

---

# ASERTIVIDAD EN PERSONAS DEPENDIENTES AL CONSUMO DE ALCOHOL

---

## Mar Montagud Pla

Psicóloga General Sanitaria.

Departamento de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

mar.montagud@gmail.com

## Raquel Allepús Encinas

Psicóloga Clínica.

Centro de Atención a las Drogodependencias. Servicios de Salud Mental y Adicciones de Granollers. Benito Menni CASM, Hermanas Hospitalarias.

rallepus.hbmenni@hospitalarias.es

## Resumen

La asertividad es un estilo de comunicación relacionado con las drogodependencias y presente en los planes de prevención y tratamiento porque, según el nivel de asertividad, puede ser un factor de protección o de riesgo. El siguiente estudio tenía como objetivo identificar si había una diferencia significativa en el nivel de asertividad entre población no alcohólica ( $n = 20$ ) y dos grupos en diferentes fases del tratamiento grupal para dependencia al alcohol en el CAS de Granollers ( $n = 32$ ;  $n = 21$ ). Se ha administrado un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Asertividad de Rathus para obtener datos sociodemográficos y el nivel de asertividad. Los resultados muestran que, aunque

la media de asertividad de la población no alcohólica es la más elevada, no hay diferencias significativas entre el nivel de asertividad de los 3 grupos. Esto puede ser debido a que a los sujetos ya no se encuentran en un consumo activo y, por lo tanto, la diferencia no es tan evidente. En cambio, sí que hay diferencias significativas en las respuestas ante ciertos ítems de la escala de Rathus, aunque no se identifiquen en la puntuación general. El presente estudio abre la puerta a futuras investigaciones sobre asertividad, adicciones y terapia de grupo y remarca la importancia de continuar investigando sobre la asertividad y los drogodependencias.

**Palabras clave:** asertividad, alcoholismo, terapia grupal, alcohol, drogas.

## Abstract

Assertiveness is a type of communication related to drug addiction and it is presented on projects of prevention and drug treatments as some studies affirm that assertiveness is a protection or a risk factor. The objective of this investigation has been to identify if there were differences on the level of assertiveness between non-alcoholic population (n=20) and two groups at different stages of drug's group treatment on CAS of Granollers (n=32; n=21). The subjects answered a test of personal aspects and the Rathus Assertiveness Behavior Scale to get some of their personal aspects and their level of assertiveness. The results show that, although the non- alcoholic group has the highest average of assertiveness, there are not significant differences on level of assertiveness between the three groups. These results might have been caused due to the difference is not obvious when we talk about people on treatment and on abstinence. However, as it is not identified on the general punctuation of assertiveness, there are significant differences in some answers of the Rathus Assertiveness Behavior Scale. This study may create an opening for others studies related to assertiveness, addiction and group therapy and has given rise to the importance in keeping up the research on assertiveness and drug addiction.

**Key Words:** assertiveness, alcoholism, group therapy, alcohol, drugs.

## Introducción

La persona asertiva es la que conoce sus derechos, los defiende y respeta las ideas y opiniones de los otros intentando llegar a un acuerdo ante los conflictos, tal y cómo define Olga Castanyer<sup>1</sup>. Ser asertivo implica hablar con seguridad y fluidez, saber expresar las propias emociones, tanto positivas como negativas, conocer y creer en los propios derechos y en los de los otros, tener creencias racionales, buena autoestima y control emocional. La asertividad es el estilo de comunicación que permite evitar más conflictos y rebajar la frustración, el dolor o la ansiedad en las relaciones sociales<sup>2</sup>. Los beneficios que comporta tener una comunicación asertiva han generado interés hacia este estilo de comunicación y, debido a esto, se han creado instrumentos de medida para identificar el grado de asertividad de un sujeto o de un grupo determinado. Las principales escalas para medir el grado de asertividad, validados a lengua castellana, son el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975)<sup>3</sup> y la Escala de Asertividad de Rathus (1973)<sup>4</sup>. De estos dos instrumentos, la Escala de Asertividad de Rathus es la que presenta mejores evidencias de validez y fiabilidad<sup>3,4,5</sup>. Cómo indica Madrigal<sup>4</sup>, la Escala de Asertividad de Rathus se divide en 6 subescalas relacionadas con la asertividad: demostrar disconformidad, manifestación de sentimientos y creencias, eficacia, interacción con organizaciones, expresión de opiniones y capacidad a negarse ante solicitudes de los otros.

