

Relación entre variables psicopatológicas y eficacia de un entrenamiento en asertividad

N. Palau, M. Ballester, M. Morales, N. Riesco

Resumen

El objetivo de este estudio fue comprobar si el diagnóstico de depresión o ansiedad influye en la eficacia del entrenamiento en técnicas de asertividad.

Para llevar a cabo nuestro propósito se utilizó la Escala de Asertividad de Gambrill y Richey (Gambrill y Richey, 1975), un cuestionario autoadministrado que consta de 40 ítems referentes a diferentes situaciones interpersonales y que se compone de dos subescalas que evalúan el grado de malestar subjetivo experimentado en dichas situaciones y la probabilidad de responder de manera asertiva ante la situación planteada, respectivamente. Dicho instrumento se administró a todos los sujetos antes y después del entrenamiento.

Los resultados mostraron que tanto los sujetos con diagnóstico de ansiedad como de depresión mejoraban de manera significativa en ambas medidas de asertividad. Antes del tratamiento, los sujetos ansiosos mostraban un porcentaje de respuestas asertivas moderadamente más bajo que los depresivos. Sin embargo, al ver la relación entre tipo de diagnóstico y eficacia del EA, se observa que los sujetos ansiosos incrementan en mayor grado el porcentaje de respuestas asertivas tras el entrenamiento, mientras que la disminución en el grado de malestar subjetivo es igual para ambos grupos.

Podemos concluir que el tipo de diagnóstico influye en la mejoría diferencial de unas variables respecto a otras tras la aplicación del EA.

Palabras clave: Depresión. Ansiedad. Escala de Asertividad (E.A).

Summary

The aim of this study was to assess whether depression or anxiety diagnosis affects the efficacy of an assertiveness training. To carry out this research we used the Gambrill and Richey Assertiveness Scale (Gambrill and Richey, 1975). This is a self-report questionnaire consisting of 40 items which make reference to some interpersonal situations. It assesses the amount of discomfort in these situations as well as the probability to answer in an assertive way. This instrument was administered before and after the training.

Correspondencia: Dr. N. Palau
Centro de Salud Mental
Hospital Mutua de Terrassa
Plaza del Dr. Robert, 5
08221 TERRASSA (Barcelona)

The results showed that all the subjects improved in both measures. Before the training, anxious subjects showed less probability to give assertive responses. However, after the training anxious subjects improved more in their assertive responses than the other group. Meanwhile there were no differences in the amount of discomfort between both groups. In conclusion, the type of diagnosis may affect the improving of certain variables after the application of an assertiveness training.

Key words: Depression. Anxiety. Assertiveness Scale.

INTRODUCCIÓN

Se ha definido de muchas maneras el concepto *asertividad*. Según Delamater y McNamara (1986) se trata de la expresión honesta y legítima de los propios derechos, sentimientos, creencias e intereses sin violar o menospreciar los derechos de los demás. En su revisión, Rich y Schroeder (1976), encuentran definiciones similares que definen el concepto asertividad como el comportamiento que permite a la persona actuar en su propio interés, defenderse sin caer en la ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los de los demás.

Son varias las investigaciones que se han dedicado a estudiar la relación existente entre asertividad y psicopatología, la mayoría de los cuales se han centrado en depresión y ansiedad. Respecto a las alteraciones del estado de ánimo, en la mayor parte de los estudios se constata que las personas deprimidas son menos asertivas (Libet y Lewinsohn, 1973; Hayman y Cope, 1980; Hersen et al., 1995), especialmente a la hora de expresar su desacuerdo y pedir cambios en el comportamiento de los demás (Chan, 1993). Además se ha visto que la relación entre las dos variables podría estar mediatizada por el apoyo social y el nivel de autoestima del sujeto (Walker, 1998). En cuanto a la ansiedad, son varios los trabajos que han encontrado que las personas con altos niveles de ansiedad son menos asertivas (Anderson, 1997; Granger et al., 1995). Durante años anteriores se han utilizado dos modelos para explicar la relación entre ansiedad y los déficits en asertividad. El primero de ellos fue propuesto por Wolpe en 1969 y se basa en la inhibición de respuesta, que se explicaría por el hecho de que la elevada ansiedad actuaría como un mecanismo inhibitorio impidiendo la ejecución por parte del sujeto de respuestas asertivas, lo cual daría lugar a un creciente déficit en

