

LA ASERTIVIDAD Y LA SALUD DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Gloria M^a Roldán¹, Isabel C. Salazar^{1,2} y Laura Garrido^{1,2}

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves; ²Centro de Psicología Clínica FUNVECA, Granada (España)

Resumen

Actualmente, las pruebas empíricas relativas al comportamiento asertivo de los familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave (TMG) y a los efectos relacionados con su déficit son escasas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la asertividad de 140 familiares cuidadores de 94 pacientes con TMG y la relación entre asertividad y salud física y psicológica. Se utilizó el "Inventario de aserción" (Gambrell y Richey, 1975), el "Inventario de ansiedad, de Beck", el "Inventario de depresión, de Beck-II", la "Escala de estrés percibido" y el "Cuestionario de salud SF-36". El 77,1% de los familiares se comportaba de forma asertiva y no hubo diferencias significativas según las variables sociodemográficas. La asertividad estaba relacionada con la ansiedad, la depresión, el estrés percibido y la valoración global del estado de salud, así como con seis (de los ocho) aspectos evaluados por el SF-36. La falta de asertividad era un factor de riesgo para todas estas variables. Estos hallazgos apoyan la importancia de incluir el entrenamiento asertivo en el tratamiento de los familiares de pacientes con TMG.

PALABRAS CLAVE: *asertividad, depresión, ansiedad, estrés percibido, estado de salud, familiares cuidadores.*

Abstract

At present, empirical evidence is scarce related to assertive behavior of family caregivers of patients with severe mental illness (SMI) and to the effects related to their deficits. The aim of this study was to examine the assertiveness of 140 family caregivers of 94 patients with SMI, and to examine the relationship between assertiveness and physical and psychological health. The Assertion Inventory (Gambrell and Richey, 1975), the Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory-II, the Perceived Stress Scale, and the Health Questionnaire SF-36 were used. 77.1% of the participants were assertive and there were no

Este trabajo fue posible gracias a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (proyecto SAS111215). Las autoras expresan su especial agradecimiento a todos los familiares que dedicaron un valioso tiempo para participar en la investigación y a los profesionales sanitarios que ayudaron en el contacto con los familiares.

Correspondencia: Gloria Roldán Maldonado, Hospital de Día de Salud Mental "Licinio de la Fuente" del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, c/ Doctor Azpitarte, 4, 4ª planta, 18012 Granada (España). E-mail: gloriapsicologica@yahoo.es

significant differences in base to socio-demographic variables. Assertiveness was related to anxiety, depression, stress, and general wellbeing as well as six (out of eight) areas assessed by the SF -36. The lack of assertiveness was a risk factor for all these variables. These findings support the importance of including assertiveness training in the treatment of the families of patients with SMI by staff at mental health units.

KEY WORDS: *assertiveness, depression, anxiety, stress perceived, wellbeing, family caregivers.*

Introducción

Los trastornos mentales graves (TMG) son problemas clínicos persistentes a lo largo de la vida o que, siendo transitorios o episódicos, ocasionan importantes grados de discapacidad y de dependencia que afectan al individuo y a su entorno familiar y social, debido al alto nivel de perturbación cognitiva, emocional y conductual que los caracteriza. Entre los TMG se incluyen la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos bipolares y los trastornos de la personalidad (sobretudo, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad). Estas enfermedades, concretamente, la esquizofrenia y el trastorno bipolar, forman parte de los trastornos mentales que generan una mayor carga por enfermedad (medida en años perdidos debido a la discapacidad) en países con ingresos bajos y medios como España (*World Health Organization, 2008*).

