

Entrenamiento en Asertividad: un tratamiento basado en la evidencia, olvidado

Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment

Brittany C. Speed , Brandon L. Goldstein, and Marvin R. Goldfried, Stony Brook University

Clin Psychol Sci Prac 25:1–20; 2018

Traducción libre y resumida del original por García Pérez, E.M. y Gómez Magaz, S.,

Grupo ALBOR-COHS, setiembre 2018

El presente artículo expone la gran cantidad de evidencias de eficacia del entrenamiento en asertividad en múltiples problemas de tipo clínico y no clínico, las cuales parecen haber sido olvidadas en favor de nuevos procedimientos que no tienen un valor diferente al hecho simple de ser “novedosos”.

Como todo en ciencia, el progreso se basa en el descubrimiento o el diseño planificado de métodos que aporten unas ventajas relevantes sobre los métodos ya conocidos.

La investigación en asertividad ha sufrido una reducción notable en los últimos años, debido a la influencia de las empresas farmacéuticas, cuyos intereses se centran en el modelo biomédico como explicación de los problemas socioemocionales de las personas, a fin de incrementar el consumo de fármacos.

Se aportan referencias sobre la notable reducción de publicaciones sobre el EA (Peneva y Mavrodiev, 2013) quienes informan que el número de artículos sobre este tópico, entre 1967 y 1999, fueron 762, 23 por año. En cambio desde el 2000 hasta 2017, se publicaron 181, 11 por año.

Esta reducción se podría explicar, bien porque el EA se ha incluido en “paquetes de tratamiento”, bien porque se describe con otra terminología diferente.

La historia del EA

El libro de Salter: *Terapia de Reflejos Condicionados* (1949). No empleó la terminología EA, sino que a las personas con déficit de asertividad les atribuyó una “personalidad inhibitoria”.

Pese a su gran difusión este planteamiento tuvo un impacto escaso.

Por su parte, Wolpe (a quien se le da el crédito de ser el primer innovador de la *Terapia de Conducta* en EEUU) estimaba que el EA era un método sencillo para reducir la ansiedad.

Aunque para lograr la reducción de ansiedad comenzó con el entrenamiento en relajación, pronto propuso el EA como un método alternativo para alcanzar el mismo objetivo.

El EA alcanzó un gran impacto en la época debido a que se presentó en el contexto de un movimiento conductual muy amplio (Rimm y Masters, 1979)

A mediados de los 60, Wolpe y Lazarus desarrollaron el primer cuestionario para evaluar asertividad.

En 1971 Lazarus identificó la asertividad como “competencia social” y la falta de asertividad como “déficit social”.

Clasificó las habilidades asertivas en cuatro grupos:

- ✓ Habilidad para comunicar de manera clara y concreta los propios deseos o necesidades.
- ✓ Habilidad para rechazar alguna petición (decir NO)
- ✓ Habilidad para expresar de manera clara, concreta, directa, tus sentimientos.
- ✓ Habilidad para establecer relaciones, iniciar, mantener y terminar conversaciones.

En este período de tiempo se realizaron diversos estudios para investigar las relaciones entre los déficits de estas habilidades y diversos diagnósticos de trastornos clínicos. Los resultados se encontraron todos en la misma línea: *el déficit en asertividad estaba presente en todas las categorías clínicas de trastornos mentales*. Goldfried and Davison (1976) sugirieron la posibilidad de que la conducta no asertiva de la personas fuera el resultado de una inhibición ante la posibilidad de consecuencias sociales indeseables. Del mismo modo como Wolpe planteaba que “la ansiedad social” podría inhibir el comportamiento asertivo.

La conceptualización del EA constituyó la introducción del análisis y la enseñanza de cogniciones en la Terapia de Conducta, lo que dio lugar al inicio de la Terapia Cognitivo Conductual.

Investigaciones posteriores reportadas por Linehan, Goldfried and Goldfried (1979) indicaron que tanto el entrenamiento en habilidades instrumentales asertivas, como la reestructuración cognitiva propia del EA, tenían un efecto positivo en el incremento de la asertividad.

La reestructuración cognitiva incrementaba la asertividad en la medida en que reducía la ansiedad que inhibía el comportamiento asertivo (recondicionamiento de orden superior).

Por otra parte el entrenamiento instrumental mejoraba la capacidad de expresar ideas, sentimientos, tanto de manera verbal como no verbal (contacto visual, volumen de la voz, postura,...)