este tipo de comportamientos; según este modelo, ansiedad y asertividad serían dos respuestas incompatibles. El otro modelo se basa en la hipótesis de que los sujetos con una elevada ansiedad social no podrían ejecutar respuestas asertivas porque carecerían de este tipo de comportamientos dentro de su repertorio conductual; en este caso, los sujetos ansiosos deberían aprender previamente las conductas asertivas para poder luego ejecutarlas de manera adecuada. Ambos modelos se han ido abandonando porque presentarían ciertas limitaciones al reducir los déficits de asertividad de los sujetos ansiosos a un solo factor y dejar de lado otros como los cognitivos cuya importancia en el inicio y mantenimiento de los déficits de asertividad en sujetos ansiosos ha sido claramente demostrado por varias investigaciones (Halford y Foddy, 1982; Beidel, Turner y Dancu, 1985). La mayoría de los trabajos que han estudiado la relación entre ansiedad y déficits de asertividad se han centrado en personas con elevada ansiedad social. Autores como Daly (1978) encuentran que estas personas presentan diferencias respecto a las menos ansiosas socialmente en la ejecución de conductas asertivas, concretamente en el habla y el contacto visual. Otros estudios han mostrado que cuando los pacientes con fobia social mejoran en sus comportamientos asertivos se observa una progresiva disminución del grado de ansiedad en aquellas situaciones sociales temidas y evitadas, lo cual nos puede sugerir una relación inversa entre el grado de ansiedad del sujeto y su asertividad en las situaciones sociales (Salaberria y Echeburúa, 1995). Por su parte, Echeburúa, Borda y Paez (1991), encontraron que entre los sujetos con agorafobia se observaba una relación inversa entre el grado de evitación agorafóbica y la asertividad de los pacientes antes de ser tratados para el trastorno de ansiedad.

Por otro lado, hay diversas investigaciones que coinciden en afirmar que el Entrenamiento en Asertividad es eficaz para mejorar el grado de asertividad de los sujetos (Rathus, 1972; Brown y Carmichael, 1992; Al-Kubairy y Jassim, 1994); así como para disminuir sintomatología ansiosa y depresiva (Sánchez, Lewinsohn y Larso, 1980). Sin embargo hay cierta controversia respecto a este último dato, ya que son varios los trabajos donde no se ha encontrado una evidencia clara de que este tipo de entrenamiento disminuya la sintomatología depresiva (Hayman y Cope, 1980; Robles et al., 2002). Sin embargo parece haber más acuerdo en cuanto a la incidencia de este tipo de entrenamiento sobre la sintomatología ansiosa. En relación a este punto, estudios como el de Wehr y Kauffman (1987) encuentran que la aplicación del entrenamiento asertivo produce una disminución significativa en el grado de ansiedad de adolescentes altamente ansiosos. Otros trabajos han aplicado este tipo de entrenamiento como un componente integrado dentro del tratamiento de diferentes trastornos de ansiedad, y han hallado que este tipo de técnicas ayuda a reducir la sintomatología ansiosa de estas personas, sobretodo la relacionada con las dificultades para relacionarse socialmente o desenvolverse de manera adecuada en diferentes situaciones sociales y con diferentes personas (Caro, 1985; Alario, 1989; Olivares y García, 2001).

Sin embargo, son pocos los estudios que se han dedicado a investigar si las variables psicopatológicas están relacionadas de algún modo con el grado de mejoría en asertividad después del entrenamiento. Los pocos trabajos sobre el tema aportan resultados poco clarificadores, ya que mientras algunos como el de Aschen (1997) muestran que el entrenamiento en asertividad es eficaz independientemente del diagnóstico del sujeto, otros como el de Martín, Riesco, Tresserra y Valdés (1991) encuentran que ciertos tipos de trastornos de personalidad no se benefician de la misma manera de este tipo de entrenamiento que otros.

