

## **EFFECTIVIDAD EN EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y RASGOS DE PERSONALIDAD**

**M<sup>a</sup> José Martín**  
**Nadine Riesco**  
**Josep Treserra**  
**Manuel Valdés**

Dpto. de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.

### **RESUMEN**

*En este artículo se evalúa la efectividad del entrenamiento asertivo en grupo a través de los cambios observados en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de Gambrill-Richey y Rathus antes y después del tratamiento. Se destaca la importancia de los rasgos desadaptativos de la personalidad, que se pueden detectar al seleccionar a los candidatos al entrenamiento, en determinar la eficacia del mismo. Se comparan los cambios de los perfiles en el cuestionario Mini-mult de Kincanon obtenidos antes y después del entrenamiento asertivo con las variaciones en las puntuaciones de asertividad. La presencia de rasgos de personalidad patológicos esquizoides, paranoides u obsesivos se asocia a una menor efectividad en el desempeño de conductas asertivas y a una respuesta ansiosa ante las demandas presentadas por el tratamiento.*

**Palabras Clave:** *Entrenamiento asertivo, trastornos de la personalidad.*

## SUMMARY

*This study evaluated the effectiveness of an assertiveness group training procedure measuring in Gambrell-Richey and Rathus questionnaires scores before and after treatment was completed. The importance of maladaptive personality traits-measurable in the selection phase before training- in determining treatment effectiveness pointed-out. Changes in Kincanon Mini-mult questionnaire scores before and after assertiveness training were compared with changes in assertiveness scores. When schizoid, paranoid or compulsive traits are present, assertiveness training is found to be associated with anxiety enhancement and less effectiveness in assertive behaviour.*

**Key Words:** *Assertiveness training, personality disorders.*

La conducta asertiva se define como aquella conducta que permite defender los derechos propios y ocuparse de las necesidades personales, respetando las necesidades de los demás (Higgins, 1979). También se ha puesto énfasis en el hecho de lograr una cómoda expresión de emociones (Alberti, 1978), exceptuando la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1969). En términos propios de la terapia de conducta tradicional, Libet (1973) señaló que la conducta asertiva es aquella que es reforzada positiva o negativamente y al mismo tiempo, consiste en no emitir aquella conducta que es castigada o extinguida por los demás. Se han distinguido dos tipos básicos de asertividad que son la oposición asertiva y la aceptación asertiva y algunos de los componentes a los que se ha prestado mayor atención, son el dar y recibir halagos y críticas, el decir no, realizar peticiones, expresar sentimientos con comodidad y conversar (Lazarus, 1973).

La falta de asertividad se ha atribuido a tres causas principales. La primera sugiere que la expresión asertiva es bloqueada por un nivel excesivamente elevado de ansiedad condicionada. La segunda propone que la causa se encuentra en que el sujeto poco asertivo carece de suficiente competencia - o habilidad social- para actuar de una forma adecuada. Finalmente, también se ha sugerido, que el origen de la conducta poco asertiva se encuentra en déficits cognitivos tales como las autoinstrucciones negativas, las creencias irracionales o la falta de habilidad para la toma de decisiones o la resolución de problemas (Curran, 1979).

Sin embargo, algunos pacientes diagnosticados psiquiátricamente como trastornos de personalidad, presentan dificultades graves en las relaciones sociales o en el contacto interpersonal, que hacen que, en ocasiones, quienes les tratan les remitan a un equipo que realice terapia asertiva con la expectativa de que mejore su competencia social.

La experiencia en terapia asertiva en grupos con algunos de estos pacientes con trastornos de personalidad, nos llevó a observar que parecían existir mayores dificultades para su entrenamiento cognitivo-conductual, así como importantes diferencias en la respuesta al tratamiento respecto a los demás pacientes no asertivos.

Por este motivo, con el fin de evaluar de forma retrospectiva las diferencias observadas según la presencia o ausencia de un trastorno de personalidad, revisamos los casos en que disponíamos de perfiles psicopatológicos anteriores y posteriores a la intervención terapéutica y estudiamos su relación con los cambios en asertividad.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Para realizar este estudio retrospectivo, hemos utilizado a los sujetos que participaron en el último grupo de entrenamiento en asertividad que llevamos a cabo. Disponíamos de cuatro sujetos que habían sido evaluados antes y después del tratamiento, con los cuestionarios de asertividad de Gambrill-Richey y de Rathus, así como el de personalidad Mini-mult de Kincanon. (En el momento en que se obtuvieron los datos no realizábamos exploración psicométrica de la personalidad a todos los pacientes que iban a formar parte del grupo de entrenamiento asertivo).

