapia César Raúl*.....

DNI: *09227908*.....

**Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

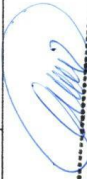
	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UPCH	PSICOLOGÍA	1986-1991
02	UPCH	NEUROPSICOLOGÍA	2009 - 2010

**Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	UCV	Docente	Lima Norte	2010 - Act.	Docente
02	UTP	Docente	Lima Norte	2016 - Act.	Docente
03	UPCH	Docente	Lima Norte	2012 - 2017	Docente

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son



Mg. César Raúl Mariángela Tapia  
 Psicólogo Clínico  
 C. P. P. 9893

22 de mayo del 2019

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....**

Observaciones: \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable**  **Aplicable después de corregir**  **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador: ..... **PACHEPPE SALINAS MIRIAN MARÍA** .....

DNI:..... **25527578** .....

**Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Colegio de Psicólogos del Perú	"Psicología Clínica y de la Salud"	2007 - 2008
02	Universidad "Nuestra Señora"	"Terapia Familiar Sistémica"	2018 -

**Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	HOSPITAL "SERGIO E. BARRERA" NATLES	PSICOLOGA ASISTENCIAL		1988 hasta la actualidad	Atender, evaluar, diagnosticar y tratar a lo presente.
02					
03					

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo  
<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



.....  
 Ps. Miriam M. Pacheppe Salinas  
 C.P.F. N° 1965 P04044

22...de mayo del 2019



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.....**

Observaciones: \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** , **Aplicable después de corregir**  **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador: **HÉCTOR DANIEL YAYA CHAMPITAZ**

DNI: **15391329**

**Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES	PSICOLOGO	1975 - 1981
02	UNIVERSIDAD NACIONAL "FEDERICO VILLAREAL"	MAESTRO EN SALUD PSÍQUICA	1996 - 1998

**Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)**

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	MINISTERIO DE SALUD	ASESOR JEFE CENTRAL	LIMA	2008 - 2010	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DESARROLLO HUMANO
02	MINISTERIO DE SALUD	DIRECTOR EJECUTIVO	LIMA	2006 - 2008	DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.
03	D.P.S. - LM P.S. LOS GERANIOS	PSICOLOGO ASISTENCIAL	COMAS	2016 - Actualidad	SERVICIO DE PSICOLOGÍA (C)

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**Ayala**  
 Héctor Daniel Yaya Champitaz  
 PSICOLOGO - 0624  
 MAESTRO EN SALUD PÚBLICA  
 MAESTRO EN SALUD OCUPACIONAL

.....de mayo del 2019

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**.....

Observaciones: \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:  Aplicable  No aplicable después de corregir  No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Juan Walter Pomahuacré Carhuayal.....

DNI: 41866762.....

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01	Universidad Nacional Federico Villarreal	Taller Cognitivo Conductual	2013 - 2014
02	Universidad Antonio Cayetano Heredia	Estadística	2015 - 2016

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01	CSMI Tahuantinsuyo Bajo	Psicólogo Clínico	Independencia	2004 - 2010	Atención de pacientes que también reciben atención médica
02	C. Psic. de la UNMSM	Psicoterapeuta	Cusco	2018 - 2019	Atención de pacientes en interconsulta médica
03	INSM Héroles Delgado Hideoy Wajuchi	Psicoterapeuta	SMP	2018 - actual	Atención de pacientes por derivación de médicos psiquiatras.

<sup>1</sup> **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico, formulado.  
<sup>2</sup> **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup> **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota:** Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
**Juan Walter Pomahuacré Carhuayal**  
 Psicólogo Clínico  
 y Tratamiento en Psicología  
 C.Ps.P. 14834

....de mayo del 2019