MÉTODOS

Sujetos

La muestra estaba compuesta por 72 sujetos, pacientes del Centro de Salud Mental "Rambla", vinculado al Hospital Mutua de Terrassa.

Los criterios de inclusión en la muestra eran: ser mayor de 18 años, tener dificultades en asertividad, y estar diagnosticado de trastorno afectivo o de trastorno de ansiedad. Por trastorno afectivo hemos entendido trastorno depresivo mayor y distimia, y como trastorno de ansiedad hemos incluido trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple y fobia social. Quedaban excluidos de la muestra pacientes con dependencia alcohólica en el momento del estudio, y pacientes diagnosticados de trastorno mental grave.

Material

Para medir asertividad se utilizó la escala de asertividad de Gambrill y Richey (1975), que es un cuestionario autoadministrado que consta de 40 ítems y que hace referencia a diferentes situaciones interpersonales. Este cuestionario tiene dos escalas:

– Grado de malestar que experimenta el sujeto ante las situaciones que describen los ítems.

– Probabilidad de responder de manera asertiva en cada situación descrita.

Según la puntuación en estas escalas se pueden formar cuatro grupos de sujetos:

– Asertivo: baja puntuación en grado de malestar y alta en probabilidad de respuesta.

– No asertivo: alta puntuación en grado de malestar y baja en probabilidad de respuesta.

– Ejecutor ansioso: alta puntuación en grado de malestar y alta en probabilidad de respuesta.

– Despreocupado: baja puntuación en grado de malestar y baja en probabilidad de respuesta.

Procedimiento

Se pasó el cuestionario antes y después del entrenamiento. El entrenamiento en técnicas de asertividad constaba de diversas partes:

– Módulo psicoeducativo, en el que se explicaba qué era la asertividad y cuales son sus componentes.

– Instrucción de las técnicas y práctica mediante role-playing. Mediante estas técnicas se enseñaba a los pacientes a iniciar y mantener conversaciones, afrontar críticas, tomar iniciativas, rechazar peticiones o reclamar derechos.

– Introducción a la técnica de la reestructuración cognitiva, para aprender a identificar y cambiar los pensamientos que generan ansiedad y mantienen las conductas no asertivas.

– Práctica entre sesiones de las técnicas en su medio y registro de las mismas.

Resultados

La tabla 1 muestra los datos referentes a las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra. La muestra estaba formada por 72 sujetos, 40 con diagnóstico de trastorno afectivo y 32 con diagnóstico de trastorno de ansiedad. Se compararon los dos grupos respecto a estas variables demográficas utilizando la prueba de Chi-cuadrado, no encontrando diferencias significativas entre los dos grupos para ninguna de las variables. Para la variable edad se utilizó la prueba T de comparación de medias. La media de edad de

los pacientes es de 35,18 años ($dt=9,11$). La mayoría son mujeres (87,5%), casadas en un 61,1% y solteras en un 27,8%. Tienen estudios medios un 47,9% y básicos un 33,8%. La mayoría están en activo en un 52,8%, aunque hay un 25% que están de baja en el momento del estudio. Casi la mitad (47,2%) están en tratamiento con antidepresivos y benzodiacepinas aunque hay un 30,6% que no reciben ningún tipo de tratamiento farmacológico.

Antes que nada, cabe aclarar que las puntuaciones del cuestionario utilizado son inversas por lo que respecta a la variable probabilidad de respuesta, en el sentido de que a más puntuación, menos probabilidad de responder de forma asertiva.

En primer lugar evaluamos si había diferencias en la puntuación obtenida en el cuestionario antes y después del entrenamiento, tomando todos los sujetos en conjunto. Para ello se utilizó la prueba T de comparación de medias. Encontramos que las diferencias son estadísticamente significativas tanto para la variable grado de malestar (en adelante GM) como para la variable probabilidad de responder asertivamente (en adelante %R) ($t=8.821$; $p<0.001$ y $t=8.438$; $p<0.001$ respectivamente). Como se puede observar en el gráfico 1, se observa una disminución del grado de malestar y un aumento de la probabilidad de responder asertivamente.