La asertividad se empezó a relacionar con las drogodependencias a partir de 1970. Diferentes estudios han mostrado que hay una relación directa entre el consumo de drogas y la asertividad. Tal y cómo coinciden diferentes autores, la baja comunicación aserti-

va puede ser un predictor de la severidad del consumo en drogodependencias<sup>6,7,8,9</sup>. Torrecillas<sup>6,7</sup> explicita que diferentes estudios han identificado que una baja asertividad entre consumidores de cocaína y heroína predice tanto la cronicidad del consumo como la cantidad de heroína consumida. Finalmente, también se ha reportado que los consumidores de pasta base de cocaína tienen una carencia significativa de asertividad, comparado con una muestra de no consumidores<sup>10</sup>.

Varios autores han concluido que el entrenamiento en asertividad es fundamental en los planes de prevención de drogas, puesto que ser asertivo es un factor protector que evita el consumo<sup>2,11,12,13</sup>. Esta relación entre asertividad y drogodependencias, también se ha demostrado con respecto al alcohol. En este sentido, Wills y cols.<sup>9</sup>, identifican que hay una relación inversa entre el consumo de alcohol y la asertividad en adolescentes, puesto que tener habilidad social, facilidad para poder negarse a consumir alcohol y no ceder a la presión grupal, puede prevenir el consumo<sup>14</sup>.

Como describe la American Psychiatric Association<sup>15</sup>, la terapia de grupo es clínicamente eficaz y rentable para la prevención y el tratamiento del trastorno por uso de sustancias<sup>16</sup>. Guardia y cols.<sup>17</sup>, contribuyen a constatar que en el trastorno por uso de alcohol, la terapia grupal se ha demostrado efectiva para facilitar la adherencia al tratamiento, la abstinencia a las sustancias y la reducción de costes sanitarios. El entrenamiento en asertividad es un punto a destacar dentro de la terapia grupal. Diferentes estudios han mostrado resultados significativamente positivos al identificar una mejora en habilidades comunicativas y síntomas después de haber realizado un entrenamiento en asertividad dentro de la terapia grupal enfocada a varios trastornos y enfermeda-

des<sup>18,19</sup>. De este modo, existe un consenso entre los profesionales para introducir el entrenamiento en asertividad dentro de los tratamientos de drogas y, en concreto, de alcohol<sup>2,7,11,12,13</sup>. Aún así, no hay evidencias de que, durante el tratamiento y, en concreto, en la terapia grupal del trastorno por uso de alcohol, se produzca un aumento significativo de la asertividad que proteja ante recaídas y facilite la abstinencia.

El presente estudio tenía como objetivo analizar si la terapia grupal era un entrenamiento efectivo para mejorar la asertividad de personas con un diagnóstico de dependencia al alcohol y valorar si había diferencias en el nivel de asertividad entre la población con dependencia al alcohol y población sin adicción al alcohol.

Para ello, se ha aplicado este estudio en población con adicción al alcohol del CAS de Granollers, población en el momento del estudio en el programa de alto nivel de exigencia, que se caracteriza por la abstinencia absoluta a todos los tóxicos. Son pacientes TUS (trastorno por uso de sustancias y PD (con patología dual asociada)). Son grupos de insight, con formato semiabierto, de apertura lenta y de proceso continuado, donde se trabaja la dependencia *versus* la autonomía. Se trabaja desde el modelo biopsicosocial y el Modelo Integrado de Intervenciones en adicciones.

Los miembros elegidos son pacientes de los 5 grupos de terapia en activo, (3 grupos de alcoholismo de primer nivel y 2 grupos de alcoholismo de segundo nivel). El grupo de alcoholismo de primer nivel es un grupo multifamiliar (de pacientes y familiares de éstos), es el primer contacto con la terapia grupal justo después de la abstinencia, donde se trabajan los siguientes aspectos clave: deshabitación, adquirir consciencia de adicción, estabilización y consolidación de

la abstinencia. Los grupos de alcoholismo de segundo nivel van dirigidos a las personas que han realizado con éxito el tratamiento grupal de primer nivel y el tema a tratar a las sesiones ya no es el alcohol en sí, sino realizar un trabajo introspectivo (es un grupo de pacientes solamente, sin familiares) y los aspectos clave son mejorar la calidad de vida en los aspectos personal social y laboral, así como reconstruir las relaciones familiares que fueron deterioradas por el consumo, y aprender a gestionar conflictos de la vida diaria sin el alcohol, así como prevenir recaídas y analizar la función que cumple el consumo en uno mismo.