En paralelo a las aplicaciones en el ámbito clínico, diversos grupos e instituciones civiles, incorporaron estos entrenamientos para la mejora de la situación emocional y adaptación, en personas pertenecientes a grupos feministas, minorías étnicas,...

Al final de los años 70, cuando los movimientos pro derechos civiles comenzaron a destacar en los EEUU, los psicólogos utilizaron el EA para la protección de los derechos individuales sin perjuicio de los derechos de los demás, enfatizando que todas las personas tienen los mismos derechos al margen de su estatus social (Alberti & Emmons, 1970; Fensterheim & Baer, 1975; Jakubowski & Lange, 1976, 1978; Lazarus & Fay, 1975; Smith, 1975)

Alberti y Emmons (1970) publicaron el primer libro sobre EA dirigido a la población general.

Lazarus y Fay (1975) y otros autores publicaron otros libros del mismo contenido.

Smith (1975) incluyó una lista de 10 derechos asertivos de todas las personas, siendo el primer psicólogo que destacó la importancia de la asertividad en las relaciones íntimas.

De manera similar, Jakubowski and Lange (1978), publicaron 11 derechos básicos para todas las personas, que enfatizaban los derechos de las mujeres, incluyendo el derecho a ser tratados con respeto.

El EA, tanto en el ámbito clínico como en el comunitario, se desarrolló en este contexto social e histórico.

A pesar de que tanto Salter (1949) como Wolpe (1958) identificaron muy pronto la importancia del EA como un componente importante en los tratamientos clínicos, la investigación sobre este tema se ha reducido de forma dramática en los últimos años.

Como se indicó anteriormente, este cambio se ha llevado a cabo mediante modificaciones en las prioridades para asignar becas de investigación, en la focalización en “paquetes amplios de tratamiento” y en las Terapias de Tercera Generación de la Terapia Cognitivo Conductual (“third” wave CBT), congruente con el modelo biomédico, que pone el énfasis en los **tratamientos para trastornos específicos diagnosticados con el DSM** (Hershenberg and Golfried, 2015)

EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

Existe una considerable base de investigación científica que relaciona el déficit de asertividad con problemas clínicos específicos, tanto como evidencias de que el EA puede mejorar varios síntomas clínicos más allá de la propia mejora de la conducta asertiva.

Se ha llevado a cabo investigación sobre el papel del EA en psicopatología aplicándolo con muestras de población general y clínica. De manera general se han encontrado resultados positivos en todos los casos.

Un metaanálisis sobre eficacia del EA y otras terapias conductuales aplicadas a la depresión y los trastornos de ansiedad puso de manifiesto unos resultados de eficacia similar (Barth et al., 2013; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Fedoroff & Taylor, 2001; Taylor, 1996)

En otro metaanálisis que evaluaba el entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, cuyo componente principal era el EA, tenía un fuerte impacto en resultados de habilidad social, asertividad autoevaluada y reducción de atención hospitalaria (Benton and Schroeder, 1990)

ANSIEDAD

Diversos estudios relacionaban la ansiedad, especialmente la ansiedad social, con el déficit de asertividad, (Hollandsworth, 1976; Morgan, 1974; Orenstein, Orenstein, & Carr, 1975; Percell, Berwick, & Beigel, 1974; Sturgis, Calhoun, & Best, 1979).

En una muestra grande de adolescentes se encontró déficit de asertividad asociado al incremento de ansiedad social, déficit de autoestima y malas relaciones sociales (Bijstra, Bosma, & Jackson, 1994).

Resultados:

1. **El EA es eficaz para la reducción de la ansiedad** (Hedquist & Weinhold, 1970; Hoffmann, Kalkstein, & Volger, 1977; Percell et al., 1974; Warren, 1977; Workman, Bloland, Grafton, & Kester, 1986).
2. **El EA, que se puede desarrollar con técnicas de modelado, representación de papeles y reestructuración cognitiva, resulta eficaz para aliviar diversos aspectos de la conducta tales como ansiedad social (temor a la evaluación ajena) y mejorar el funcionamiento social de diversas poblaciones** (Heimberg, Montgomery, Madsen, & Heimberg, 1977).

3. Cuando se han comparado grupos que recibían, uno EA con otro que recibía EA y entrenamiento en relajación, los resultados fueron equivalentes (Fremouw & Zitter, 1978)
4. En otro estudio, que comparaba EA, Terapia Racional Emotiva y ambos, para el tratamiento de la ansiedad social, los resultados fueron equivalentes (Tiegerman & Kassino, 1977).