Tabla 1
Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra (N=72)

	Media	Desv. Tip.
Edad	38,18	9,11
	Porcentaje	
Sexo	87,5 mujeres	
	12,5 hombres	
Estado civil	61,1 casados	
	27,8 solteros	
	6,9 separados	
	4,2 vive en pareja	
Nivel estudios	47,9 Medios	
	33,8 Básicos	
	18,3 Superiores	
	1,4 Datos perdidos	
Situación laboral	52,8 Activo	
	25 Baja	
	9,7 No trabaja	
	8,3 Estudiante	
	4,2 Paro	
Trat. Farmacológico	47,2 AD+BZD	
	30,6 Sin tratamiento	
	9,7 BZD	
	9,7 AD	
	2,8 AD+BZD+neuroléptico	

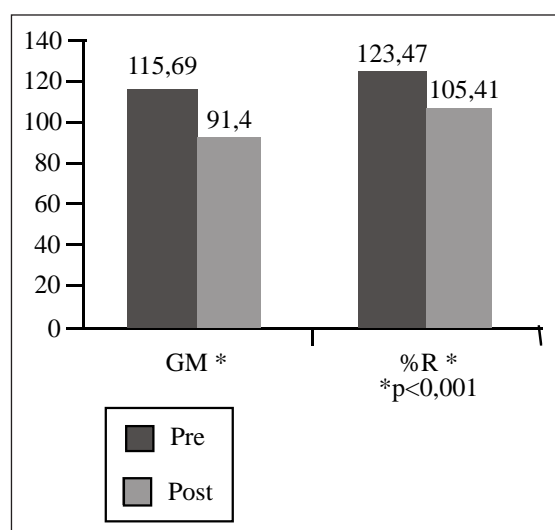


Gráfico 1
Diferencia antes/después del entrenamiento

Luego estudiamos las diferencias, antes del entrenamiento, entre el grupo de sujetos con diagnóstico de trastorno afectivo y el de sujetos diagnosticados de trastorno de ansiedad. También se utilizó la prueba T de comparación de medias. Como se puede observar en el gráfico 2, en la variable GM no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos ($t=0,159$; $p=0,874$). En cambio, en %R se aprecia una tendencia a la significación en la diferencia entre estos dos grupos, en el sentido que el grupo de sujetos con trastorno de ansiedad tendrían menos probabilidad de dar una respuesta asertiva ($t=1,955$; $p=0,05$).

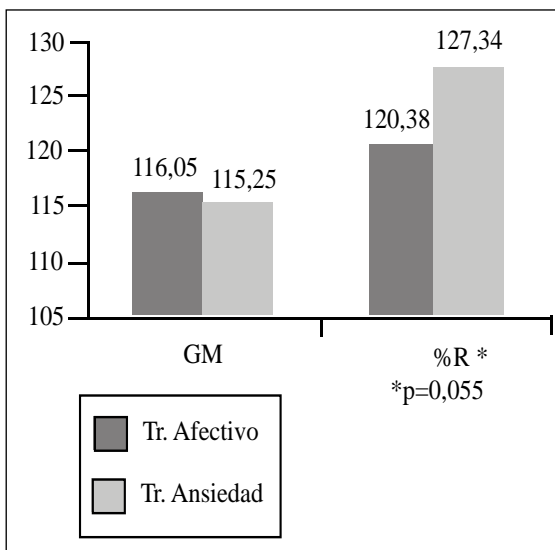


Gráfico 2

Diferencias antes del entrenamiento entre los dos grupos

Para observar la relación entre tipo de diagnóstico y eficacia del entrenamiento asertivo, se utilizó el Modelo Lineal General para medidas repetidas. No existe relación significativa a nivel de la variable GM ($F=0,168$; $p=0,683$) (Gráfico 3). Por tanto, los dos grupos mejoran de igual manera. En cambio, encontramos relación estadísticamente significativa a nivel de la variable %R ($F=4,116$; $p=0,046$) (Gráfico 4). Concretamente, los sujetos diagnosticados de trastorno de ansiedad presentan una diferencia entre el pre y el post mayor que el otro grupo.