## Método

Nos encontramos ante un estudio casi-experimental transversal con un diseño factorial entre sujetos realizado durante marzo del 2015. En el estudio se evalúa una muestra no probabilística intencional de pacientes con criterios de dependencia al consumo de alcohol, usuarios del Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) de Granollers, y de una muestra no probabilística intencional de población no dependiente al consumo de alcohol (N=73). El proyecto fue aprobado el 20 de mayo de 2015 por el Comité Ético de Investigación Clínica de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.

El primer grupo estaba formado por 32 sujetos (23 hombres y 9 mujeres) que realizaban el primer nivel de la terapia grupal de alcoholismo. El periodo de abstinencia de los sujetos se encontraba entre 1 y 26 meses y el periodo de vinculación al tratamiento grupal estaba entre 1 mes y 36 meses. El segundo grupo (n=21), tenía un diagnóstico de trastorno por uso de alcohol y seguían

el tratamiento psicoterapéutico grupal de segundo nivel. El grupo estaba compuesto por 16 hombres y 5 mujeres, el tiempo de abstinencia oscilaba entre los 22 y los 52 meses y el tiempo de tratamiento estaba entre 18 y 72 meses. El tercer grupo (n=20) era población sin adicción al alcohol, estaba compuesto por 10 hombres y 10 mujeres.

Los criterios de inclusión por los tres grupos era haber firmado el consentimiento informado sobre el uso de los datos para este estudio y tener entre 35 y 70 años. Los criterios específicos por los grupos que realizaban terapia grupal eran: Tener un diagnóstico de dependencia al alcohol, estar en abstinencia, realizar el tratamiento grupal en el CAS de Granollers y haber respondido el cuestionario sociodemográfico y la Escala autoaplicada de Asertividad de Rathus (1973)<sup>4</sup>. Los criterios de inclusión específicos por el grupo de población no alcohólica era no tener un diagnóstico de trastorno por uso de alcohol ni indicios de adicción al alcohol.

## Variables

La variable dependiente fue el grado de asertividad que se obtuvo de cada sujeto a través de la Escala de Asertividad de Rathus<sup>5</sup>. Este instrumento está compuesto por 30 ítems que se valoran con una escalera tipo Likert de 6 puntos, según si la persona está de acuerdo o no con el enunciado. Las opciones de respuesta son las siguientes: muy en contra (-3 puntos), bastante en contra (-2), un poco en contra (-1), un poco de acuerdo (+1), bastante de acuerdo (+2) y muy de acuerdo (+3). Para obtener la puntuación final se invierten los signos de distintos ítems y se hace un sumatorio general que nos da el nivel de asertividad. Esta puntuación final oscila entre el -90 y el +90, cuanto más elevado sea este número (y, por tanto, más cerca del

+90 se encuentre), mayor es la comunicación asertiva de este sujeto o del grupo. El tiempo de administración es de 10 minutos y es específico para valorar si un individuo, o un grupo, ha cambiado su nivel de asertividad al realizar un entrenamiento en asertividad. La fiabilidad de la escala está en 0,78, la consistencia interna del instrumento valorando las puntuaciones pares e impares es de 0,77, siendo  $p \leq 0,01$  e indicando una homogeneidad moderada-alta. La correlación entre las puntuaciones de 47 sujetos y las puntuaciones que les otorgaban dos evaluadores independientes tenía una correlación de 0,70, mostrando una validez alta<sup>3,4,5</sup>. La principal variable independiente era tener o no un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol y, en el caso de tenerlo, asistir a tratamiento grupal de primer nivel o de segundo nivel. Otras variables que se controlaron fueron el sexo, la edad, el tiempo de abstinencia y de tratamiento, haber realizado o no un tratamiento paralelo o un entrenamiento en asertividad. Estas variables se obtuvieron a partir del cuestionario sociodemográfico.