El modelo actual de atención a la Salud Mental Comunitaria ofrece alternativas de tratamientos biopsicosociales que no requieren un ingreso total ni el aislamiento del paciente con TMG. Desde la reforma psiquiátrica, con el cierre de los manicomios y el desarrollo de una red compleja de servicios alternativos, es frecuente que los pacientes diagnosticados con un TMG vivan en sus domicilios y convivan con los familiares. Esto implica, en general, una sobrecarga para la familia, que se ha de responsabilizar del cuidado y ayuda del enfermo. Estos cuidados suelen recaer en alguno de los miembros, particularmente en las mujeres (debido a los roles de género), ya sea la madre, la pareja, una hermana o una hija (Crespo y López, 2007; Wancata *et al.*, 2008). Cuidar es una labor gratificante o satisfactoria para algunas personas (p. ej., Greenberg, Greenley y Benedict, 1994; Greenberg, Seltzer y Judge, 2000; Marsh *et al.*, 1996). Sin embargo, es también una labor muy exigente y con costes, a veces muy altos, para el cuidador. A nivel psicológico, por ejemplo, se observa que los familiares que conviven con el paciente presentan altos niveles de "malestar psicológico", es decir, que experimentan una amplia variedad de sentimientos y emociones abrumadores (p. ej., apatía, dolor, ira, angustia, pena, desesperanza, culpa) (Madianos *et al.*, 2004; Magaña *et al.*, 2007), así como trastornos del estado de ánimo (mayoritariamente depresivos) y de ansiedad (Goldstein, Miklowitz y Richards, 2002; Rascón, Caraveo y Valencia, 2010; Steele *et al.*, 2010). A este respecto, nuestro grupo de investigación encontró datos relevantes entre los familiares de los pacientes con TMG que son atendidos en las distintas unidades de salud mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada. Cerca de la mitad (49,3%)

presentaba sintomatología clínica de depresión (el 14,3% en un nivel leve, el 16,4% en un nivel moderado y el 18,6% en un nivel grave) y de ansiedad (el 20,7% en un nivel leve-moderado, el 16,4% en un nivel moderado-grave y el 12,1% en un nivel grave), el 17,3% informaba de niveles importantes de estrés percibido y el 57,9% de un nivel bajo o medio en su estado de salud percibido de forma global (Roldán, Salazar y Garrido, 2014).

Teniendo en cuenta que estas familias forman parte de la población general española, merece la pena considerar los últimos datos oficiales del país sobre la prevalencia de estos trastornos psicológicos. Según Haro *et al.* (2008), los trastornos depresivos y de ansiedad ocupan el primer y el segundo lugar de prevalencia en los últimos 12 meses (6,2% y 4,4%), respectivamente. A nivel mundial, las cifras muestran una gran variabilidad, pero continúan siendo los trastornos más comunes entre la población general (Kessler y Üstün, 2008). La prevalencia, en los últimos 12 meses, para los trastornos de ansiedad oscila entre el 2,9% y el 18,1%, en China y EE.UU, respectivamente (Huang *et al.*, 2008; Kessler *et al.*, 2008) y para los trastornos depresivos las cifras están entre el 1,1% y el 9,5% de Nigeria y EE.UU., respectivamente (Gureje *et al.*, 2008; Kessler *et al.*, 2008). La media para todos los países es de 8,2% para los trastornos de ansiedad y de 5,2% para los trastornos depresivos. Podemos observar cómo las cifras aumentan significativamente cuando se compara a la población general (tanto española como mundial) con la muestra de familiares de pacientes con TMG; en España, concretamente pasamos de tasas de 6,2% y 4,4% (Haro *et al.*, 2008) a cerca del 50% de problemas depresivos y ansiosos (Roldán *et al.*, 2014). Estos datos nos ponen sobre aviso de que ser familiar y convivir con un paciente con TMG podría ser un factor de riesgo para la ocurrencia de estas problemáticas psicológicas.

En la actualidad, la mayoría de las intervenciones en las que participa la familia del paciente con TMG tienen como principal objetivo la rehabilitación y la prevención de las recaídas del paciente y están menos centradas en favorecer la salud psicológica y física de los demás miembros de la familia. Existen múltiples intervenciones psicosociales cuyo principal objetivo es dar información, recursos y apoyo a los familiares que conviven con un paciente diagnosticado con un TMG, con la idea de mejorar el ambiente familiar, reducir tensiones y, así, favorecer la evolución, la adherencia a los tratamientos y reducir las recaídas y/o hospitalizaciones. Desde los estudios de Vaughn y Leff (1981), se ha subrayado la importancia del trabajo con las familias para que conozcan la enfermedad y entiendan su alcance y repercusión en la vida cotidiana, unido al aprendizaje de solución de problemas y a cambios en su manera de comunicarse para contribuir a reducir el riesgo de recaídas del familiar afectado y favorecer su recuperación. Vallina y Lemos (2000) recogen los principales modelos de intervención que han ido gozando de mayor prestigio y pruebas, entre los que destacan el modelo de psicoeducación de Anderson (1983) y el modelo de intervención conductual de Fallon y Liberman (1983). Todos incluyen una parte de psicoeducación, solución de problemas y entrenamiento en habilidades de comunicación. Las relaciones interpersonales acontecidas en el medio familiar del paciente con TMG se

consideran muy importantes a la hora de valorar la evolución y progreso del enfermo.