En resumen, aunque el grupo diagnosticado de trastorno de ansiedad presenta menor probabilidad

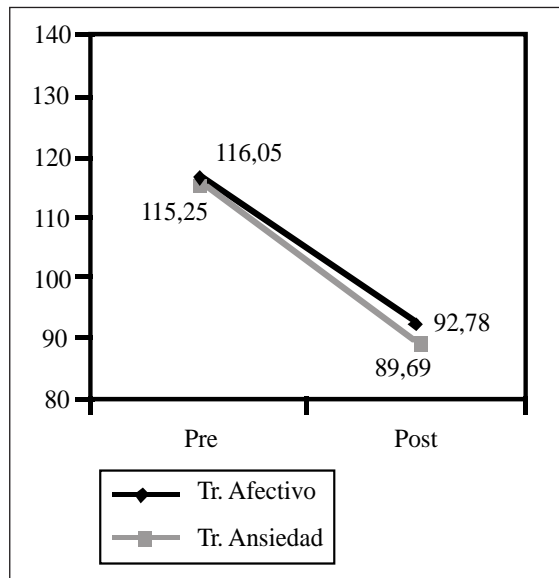


Gráfico 3

Diferencias entre los dos grupos en mejora de grado de Malestar

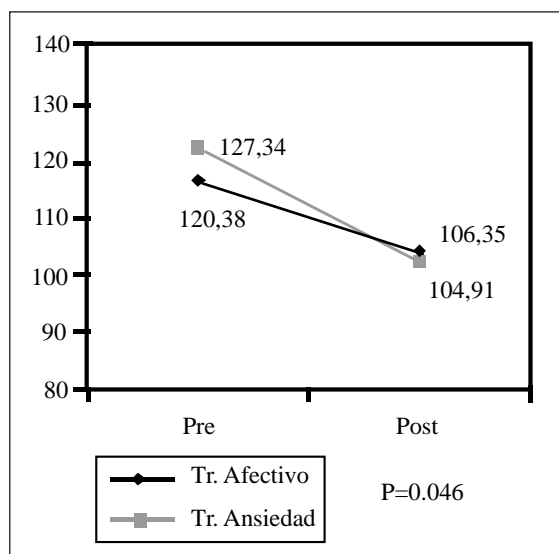


Gráfico 4

Diferencias entre los dos grupos en mejora de la Probabilidad de Respuesta

de responder asertivamente antes del tratamiento, la mejora es mayor en este grupo de pacientes.

DISCUSIÓN

En cuanto a la eficacia a nivel general del Entrenamiento en Asertividad, los resultados obtenidos

concuerdan con los hallados en anteriores trabajos que también encontraron que este tipo de entrenamiento es eficaz y, además, que su eficacia es independiente del tipo de psicopatología que presentan los miembros que participen (Aschen, 1997).

El hecho de que los sujetos con trastorno de ansiedad presenten una menor tendencia a mostrar comportamientos asertivos antes del tratamiento estaría en consonancia con trabajos como el de Halford y Foddy (1982) y el de Anderson (1997), en los cuales se observa que estas personas muestran menos conductas asertivas. El mecanismo de explicación de este hecho no está claro, ya que podría explicarse por qué la ansiedad actuaría como un mecanismo de inhibición conductual dando lugar una incompatibilidad entre la ejecución de respuestas asertivas y la presencia de ansiedad, sin embargo, procedimientos para el manejo de la ansiedad como la desensibilización sistemática, que se basa en el aprendizaje de conductas incompatibles con la respuesta de ansiedad, no han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la ansiedad social. Por este motivo, podríamos considerar que sería un mecanismo de acción más complejo en el que interaccionarían diferentes factores, lo que explicaría la menor frecuencia de respuestas de tipo asertivo mostradas por este tipo de personas. Durante los últimos años, se ha ido otorgando un papel muy importante al peso de los factores cognitivos como uno de los principales mecanismos que explicarían los déficit en los comportamientos asertivos que muestran las personas con altos niveles de ansiedad, tanto en número de respuestas ejecutadas como en su calidad (Smith & Sarason, 1975; Halford & Foddy, 1982; Hofman, 2000).