DEPRESIÓN

Desde sus comienzos, los estudios sobre individuos deprimidos aportaban evidencias de un déficit significativo de asertividad que les dificultaba las relaciones sociales y el logro de apoyo o refuerzo social (Coyne, 1976; Lewinsohn, Hoberman, Teri, & Hautzinger, 1985; Segrin & Abramson, 1994; Windle, 1992)

De acuerdo con este punto de vista, una gran cantidad de investigación básica, sustenta la idea de que **la asertividad correlaciona negativamente con síntomas depresivos** (Barbaree & Davis, 1984; Bouhuys, Geerts, & Gordijn, 1999; Chan, 1993; Culkin & Perrotto, 1985; Haley, 1985; Heiby, 1989; Langone, 1979; Pachman & Foy, 1978; Robbins & Tanck, 1984; Sarkova et al., 2013; Sturgis et al., 1979).

RESULTADOS

En relación a los estudios de búsqueda de evidencia de la eficacia del EA en casos de depresión, los más relevantes se han llevado a cabo con grupos de mujeres.

En un primer estudio se compararon los resultados de dos grupos, uno al que se le proporcionó EA y otro que recibió tratamiento de psicoterapia tradicional, ambos en formato grupal (no individual). Los resultados fueron una reducción significativa en síntomas depresivos superior a la del grupo de psicoterapia tradicional (Sánchez et al., 1980).

En otro estudio se compararon dos grupos de tratamiento, también con mujeres con depresión, en formato grupal. El primer grupo recibió EA y el segundo terapia cognitiva de insight. Los resultados del primer grupo fueron mejores que los del segundo en reducción de síntomas depresivos, manifestando más ideas racionales y de aceptación, así como menor necesidad de consultas de seguimiento (LaPointe and Rimm, 1980).

ENFERMEDAD MENTAL

La investigación en esquizofrenia ha puesto de manifiesto que este problema como otras condiciones psiquiátricas conllevan importantes déficits de funcionamiento general de los sujetos. Las primeras investigaciones encontraron que los individuos diagnosticados de esquizofrenia manifestaban déficits en reconocimiento de emociones, diversos déficits cognitivos y escasas habilidades sociales que incluían la asertividad (Bellack, Morrison, Wixted, & Mueser, 1990; Douglas & Mueser, 1990; Kerr & Neale, 1993; Mueser et al., 1996).

Los diversos trabajos han permitido hipotetizar si la falta de asertividad de los sujetos podría ser un factor influyente en la propia condición psiquiátrica, una manifestación de la misma o bien, como en otros casos, el resultado de la ansiedad social que provocaba el rechazo por parte de su entorno social. En cualquier caso **la evidencia disponible apoya la idea de que en el entrenamiento en habilidades asertivas puede mejorar la condición psiquiátrica.** (Aschen, 1997; Booraem & Flowers, 1972; Lin et al., 2008) (Fiedler, Orenstein, Chiles, & Breitt, 1979).

Un estudio de Hersen, Kazdit, Bellack, and Turner encontró que el modelo directo y encubierto fueron eficaces para mejorar la conducta asertiva en pacientes psiquiátricos ((Hersen et al., 1979).

Aunque se acepta que la asertividad tiene unos efectos limitados en algunos tratamientos como la ansiedad comórbida y la esquizofrenia (Serber & Nelson, 1971), una revisión de la literatura ha mostrado que el entrenamiento en habilidades sociales aporta beneficios significativos a personas con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos mentales en general, como en el trastorno bipolar (Brady, 1984; Gomes-Schwartz, 1979; Hersen & Bellack, 1976; Wallace et al., 1980).

También en estos pacientes psiquiátricos se han encontrado evidencias de que el EA puede mejorar la asertividad, reducir la ansiedad social, mejorar la autoestima y las actividades de la vida diaria (autocuidados) (Bloomfield, 1973; Brown & Carmichael, 1992; Clark, Corbisiero, Procidano, & Grossman, 1984; Perczel & Tringer, 1998; Pfof, Stevens, Parker, & McGowan, 1992; Weinhardt, Carey, Carey, & Verdecias, 1998).