## Análisis de datos

Primero se describió la muestra en función de las características de los tres grupos: sexo, edad, media de tiempo de tratamiento y media de tiempo de abstinencia. A continuación, se compararon las medias de las respuestas a las diferentes preguntas del cuestionario de asertividad en función del grupo al que pertenecían los sujetos y se analizó si había diferencias significativas. Después, con la prueba t-student, se valoró si había diferencias en el nivel de asertividad según diferentes variables independientes: el sexo, haber realizado o no un tratamiento paralelo o haber hecho, o no, un entrenamiento en asertividad externo en el centro. Finalmente, se analizó si había diferencias entre las medias del nivel de asertividad general de los tres grupos a partir de la prueba por el análisis de la varianza (ANOVA) para identificar si las personas con adicción al alcohol en tratamiento tenían una media general diferente a la de la población sin adicción.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

		Primer nivel				Segundo nivel				Población No alcohólica			
		n	%	$\bar{x}$	$S_x$	n	%	$\bar{x}$	$S_x$	n	%	$\bar{x}$	$S_x$
Sexo	Hombre	23	,72			16	,76			10	,50		
	Mujer	9	,28			5	,24			10	,50		
Sexo				48	8			54	7			50	7
Sexo				13	9			34	12				
Sexo				11	8			34	8				

Tabla 2. Ítems del test de Rathus que han mostrado diferencias significativas entre los grupos.

	Primer nivel		Segundo nivel		Población No alcohólica		p-valor
	x	S <sub>x</sub>	x	S <sub>x</sub>	x	S <sub>x</sub>	
1. Mucha gente parece ser más agresiva que yo	2,5	1,6	4,1	1,9	3,0	1,4	,003*
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.	3,7	1,8	4,6	1,6	4,0	1,4	,213
3. Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo con el camarero/a.	3,4	1,7	4,0	1,7	2,7	1,5	,039*
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	2,4	1,4	4,0	2,0	3,3	1,2	,001*
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".	3,2	1,8	3,4	1,9	3,4	1,5	,828
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	2,3	1,4	3,6	2,1	1,9	1,3	,001*
7. Hay veces en que provocho abiertamente una discusión.	4,1	1,7	4,0	2,1	3,4	1,5	,320
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	2,4	1,2	3,5	2,1	3,0	1,5	,058
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	3,7	1,7	3,3	1,8	4,1	1,4	,359
10. Disfruto entablado conversación con conocidos y extraños.	2,5	1,4	3,2	1,8	2,8	1,3	,310
11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	3,8	1,9	3,1	1,9	4,1	1,4	,193
12. Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.	4,3	1,8	3,1	2,0	4,5	1,2	,025*
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	5,0	1,5	3,5	2,2	4,2	1,5	,019*
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	4,0	1,7	3,4	2,0	4,5	1,1	,178
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	3,3	1,6	4,0	1,9	3,9	1,3	,196

	Primer nivel		Segundo nivel		Población No alcohólica		p-valor
	x	S <sub>x</sub>	x	S <sub>x</sub>	x	S <sub>x</sub>	
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	4,2	1,8	4,3	1,5	4,1	1,2	,920
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	4,5	1,9	4,1	1,7	4,0	1,5	,554
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	2,7	1,5	3,0	2,0	3,5	1,6	,297
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	2,5	1,7	3,9	2,0	2,6	0,9	,010*
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	3,4	1,6	3,3	1,7	3,4	1,2	,989
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	2,2	1,6	3,4	2,2	2,1	1,0	,017*
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	2,5	1,6	3,6	2,1	2,2	1,2	,011*
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	3,2	1,6	3,8	1,7	3,4	1,3	,307
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	2,3	1,2	4,0	1,9	3,2	1,1	,001*
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.	4,0	1,8	3,7	1,8	4,2	1,2	,594
26. Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.	2,9	1,7	3,6	1,7	3,4	1,5	,291
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	3,0	1,6	3,6	2,2	2,9	1,5	,352
28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.	2,4	1,3	3,2	2,0	2,6	1,5	,247
29. Expreso mis opiniones con facilidad.	2,0	1,1	3,4	2,1	2,3	0,9	,001*
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	3,8	1,9	4,0	1,7	3,9	1,1	,916

\*p&lt;0,05

Tabla 3. Comparación entre el nivel de asertividad y las variables sexo, tratamientos paralelos y entrenamientos en asertividad.

	N	$\bar{x}$	$S_x$	Z	p-valor
Tratamientos paralelos	10	-1,30	-1,30	6,653	,682
Solo el tratamiento del CAS	43	10,60	10,60	2,869	
Entrenamiento en asertividad	9	5,00	24,744	8,248	,654
Solo el tratamiento del CAS	44	9,05	18,666	2,814	
Hombres	49	9,02	20,416	2,917	,842
Mujeres	24	12,83	21,404	4,369	

Tabla 4. Comparación entre los niveles de asertividad general de los grupos de primer nivel, segundo nivel y población no alcohólica.