En relación a la mejoría diferencial encontrada entre ambos grupos, podría atribuirse al hecho de que las personas deprimidas suelen mostrar menos iniciativa en las relaciones interpersonales, interaccionan con un menor número de personas y presentan una menor frecuencia de contactos sociales (Libet & Lewinsohn, 1973). En nuestro trabajo, resultó de gran importancia la práctica entre sesiones por parte de los miembros de cada una de las técnicas aprendidas con el fin de aplicar lo trabajado durante el entrenamiento a las situaciones de la vida real, por este motivo, podríamos pensar que los sujetos con depresión tendrían menos oportunidades para hacer estas

tareas dada su escasa red de contactos sociales y su baja motivación, factores que conducirían a una menor consolidación y generalización de lo aprendido durante el entrenamiento asertivo.

En cuanto al hecho de que la diferencia entre ambos grupos sólo aparezca en relación a la variable porcentaje de respuestas asertivas, es congruente con los hallazgos de Safran y Alden (1980), que muestran que la aplicación de técnicas conductuales, como las que hemos utilizado en este estudio, en sujetos ansiosos, se traduce más en un aumento considerable de las conductas asertivas que no en un cambio en las variables cognitivas, como sería en nuestro caso el grado de malestar subjetivo percibido por el sujeto. De esta mejoría diferencial entre variables conductuales y cognitivas tras la aplicación del entrenamiento en asertividad ya habló Kaplan (1982) cuando encontró que tanto el entrenamiento basado únicamente en técnicas conductuales como el que incorporaba técnicas cognitivas resultaban igual de eficaces en cuanto a la mejoría en las conductas asertivas en sujetos con déficit en este ámbito, sin embargo, en cuanto a la mejoría en variables cognitivas encontró que esta sólo era significativa si se utilizaban técnicas cognitivas junto a las conductuales, resultando una mejoría mínima en estos factores cuando se utilizaba un entrenamiento basado solamente en técnicas conductuales. En esta misma línea, Jacobs y Cochran (1982) trabajaron con sujetos que presentaban altos niveles de ansiedad social y encontraron que la combinación de procedimientos conductuales y reestructuración cognitiva, en comparación con el uso aislado de los primeros, producía una mayor disminución en cuanto al grado de malestar subjetivo experimentado por los sujetos durante la ejecución de diferentes tipos de comportamientos asertivos, además de producir un aumento en la valoración positiva y realista de las propias competencias sociales y un cambio en los pensamientos negativos que con frecuencia presentan este tipo de personas cuando anticipan o se ven inmersos en situaciones sociales. Estos datos podrían sugerirnos que el cambio a nivel cognitivo en los sujetos ansioso costaría más en producirse y requeriría el uso de técnicas cognitivas específicas en el entrenamiento asertivo. Futuras investigaciones podrían ayudarnos a obtener más información sobre esta mejoría diferencial en