Muchas de las intervenciones incluyen el entrenamiento asertivo como parte integral del tratamiento, pero, paradójicamente, no existen pruebas sobre su impacto en los familiares cuidadores, ni sobre la relación que puede existir entre la asertividad (o la falta de ella) y los problemas emocionales y físicos de esta población. Datos de este tipo sí se conocen en otras muestras de adultos. Por ejemplo, algunos trabajos han informado sobre la asociación inversa que hay entre la asertividad y la ansiedad en universitarios (p. ej., Bandeira, Quaglia, da Silva, Ferreira y de Souza, 2005; Gotlib, 1984; Larijani, Aghajani, Baheiraei y Neiestanak, 2010), en pacientes con trastornos de ansiedad (p. ej., Reiter, Otto, Pollack y Rosenbaum, 1991), entre la asertividad y la ansiedad social en universitarios (p. ej., Caballo, Olivares, López-Gollonet, Iruiria y Rosa, 2003; Caballo, Salazar, Iruiria, Olivares y Olivares, 2014; Lefevre y West, 1981), entre la asertividad y la depresión en personas mayores (p. ej., Hersen, Kabacoff, Van Hasselt y Null, 1995; Segal, 2005), en enfermeras (p. ej., Skinner y Scott, 1993), en mujeres diagnosticadas con depresión (p. ej., Barbaree y Davis, 1984; Hayman y Cope, 1980), en hombres con problemas de alcoholismo (p. ej., Pachman y Foy, 1978) y, en universitarios con problemas depresivos (p. ej., Culkin y Perrotto, 1985; Gotlib, 1984; Langone, 1979; Lea y Paquin, 1981; Lefevre y West, 1981; Wierzbicki, 1984). Así mismo hay estudios sobre la asertividad y los problemas de salud (p. ej., Williams y Stout, 1985).

En lo que respecta a los efectos positivos del entrenamiento asertivo en la ansiedad, la depresión y en la salud también encontramos estudios con muestras de estudiantes universitarios (p. ej., Bayrami, 2011), en pacientes con trastornos psiquiátricos (depresión, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad) (p. ej., Al-Kubaisy y Jassim, 2003; Entradas, Ferreiro, Folk y Marín, 1992; Hayman y Cope, 1980; Hersen, Bellack y Himmelhoch, 1980; Lin *et al.*, 2008; Sanchez, 1980; Wells, Hersen, Bellack y Himmelhoch, 1979), en personas con síntomas depresivos y ansiosos (p. ej., Granger, Azais, Albercque y Debray, 1995; Robles-García, Flores, Jurado y Páez, 2002) o con alteraciones emocionales (p. ej., Douglas, 1980).

La asertividad se ha considerado un aspecto psicológico protector. La literatura defiende que las personas que son asertivas tienen menos probabilidad de presentar trastornos adaptativos y trastornos ansioso-depresivos. Aunque se suele apuntar la importancia de las habilidades sociales y las redes de apoyo como factores protectores de la salud mental, no hemos encontrado ningún estudio previo que lo estudiase en familiares de pacientes con TMG ni que lo relacionara con sus problemas emocionales. La asertividad es una habilidad social que consiste en expresar, de manera apropiada, nuestros pensamientos, opiniones, sentimientos, deseos, necesidades e intereses, haciendo respetar nuestros propios derechos, respetando los derechos de los demás (Caballo, 1997). Ser asertivo implica expresarse de manera clara y directa, sin ser agresivo u hostil con los demás y evitando que estos abusen de nuestros derechos. La asertividad es un punto intermedio entre la inhibición/pasividad y la agresividad, lo cual favorece la creación de un clima de respeto y de no agresión entre las personas, al tiempo que promueve las relaciones interpersonales positivas y ayuda a realizar un manejo más

adecuado de los conflictos interpersonales. La asertividad reúne distintos comportamientos como, por ejemplo, dar y obtener información, aclarar y pedir aclaraciones, disentir de forma explícita, pedir ayuda, dar y recibir retroalimentación, aceptar los propios errores sin sentirse culpable, tolerar las críticas, hacer críticas constructivas, decir "no" y aceptar un "no" por respuesta, hacer y rehusar peticiones, defender los derechos personales, poner límites, expresar afecto y admiración, empatizar con el dolor, la tristeza o cualquier otra emoción, etc.