El cuestionario de Gambrill-Richey (1975) consta de 40 ítems y evalúa dos dimensiones, el grado de malestar al realizar la conducta y la probabilidad de que el sujeto responda tal y como se describe la situación en el cuestionario. La diferencia entre la probabilidad de la respuesta y el grado de malestar, nos proporciona información adicional sobre el grado de asertividad.

El cuestionario de asertividad de Rathus (1973) consta de 30 ítems en los que el sujeto evalúa las conductas propuestas calificándolas como más o menos características de su repertorio.

El Mini-mult de Kincanon (1968) es una forma abreviada del MMPI que da información sobre el perfil psicopatológico.

El entrenamiento en grupo consistía en 10 sesiones de una hora y media semanal. Las sesiones fueron dirigidas por dos terapeutas utilizando técnicas cognitivo-conductuales (ensayos de conducta, role playing, grabaciones en video, actividades entre sesiones y reestructuración cognitiva).

Por otro lado, los cuestionarios de asertividad se administraron a una muestra control de 26 sujetos, 12 hombres y 14 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 50 años y comparamos los resultados con otro grupo de 20 sujetos (10 hombres y 10 mujeres) no asertivos con el fin de ver las diferencias entre uno y otro grupo.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en los cuestionarios de asertividad en las muestras de sujetos no asertivos y sujetos controles, se presentan en las tablas I y II.

Tabla I.

### ASERTIVIDAD (GAMBRILL-RICHEY, 1975)

		MALESTAR	PROB. RESP.	DIFER.
CONTR.	h=12	88'8 (20'8)	103'0 (15'8)	14'1 (24'4)
	m=14	103'5 (20'5)	118'6 (25'9)	15'0 (26'7)
	t=26	96'7 (21'5)	111'4 (22'9)	14'6 (25'1)
NO ASERT.	h=10	115'2 (27'0)*	127'0 (18'5)**	11'8 (16'2)
	m=10	118'2 (27'5)	129'0 (15'7)	10'8 (22'1)
	t=20	116'7 (26'6)*	128'0 (16'7)**	11'3 (18'8)

\*p < 0.5 , \*\*p < 0.1 resp. a controles.

Tabla II.

### ASERTIVIDAD (RATHUS, 1973)

		N	
CONTROLES	h	12	19'3 (20'5)
	m	14	-4'3 (17'1)
	t	26	5'9 (21'8)
NO ASERT.	h	10	-31'6 (14'3)***
	m	10	-35'9 (11'0)***
	t	20	-33'7 (12'6)***

\*\*\* p < 0.001 resp. a controles.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios Gambrill-Richey y Rathus de los cuatro sujetos estudiados muestran diferencias significativas respecto al grupo control en la dirección esperada (tabla III).

TABLA III.

	N	GAMBRILL-RICHEY			RATHUS
		MALESTAR	PROB. RESP.	DIFER.	
CONTR.	26	96'7 (21'5)	11'4 (22'9)	14'6 (25'1)	5'9 (21'8)
NO ASERT.	4	126'2 (16'0)*	139'7 (13'8)**	13'5 (12'7)	-42'2 (20'6)**

\* p &lt; 0.5

\*\* P &lt; 0.1 resp. a controles.

Las puntuaciones obtenidas en la dimensión grado de malestar en el cuestionario de Gambrill-Richey antes del tratamiento es más elevada que la obtenida por el grupo control. Después del tratamiento, en dos de los sujetos (casos 2 y 3) desciende el grado de malestar por debajo de la media del grupo control ante las situaciones descritas en el cuestionario. El grado de malestar no disminuye en los otros dos sujetos (casos 1 y 4) (Fig. 1).

La probabilidad de respuesta asertiva de estos cuatro sujetos antes del tratamiento los sitúan por debajo de la media del grupo control. Después del tratamiento en los dos sujetos (casos 2 y 3) en los que disminuía el grado de malestar aumenta la probabilidad de respuesta asertiva; en los otros dos (casos 1 y 4), apenas se modifica (Fig. 2).

Los resultados obtenidos en el cuestionario de Rathus nos confirman los ya mencionados al referirnos al cuestionario de Gambrill-Richey (Fig. 3).