las variables cognitivas y conductuales observadas en sujetos con altos niveles de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alario Bataller S.:** Tratamiento de un trastorno por ansiedad generalizada. Análisis y Modificación de Conducta, 1989; 15(44): 305-316.
2. **Al-Kubaisy TF, Jassim AL.:** The Efficacy of Assertive Training in the Acquisition of Social Skills in Iraqi Social Phobics. Arab Journal of Psychiatry, 2003; 14(1): 68-72.
3. **Anderson RT.:** **Anxiety of ignorance:** The determinants of interpersonal skill display. Dissertation Abstracts International. Section B, 1997; 57(9B): 5959.
4. **Aschen S.:** Assertion training therapy in psychiatric milieus. Archives of Psychiatric Nursing, 1997; 9(1): 46-51.
5. **Beidel D, Turner S, Dancu C.:** Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. Behavior Research and Therapy, 1985; 23(2): 109-117.
6. **Brown GT, Carmichael K.:** Assertiveness training for clients with a psychiatric illness: A pilot study. British Journal of Occupational Therapy, 1992; 55(4): 137-140.
7. **Caro I.:** Diagnóstico y tratamiento de un trastorno por ansiedad generalizada. Análisis y Modificación de Conducta, 1985; 11(28): 325-334.
8. **Chan DW.:** Components of assertiveness: Their relationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong. Behaviour, research and Therapy, 1993; 31(5): 529-538.
9. **Daly S.:** Behavioral correlates of social anxiety. British Journal of Social and Clinical Psychology, 1978; 17: 117-120.
10. **Delamater RJ, McNamara JR.:** The social impact of assertiveness-Research findings and clinical implications. Behavior Modification, 1986; 10: 139-158.
11. **Echeburúa E, Borda M, Páez D.:** Variables de personalidad, agorafobia y predicción de resultados terapéuticos. Boletín de Psicología, 1991; 32: 7-20.
12. **Granger B, Azais F, Albercque C, Debray Q.:** Entre anxiété et depression. La place des difficultés d'affirmation de soi et des phobies sociales. Annales Medico Psychologiques, 1995; 153(3): 204-206.
13. **Halford K, Foddy M.:** Cognitive and social skills correlates of social anxiety. British Journal of Clinical Psychology, 1982; 21: 17-28.
14. **Hayman PM, Cope CS.:** Effects of assertion training on depression. Journal of Clinical Psychology, 1980; 36(2): 534-543.
15. **Hersen M, Kabacoff R, Van-Hasselt VB, Null JA, et al.:** Assertiveness, depression, and social support in older visually impaired adults. Journal of Impairment and Blindness, 1995; 89(6): 524-530.
16. **Hofman S.:** Self-focused attention before and after treatment of social phobia. Behaviour Research and Therapy, 2000; 38: 717-725.
17. **Jacobs M, Cochran S.:** The effects of cognitive-restructuring on assertive behaviour. Cognitive Therapy and Research, 1982 6(1): 63-76.
18. **Kaplan D.:** Behavioral, cognitive and behavioral cognitive approaches to group assertion training therapy. Cognitive Therapy and Research, 1982; 6(3): 301-314.
19. **Libet J, Lewinsohn P.:** Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973M 40(2): 304-312.
20. **Olivares J, García L.:** Un nuevo tratamiento multi-componente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto, 2001; 9(2): 247-254.
21. **Rathus S.:** An experimental investigation of assertive training in a group setting. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1972; 3: 81-86
22. **Rich A, Schroeder H.:** Research issues in assertiveness training. Psychological Bulletin, 1976; 83: 1081-1096.
23. **Robles R, Flores E, Jurado S, Paez F.:** Estudio de efectividad del entrenamiento asertivo para reducir sintomatología depresiva y ansiosa. Psiquiatría, 2002; 18(3): 176-179.
24. **Salaberria K, Echeburúa E.:** Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. Análisis y Modificación de Conducta, 1995; 21(76): 131-139.
25. **Sánchez V, Lewinsohn PW, Larson DW.:** Assertion training: effectiveness in the treatment of depression. Journal of Clinical Psychology, 1980, 36(2): 526-529.
26. **Smith R, Sarason I.:** Social anxiety and the evaluation of negative interpersonal feedback. Journal of consulting and Clinical Psychology, 1975; 43(3), 429.
27. **Walker KE.:** The effect of self-esteem on the relationship between assertiveness and depression. Dissertation Abstracts International. Section B, 1998, 58(8B): 4477.
28. **Wehr S, Kauffman M.:** The effects of assertive behavior on performance in highly anxious adolescents. Adolescence, 1987; 22(85): 195-205.