La falta de asertividad está relacionada con consecuencias negativas (p. ej., Barbaree y Davis, 1984; Hayman y Cope, 1980; Williams y Stout, 1985) y en el contexto de las familias que tienen a uno de sus miembros con un TMG puede ocurrir, por ejemplo, que alguno de ellos termine sobrecargado (con estrés e incluso con problemas físicos, como dolores musculares, cefaleas, tensión arterial alta, etc.) al tener que ocuparse de todo lo que concierne al paciente si no sabe pedir ayuda a los demás miembros de la familia; que se vayan acumulando sentimientos negativos (ira, resentimiento) por no saber decir "no" a las exigencias de otros y renunciar a los propios deseos/intereses; que la relación con el paciente se vuelva más tensa por la forma en que se hacen las críticas; que aparezcan o aumenten el decaimiento, la tristeza, la angustia (o el nerviosismo) al no saber expresar su preocupación al paciente cuando éste se comporta de tal forma que afecta su recuperación (p. ej., ha vuelto a consumir cannabis tras una hospitalización por un episodio psicótico) o por no haber sido capaz de poner límites a un ataque verbal por parte de otro miembro de la familia, etc. Por el contrario, quien se comporta de manera asertiva parece tener más confianza en sí mismo, mantiene relaciones interpersonales más satisfactorias (Delamater y McNamara, 1986) y presenta menos problemas de salud mental (Trower, Bryant y Argyle, 1978) y física (Williams y Stout, 1985).

En resumen, a pesar de que el entrenamiento asertivo para los familiares de pacientes con TMG forma parte del tratamiento de estos pacientes, nos encontramos con que no hay pruebas sobre los efectos que puede tener en los problemas emocionales (ansiedad, depresión, estrés) y físicos de los familiares. No se ha establecido tampoco si existe una relación entre la asertividad y los problemas psicológicos y físicos a los que nos hemos referido. Estas fueron las razones fundamentales por las cuales nos propusimos para este trabajo, por una parte, describir los niveles de asertividad de los familiares cuidadores de pacientes con TMG y, por la otra, analizar la influencia de la asertividad en la presencia de problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad, el estrés percibido y el estado de salud percibido de este grupo de personas.

Método

Participantes

Participaron 140 cuidadores (139 familiares y un amigo) de 94 pacientes que tienen un diagnóstico de trastorno psicótico, trastorno de la personalidad o trastorno bipolar y que estaban siendo atendidos en las Unidades de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) de Granada (España). La

tabla 1 presenta información sociodemográfica de los cuidadores y la tabla 2 los datos clínicos de los pacientes.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los familiares cuidadores (N= 140)

Variables sociodemográficas	n	%
Sexo		
Hombre	42	30,0
Mujer	98	70,0
Edad (M= 54,76 años; DT= 12,11)		
18 a 25 años	5	3,6
26 a 33 años	4	2,9
34 a 50 años	28	20,0
51 a 65 años	80	57,1
66 años o más	22	15,7
Sin dato	1	0,7
Nivel de estudios		
Ninguno	12	8,6
Primaria	47	33,6
Secundaria o Formación profesional	52	37,1
Universitaria	27	19,2
Sin dato	2	1,4
Estado civil		
Soltero	13	9,3
Casado	97	69,3
Unión de hecho	2	1,4
Separado/Divorciado	13	9,3
Viudo	15	10,7
Situación laboral		
Ama de casa	35	25,0
Trabajo remunerado	53	37,9
En paro	21	15,0
Excedencia	1	0,7
Jubilación, discapacidad o invalidez	25	17,9
Estudiante	5	3,6
Ingresos familiares (salario mínimo interprofesional, SMI)		
Menos de un SMI (< 641€)	6	4,3
Un SMI (641€)	14	10,0
Entre uno y dos SMI (642€ - 1.282€)	55	39,3
Entre dos y tres SMI ((1.283€-1.924€))	28	20,0
Más de tres SMI (> 1.924€)	36	25,7
Sin dato	1	0,7
Vínculo consanguíneo/afectivo con el paciente		
Padre	28	20,0
Madre	68	48,6
Hermano	16	11,4
Hijo	3	2,1
Pareja	21	15,0

Tío	2	1,4
Abuelo	1	0,7
Amigo	1	0,7
Vive con el paciente		
Sí	128	91,4
No	12	8,6
Nº de cuidadores del paciente ($M= 1,86$ años; $DT= 0,96$)		
1	53	37,9
2	65	46,4
3	10	7,1
4	7	5,0
5	4	2,9
Sin dato	1	0,7