	N	$\bar{x}$	$S_x$	Z	IC 95%		p-valor
					Min.	Max.	
Primer nivel	32	9,75	21,464	3,794	2,01	17,49	,368
Segundo nivel	21	6,24	16,679	3,640	-1,35	13,83	
Población No alcohólica	20	15,35	23,018	5,147	4,58	26,12	
<b>Total</b>	73	10,27	20,676	2,420	5,45	15,10	



## Resultados

En la tabla 1 se pueden ver las características de la muestra diferenciando si las personas formaban parte del grupo de primer nivel, de segundo nivel o de población general. En el grupo de primer nivel, el 72% de la muestra eran hombres y el 28% eran mujeres, la edad mediana era de 48 años. La media de tiempo de tratamiento era de 13 meses y la media de tiempo de abstinencia era de 11 meses. En el grupo de segundo nivel, había un 76% de hombres y un 24% de mujeres y una media de edad de 54 años. Tanto la media del tiempo de tratamiento como la del tiempo de abstinencia se encontraba en los 34 meses. Finalmente, el grupo de población no alcohólica eran un 50% hombres y un 50% mujeres y la media de edad era de 50 años.

En la tabla 2 se observan diferencias significativas en las respuestas de ciertos ítems según el grupo al que pertenecían los sujetos. Se identificó que el grupo de segundo nivel había respondido a 11 ítems de forma significativamente distinta a los otros dos grupos. Los ítems con diferencias más destacables fueron:

Ítem 4 “Me esfuerzo al evitar ofender los sentimientos de las otras personas, incluso cuando me han molestado”, este ítem presentaba una diferencia de medias significativa entre el grupo de primer nivel ( $\bar{x}=2,4$ ) y de segundo nivel ( $\bar{x}=4$ ).

La respuesta al ítem 6: “Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber el porqué”, presentaba una diferencia significativa entre el grupo de segundo nivel ( $\bar{x}=3,6$ ) y población no alcohólica ( $\bar{x}=1,9$ ).

También había una diferencia significativa evidente entre el grupo de primer nivel ( $\bar{x}=2,3$ ) y el de segundo nivel ( $\bar{x}=4$ ) a la respuesta del ítem 24: “Acostumbro a reprimir mis emociones antes de hacer una escena”.

Finalmente, a las respuestas del ítem 29: “Expreso mis opiniones con facilidad” había diferencias significativas entre el grupo de primer nivel ( $\bar{x}=2$ ) y el de segundo nivel ( $\bar{x}=3,4$ ).

No se identificaron diferencias significativas en el nivel de asertividad respecto a haber realizado o no un tratamiento paralelo en drogodependencias ( $\bar{x}=\text{tr. paralelo}=-1,3$ ;  $\bar{x}$  no tr. Paralelo= 10,6; p- valor= 0,682) o un entrenamiento en asertividad aparte de la terapia grupal ( $\bar{x}$  entrenamiento= 5;  $\bar{x}$  no entrenamiento= 9,5; p- valor= 0,654). Tampoco se observaron diferencias significativas respecto al sexo y el nivel de asertividad ( $\bar{x}$  hombres = 9,02 ;  $\bar{x}$  mujeres = 12,83; p- valor= 8,42) (tabla 3).

La media del grupo de primer nivel era de 9,75 (IC95%: 2,01 – 17,49), la media de asertividad del grupo de segundo nivel era de 6,24 (IC95%: -1,35 – 13,83) y la media del grupo no alcohólico era de 15,35 (IC95%: 4,58 – 26,12). No se encontraron diferencias significativas entre las medias de asertividad de los tres grupos (p- valor = 0,368). Aun así, la estimación puntual mostraba que la población no alcohólica era la que tenía un grado de asertividad más alto, seguida del grupo de primer nivel y, por último, el de segundo nivel (tabla 4).

## Discusión

### Asertividad y dependencia al consumo de alcohol

A partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que no hay una diferencia significativa entre la asertividad de los grupos el tratamiento grupal por adicción al alcohol y población no alcohólica. Este resultado se puede deber a que los sujetos, en el momento de participar en el estudio, ya se encontraban en abstinencia y en tratamiento. Es posible que las diferencias significativas sean más evidentes cuando el consumo es activo<sup>9,10</sup>.