Dadas las evidencias actuales (2018) de que la respuesta de ansiedad y otros cambios neurofisiológicos que se desencadenan en situaciones de estrés, conllevan una activación de las crisis esquizofrénicas, se puede comprender que el entrenamiento en habilidades asertivas, en la medida en que proporcionan a los pacientes un método de control y reducción del estrés, pueden ser elementos que mejoran la condición psiquiátrica (nota del traductor)

AUTOESTIMA

Los resultados de estudios centrados en síntomas de trastornos específicos, han mostrado evidencias de que la falta de asertividad está asociada a otros factores transdiagnósticos que tienen una fuerte relación con diversas condiciones psicopatológicas. Uno de estos factores transdiagnósticos lo constituyen la autoestima y el autoconcepto, que se ven afectados negativamente por una asertividad reducida (Bijstra et al., 1994; Percell et al., 1974; Riggio, Throckmorton, & DePaola, 1990; Riggio, Watring, & Throckmorton, 1993; Tolor, Kelly, & Stebbins, 1976).

Como ejemplo, en una muestra grande de población sin estudios, la asertividad correlacionaba positivamente con medidas de autoestima (Riggio et al., 1990)

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en diversos trabajos han puesto de manifiesto que el EA mejora autoestima, autoconcepto, locus de control interno y reducción de la ira-hostilidad. (Hammen et al., 1980; Meyer, 1991; Percell et al., 1974; Warren, 1977; Workman et al., 1986) (Fiedler et al., 1979) (Barr, 1989; Stake & Pearlman, 1980) (Waksman, 1984), and the physically disabled (Morgan & Leung, 1980).

SATISFACCIÓN EN LAS RELACIONES DE PAREJA

En el caso concreto de parejas, Hafner and Spence (1988) encontraron que en el caso de mujeres que llevaban casadas entre 7 y 16 años, informaron de que se sentían peor que sus maridos al actuar de manera asertiva. La falta de asertividad en la pareja con una peor relación entre ambos, mayor hostilidad en el caso de los varones y mayor ansiedad en las mujeres. En el mismo estudio, el déficit de asertividad en hombres casados al menos 16 años, con llevaba mayor ansiedad generalizada y menor índice de satisfacción en su relación.

En otro estudio, se encontró que el déficit de asertividad se asociaba a esposos violentos con su pareja (Rosenbaum & O'Leary, 1981). Esta baja asertividad en varones abusadores fue un resultado consistente en otros estudios (Hotaling & Sugarman, 1986). Todo lo cual sugiere que el EA puede mejorar la calidad de las relaciones y aumentar el índice de satisfacción con la pareja.

RESULTADOS

En el caso de parejas que formaron parte de un estudio (Gordon and Waldo, 1984) se encontró que las personas que participaron en un grupo de EA, en comparación con un grupo de control (lista de espera) mejoraron sus niveles de confianza e intimidad entre ambos. Estos resultados no implicaban que ambos miembros de la pareja hubieran participado en el grupo de EA, habiendo sucedido así cuando solamente uno de ellos lo hubiera hecho. Aunque la participación en un grupo de EA por parte de uno solo de los miembros de una pareja proporcione resultados de mejora en sus relaciones, se considera una mayor garantía de resultados que participen ambos (Muchowski & Valle, 1977).

En un estudio sobre parejas en EA (ambos miembros) comparado con un grupo placebo, los resultados pusieron de manifiesto que la intervención produjo mayores interacciones verbales asertivas y una reducción de las agresiones verbales entre ambos miembros. Además, el EA conllevó un incremento de interacciones claras y directas con la propia pareja (Fiedler et al., 1979). De manera general se puede concluir que aumentar la asertividad en las parejas conlleva una mejor y más satisfactoria relación a largo plazo y que su déficit conlleva un deterioro progresivo a lo largo de los años.

RESUMEN

En resumen, la investigación básica inicial apoya la idea de que la asertividad correlaciona de manera inversa con problemas clínicos específicos, tales como depresión y ansiedad, tanto como otros trastornos asociados producto de enfermedad mental importante. La asertividad es también relevante en una variedad de factores transdiagnóstico, tales como la autoestima y la satisfacción con las relaciones. Tomada en su conjunto, la evidencia acumulada sugiere que los déficits de asertividad son una característica importante en la psicopatología. Más aún, los resultados de las investigaciones indican que la mejora de la asertividad, tanto en aspectos cognitivos, como instrumentales, aumentan la conducta asertiva y reducen los indicadores de ansiedad y depresión, mejoran la autoestima y las relaciones sociales, lo cual da apoyo a reconocer la utilidad del EA en múltiples problemas de índole clínica.