Tabla 2Diagnóstico de los pacientes y unidad de salud mental que les atiende ($N= 94$)

Variables	<i>n</i>	%
Diagnóstico principal del paciente, según la CIE-10		
Sin establecer (en el momento de la evaluación)	10	10,6
F20...F29 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	55	58,5
F30...F31 Trastornos bipolares	14	14,9
F60...F62 Trastornos de la personalidad	15	16,0
Unidad de Salud Mental que atiende al paciente con TMG		
Hospital de Día de Salud Mental	57	60,6
Unidad de Salud Mental Comunitaria	35	37,3
Unidad de Hospitalización de Salud Mental	2	2,1

Instrumentos

Para la evaluación de los familiares cuidadores se utilizó una batería de pruebas compuesta por un apartado de *datos sociodemográficos* (p. ej., sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, lugar de residencia, situación ocupacional, nivel de ingresos familiares, vínculo consanguíneo con el paciente, número de personas a cargo, número de miembros de la familia que atiende al paciente, diagnósticos de TMG que le hubiesen dado, tipo de ayuda terapéutica recibida debido a la enfermedad mental del paciente) y los siguientes cuestionarios:

- El "Inventario de aserción" (*Assertion Inventory*, AI; Gambrell y Richey, 1975). Este inventario está formado por 40 ítems en los que la persona ha de valorar el nivel de malestar/ansiedad que experimenta en las situaciones propuestas y la probabilidad de utilizar la conducta asertiva que se describe en dichas situaciones. En ambos casos se utiliza un formato de respuesta Likert de cinco puntos. Para evaluar el Malestar/ansiedad las opciones van de 1= "nada" hasta 5= "muchísimo" y para la Probabilidad de respuesta las opciones van desde 1= "siempre lo hago" hasta 5= "nunca lo hago". Esta última subescala es la que evalúa la conducta asertiva y, por lo tanto, es la que se utiliza en estudio. Una puntuación igual o superior a 105 indica problemas en la

realización de la conducta (falta de asertividad). Los niveles de fiabilidad para la subescala Probabilidad de respuesta fueron altos para esta muestra. El coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,92 y el nivel de consistencia interna (α de Cronbach) de 0,94.

- El "Inventario de ansiedad, de Beck" (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). El BAI consta de 21 ítems que miden el grado en que se experimentan los síntomas físicos relacionados con la ansiedad durante la última semana. Utiliza una escala Likert de cuatro puntos (0= en absoluto; 3= gravemente, casi no podía soportarlo). Los niveles de gravedad se clasifican así: de 0 a 9 puntos "normal o sin ansiedad clínica", de 10 a 18 puntos "nivel leve-moderado de ansiedad", de 19 a 29 puntos "nivel moderado-grave de ansiedad" y de 30 a 63 puntos "nivel grave de ansiedad". Los niveles de fiabilidad de este inventario fueron altos para esta muestra. El coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,87 y el nivel de consistencia interna (α de Cronbach) fue de 0,90.
- El "Inventario de depresión, de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Este inventario mide la magnitud de la depresión mediante 21 ítems de cuatro alternativas de respuesta que van ordenadas según la gravedad, de 0 a 3 puntos. La persona debe elegir aquella opción que mejor describa su situación durante las últimas dos semanas. La puntuación total se basa en la suma de los ítems y los niveles de gravedad se clasifican así: de 0 a 9 puntos "estado no depresivo", de 10 a 15 puntos "depresión leve", de 16 a 23 puntos "depresión moderada" y de 24 a 63 puntos "depresión grave". Los niveles de fiabilidad de este inventario fueron altos para esta muestra. El coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,85 y el nivel de consistencia interna (α de Cronbach) de 0,91.
- La "Escala de estrés percibido" (*Perceived Stress Scale*, PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Esta escala evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Tiene 14 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert (0= nunca; 4= muy a menudo). Las puntuaciones mayores indican un mayor nivel de estrés percibido. Para este estudio se ha utilizado la siguiente clasificación: de 0 a 18 puntos "nivel bajo de estrés", de 19 a 36 puntos "nivel medio de estrés" y de 37 a 56 puntos "nivel alto estrés". Los niveles de fiabilidad de este inventario fueron altos para esta muestra. El coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,87 y el nivel de consistencia interna (α de Cronbach) de 0,89.
- El "Cuestionario de salud SF-36" (*SF-36 Health Survey*, SF-36; Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993). El SF-36 permite conocer la valoración de los estados positivos y negativos de la salud por parte de la persona. Tiene 35 ítems con formato de respuesta tipo Likert distribuidos en ocho subescalas: Funcionamiento físico (10), Rol físico (4), Dolor corporal (2), Salud general (5), Vitalidad (4), Funcionamiento social (2), Rol emocional (3) y Salud mental (5) y el ítem 2 que evalúa el cambio del Estado de salud general con respecto al año anterior. Las puntuaciones varían según la subescala y, de forma general, las más altas indican una mejor valoración del aspecto de la salud a que se refiera.