Otra posible explicación del porqué la diferencia no es significativa podría ser porque la comparativa se ha realizado con una muestra reducida entre los tres grupos (n: 32, 21 y 20).

Ser asertivo puede ser un factor de protección<sup>14</sup>, ya que la población sin trastorno por consumo de alcohol ha obtenido una media más elevada en asertividad. Al ser un factor protector, diferentes autores han afirmado la necesidad de introducir el entrenamiento en asertividad en los planes de tratamiento y prevención<sup>2,11,12,13,7</sup>.

Este resultado añade nueva información a resultados de otros estudios en los que se había identificado que la población con diagnósticos relacionados al abuso de sustancias y, en consumo activo, tienen un nivel de asertividad significativamente más bajo que la población no drogodependiente<sup>6,7,8,9</sup>.

### Asertividad y tratamiento

Otro resultado a destacar es que tampoco hemos identificado diferencias significativas en la media de asertividad entre los sujetos

que realizaban terapia grupal de primer nivel y los de segundo nivel. Sin embargo, los resultados muestran que el grupo con el nivel de asertividad más bajo -aunque no significativo respecto a los otros dos- es el grupo de segundo nivel y no el de primer nivel como esperábamos.

Este resultado podría deberse a que el grupo de segundo nivel, - en que los pacientes tienen una media de edad más elevada que en el grupo de primer nivel-, sean susceptibles de presentar algún posible deterioro cognitivo. La probabilidad de que existiera un posible deterioro cognitivo en edades más avanzadas podría influir en los resultados. Esta variable sería importante poder valorarla en futuras investigaciones. Sabia y cols.<sup>20</sup> identifican en estudios que personas con dependencia al alcohol experimentan, con la edad, un deterioro cognitivo más rápido que la población no alcohólica.

Aunque no hay diferencias significativas en las puntuaciones totales, el grupo de segundo nivel presenta diferencias significativas en las respuestas de 11 ítems, de la Escala de Rathus, en comparación con los grupos de primer nivel y población no alcohólica. Los ítems en los que hay diferencias no concuerdan con subescalas del test<sup>4</sup>, así que creemos que puede deberse a características aisladas de la muestra del grupo de segundo nivel y este resultado debería concretarse en futuros estudios, con muestras más grandes.

### Asertividad y otras variables

Por otro lado, el estudio también ha controlado otras variables, que no fueran las esperadas, pudiesen distorsionar los resultados globales del nivel de asertividad. Los resultados obtenidos muestran que la variable sexo no ha influido en los resultados, ya que

no hay diferencias significativas en las medias globales de asertividad entre hombres y mujeres. Respecto al género es interesante destacar que en la muestra hay más hombres que mujeres en la población alcohólica. Esta diferencia se puede deber a que hay más prevalencia de este trastorno en población masculina y a que el alcoholismo femenino todavía está estigmatizado y además, tal y como identifica Moya, pocas mujeres con dependencia al alcohol aceptan asistir a tratamiento grupal por evitar la crítica social<sup>21</sup>. También se ha identificado que el haber realizado otros tratamientos paralelos o entrenamientos en asertividad tampoco produce diferencias significativas en la comparación de medias del nivel de asertividad y, por tanto, son variables que no distorsionan las variables dependientes del estudio.

### Limitaciones y fortalezas

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deberían tenerse en cuenta al interpretar los resultados. Por un lado, la muestra era limitada y esto hace que las estimaciones puntuales obtenidas sean poco precisas y que posiblemente con una muestra más grande las diferencias encontradas hubieran podido ser estadísticamente significativas. Por otro lado, los grupos terapéuticos siguen el mismo tratamiento en el mismo CAS. Esta característica puede ser una limitación porque sólo se pudo valorar un tipo de terapia grupal y podría haber sido interesante añadir también otros tratamientos y terapias grupales de otros centros. Sin embargo, el hecho de que sean de un único CAS también puede ser visto como una fortaleza ya que se consiguió una muestra más homogénea con características de tratamiento similares. Por último, una fortaleza importante del estudio es que se utilizó un instrumento de medida

que presenta buenas evidencias de fiabilidad y validez. Para futuros estudios, aparte de administrar la Escala de Rathus también se podrían realizar entrevistas individuales que aporten datos cualitativos para valorar la asertividad.