FIGURA 1

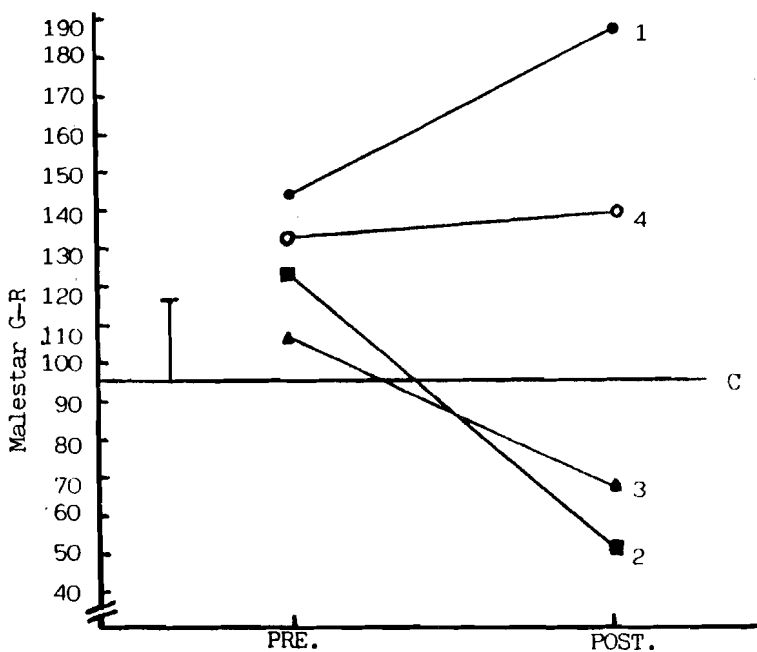


FIGURA 2

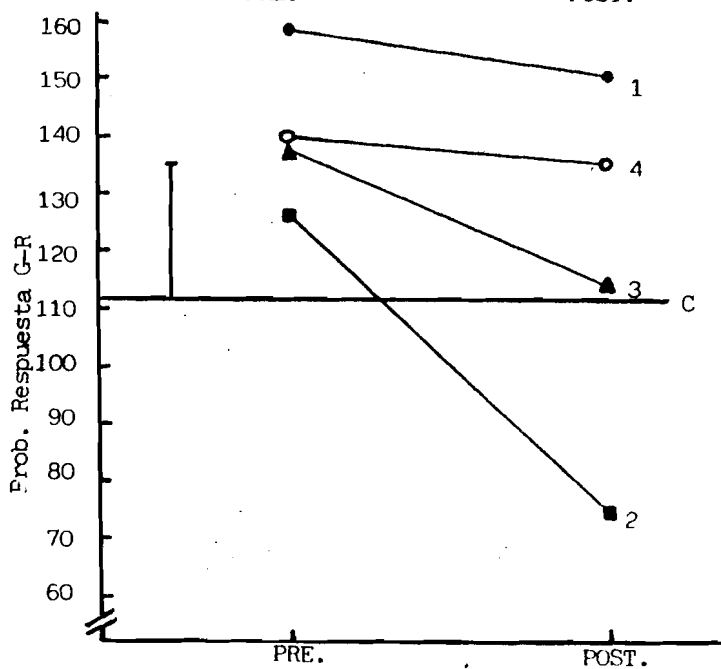
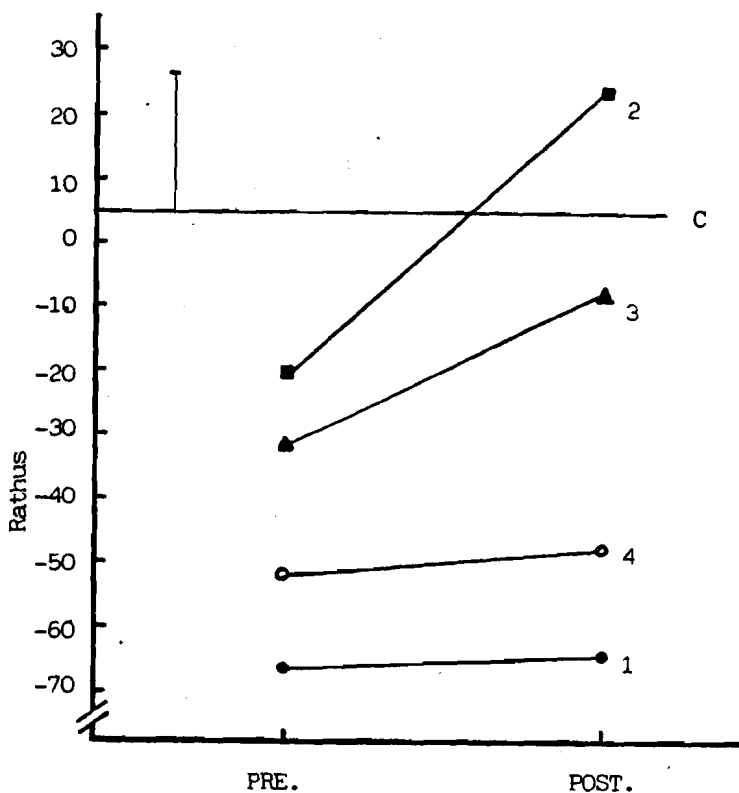