### Conclusiones

El presente estudio muestra que, aunque la población en tratamiento por adicción al alcohol sí tiene un nivel de asertividad más bajo, no hay diferencias significativas en el grado de asertividad entre la población en tratamiento grupal por adicción al alcohol y la población general. También identifica que es necesario continuar investigando la asertividad en la población y, en concreto en el campo de las drogodependencias, porque aunque es un constructo necesario en los planes de prevención y tratamiento, aún es un gran desconocido.

## Referencias bibliográficas

1. Castanyer O. La asertividad: Expresión de una sana autoestima (33.a ed.). Bilbao: Descalée de Brouwer; 2000.
2. Cardozo G, Dubini P, Ardiles R, Tuja B, Fantino I, Lucero M & Pozzi S. Asertividad y prevención del consumo de sustancias y violencia en la adolescencia. Memorias de las XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología UBA y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Merco Sur. La investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza 2007; 2:231-233.
3. Carrasco I, Clemente M & Llavona L. Análisis del inventario de aserción de Gambrell y Richey. Estudios de psicología 1989;10 (37):63-74.
4. Madrigal ML. (2014). Revisión de la escala de asertividad de Rathus adaptada por León y Vargas (2009). Revista Reflexiones, 93(1). Recuperado a partir de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/13751>.
5. Rathus SA. A 30-item schedule for assessing assertive behavior. Behavior Therapy. 1973; 4(3): 398-406. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0).
6. Torrecillas FL, Martín I, De La Fuente EI, & Godoy JF. Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. Psicothema 2000; 12(Suplemento):331-334.

## Agradecimientos

Este trabajo es el resultado de una investigación realizada para el trabajo final del Máster General Sanitario (UAB) del curso 2015-2016. Y no se debería finalizar el estudio sin agradecer a esas personas que lo han hecho posible.

Gracias a Lidia Ugas para dar soporte al estudio desde el inicio hasta el final. Gracias a Albert Espelt por el seguimiento y el aprendizaje continuo. Gracias al Comité Ético de Investigación de las Hermanas Hospitalarias, para permitir realizar el estudio.

Y, por supuesto, muchas gracias a los 73 participantes del estudio, sin su tiempo esta investigación no habría sido posible.

## Conflicto de intereses

Las autoras manifiestan no tener conflictos de intereses relacionados con el estudio que puedan influenciar sus resultados.

7. Torrecillas FL, Rivas MJM, Peralta I & Godoy JF. Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol* 2003; 15(2):127-136.
8. Van Hasselt VB, Null JA, Kempton T & Bukstein OG. Social skills and depression in adolescent substance abusers. *Addictive Behaviors* 1993; 18(1):9-18.
9. Wills TA, Baker E & Botvin GJ. Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57(4):473.
10. Grijalva HMN & Peña GD. Niveles de asertividad: heteroasertividad y autoasertividad en un grupo de consumidores de pasta básica de cocaína (PBC) de las comunidades terapéuticas de la ciudad de Trujillo. *Revista de psicología* 2015; 4(1): 3-11.
11. Esparza Almanza SE & Pillon SC. Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación media. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004; 12:324-332.
12. Lorca MM & Sanz CA. Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas. ¿Existe relación? *Adicciones* 2003; 15(2):145-158.
13. Suelves JM & Sánchez-Turet M. Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología* 2001; 17(1):15-22.
14. Alvarez-Aguirre A, Alonso-Castillo MM & Zanetti ACG. Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2014; 22(6): 1056-1062. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3570.2516>
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association; 2013.
16. Glenn O, GMD. Trastornos relacionados con sustancias. En *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona: Ars Media 2007; 1: 187-310.
17. Guardia J, Jiménez-Arriero MM, Pascual P, Flórez G & Contel M. *Guías clínicas sociodrogalcohol basadas en la evidencia científica: alcohol (3.a ed.)*. Valencia; 2009.
18. Ascensión Bellver. (s. f.). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1).
19. Díaz R & Clara M. Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universitas Psychologica* 2006; 5(2):259-274.
20. Sabia S, Elbaz A, Britton A, Bell S, Dugravot A, Shipley M, Singh-Manoux A. Alcohol consumption and cognitive decline in early old age. *Neurology* 2014; 82(4):332-339. <http://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000063>
21. Moya JG. *El alcoholismo femenino: Una perspectiva sociológica (Edición: 1)*. Barcelona: Editorial Octaedro, S.L; 2005.