FIGURA 3



En el estudio de los perfiles psicopatológicos observamos que los dos sujetos en los cuales el entrenamiento asertivo había sido más eficaz, casos 2 y 3, no presentan trastornos importantes de la personalidad.

El perfil previo que presenta el sujeto 1 es de una personalidad esquizoide, rígida y hostil, que tras el entrenamiento aparece como más consciente de sus dificultades y algo más deprimido y angustiado. El sujeto 4 presenta antes del tratamiento un perfil esquizo-paranoide con baja ansiedad; antes del tratamiento es de tipo obsesivoide y parece que como en el caso anterior, el sujeto es más consciente de sus dificultades y aumenta también su nivel de ansiedad. Estos dos, son perfiles propios de sujetos con menor empatía y mayor frialdad en su relación interpersonal que los perfiles de los sujetos 2 y 3.

## DISCUSIÓN

En la práctica hemos observado que los sujetos sin trastornos de personalidad presentaban cogniciones erróneas que disminuyeron con el entrenamiento asertivo al tiempo que aumentaban sus recursos conductuales en el sentido de una mayor asertividad. En cambio, esto no sucede en los dos casos en que existía trastorno de personalidad.

Las diferencias encontradas en los perfiles psicopatológicos pre y post-tratamiento podrían estar en relación con el grado de aprovechamiento del entrenamiento en estos 4 sujetos. En unos casos la aparente falta de asertividad parece debida a errores sistemáticos en la percepción e interpretación de la conducta y los perfiles del Mini-mult sugieren que el origen del déficit en las habilidades sociales de la personalidad esquizoides o paranoides. Los problemas interpersonales de estos individuos no parecen atribuibles a los déficits de asertividad por un deficiente aprendizaje social como sucede en los casos en que no está presente ningún trastorno de la personalidad.

Por tanto, concluimos que en los casos estudiados, la presencia de trastornos de la personalidad va ligada a mayores dificultades para lograr reestructuraciones cognitivas y conductas asertivas, por lo que creemos que este aspecto debe tenerse en cuenta y evaluarse en cualquier candidato a realizar entrenamiento asertivo ya que de lo contrario en estos sujetos se hace patente la inoperancia de los procedimientos habituales, lo que entorpece el curso del programa establecido, incluso en detrimento de los demás miembros del grupo.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALBERTI, R.E. y EMMONS, M.L.(1978): *Your perfect right* (3ª ed.). San Luis Obispo, California. Impact.
- CURRAN, J.P. (1979): Pandora's box reopened?. The assessment of social skills, *Journal of Behavior Assessment*, 1. 55-72.
- GAMBRILL, E.D. y RICHEY, C.A. (1975): An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6. 550-561.
- HIGGINS, R.L.; ALONSO, R.R.; PENDLENTON, M.G. (1979): The validity of role play assessments of assertiveness. *Behavior Therapy*, 10. 655-662.



- KINCANON, J.C. (1968): Prediction of the standard mmpi scale scores from 71 items: The Mini Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32. 319-325.
- LAZARUS, R.S. (1973): On assertive behavior: a brief note. *Behavior Therapy*, 4. 697-699.
- LIBET, J.; LEWISOHN, P.M. (1973): The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40. 304-312.
- RATHUS, S.A. (1973): A 30 items schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4. 398-406.
- WOLPE, J. (1969): *The practice of behaviour therapy*, New York, Pergamon.