Los niveles de fiabilidad de este inventario fueron de moderados a altos para esta muestra. El coeficiente de las dos mitades de Guttman fue de 0,66 para la puntuación total y de 0,89, 0,94, 0,79, 0,86, 0,79, 0,79, 0,65 y 0,86 para las subescalas, respectivamente. Los niveles de consistencia interna (α de Cronbach) obtenidos fueron de 0,95 para la puntuación total del SF-36 y de 0,91, 0,95, 0,79, 0,83, 0,90, 0,79, 0,83 y 0,88 para las subescalas correspondientes.

Procedimiento

Inicialmente nos dirigimos a los coordinadores y algunos profesionales de las distintas unidades de salud mental del HUVN con el fin de presentar el estudio y solicitar su ayuda para la obtención de la muestra. Una vez obtenido este apoyo, cuando los pacientes iban a una cita con alguno de los profesionales de la unidad de salud mental, éste les informaba a los familiares o personas de contacto del paciente sobre la investigación y se les preguntaba sobre su interés en participar (en el caso de que cumpliesen con los criterios de ser mayor de 18 años y cuidar o vivir con el paciente con TMG). Estos datos eran entregados a la psicóloga encargada de realizar las entrevistas para el proyecto y aplicar la batería de instrumentos, con el fin de que concertara la cita con los cuidadores. Al comienzo de la entrevista se informaba detalladamente sobre el estudio y quien aceptaba participar, de forma voluntaria, firmaba el consentimiento. La entrevista podía durar, según el nivel de afectación del entrevistado, entre una hora y una hora y cuarenta y cinco minutos. Los cuidadores fueron evaluados entre octubre de 2010 y agosto de 2012. Los datos fueron introducidos en una base de datos en Excel, cuyas casillas habían sido validadas para evitar errores durante su introducción.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos fueron realizados por medio del programa estadístico SPSS v. 18 (SPSS Inc., 2009). Para la fase descriptiva se utilizaron las categorías descritas en el apartado de Instrumentos. Para llevar a cabo los demás análisis estadísticos fue necesaria la dicotomización de las variables con base en las puntuaciones de los cuestionarios (véase el apartado de Instrumentos). Por ejemplo, la variable de asertividad se dicotomizó teniendo en cuenta que los asertivos tendrían puntuaciones inferiores a 105 en el AI y los no asertivos tendrían puntuaciones ≥ 105 ; en el caso de la depresión y la ansiedad se ubicó en la categoría de "si" a los familiares que tenían puntuaciones superiores a 9 en el BDI-II y el BAI, respectivamente, y en la categoría de "no" a los que tenían puntuaciones de 9 o menos en estos inventarios. Para las variables sociodemográficas la dicotomización se hizo de la siguiente manera: para la edad dividimos al grupo entre quienes tenían menos de 50 años, por un lado, y 50 años o más, por el otro; para el nivel de estudios se dividió a los que tenían estudios de primaria (o ninguno), por un lado, y secundaria (o superiores), por el otro; para el estado civil dividimos según si tenían o no pareja; y en cuanto a la situación laboral distribuimos a los familiares según si tenían o no trabajo remunerado.

Para probar si existía relación entre la asertividad y las demás variables evaluadas (depresión, ansiedad y percepción del estado de salud), así como con las variables sociodemográficas, y teniendo en cuenta la naturaleza de estas variables, se utilizó la prueba de chi cuadrado (χ^2) y la V de Cramer para calcular el tamaño de efecto. La V de Cramer se interpretaría de forma similar a la r de Pearson, es decir, que un valor de 0 sería un tamaño de efecto nulo y 1,0 un tamaño de efecto grande.

Una vez establecidas las relaciones entre la asertividad y las demás variables evaluadas, se llevó a cabo la regresión logística binaria para conocer la forma en que la asertividad predecía los problemas psicológicos y los aspectos de la salud percibida con los que tenía una relación significativa.

Resultados

Asertividad de los familiares cuidadores

La subescala de Probabilidad de respuesta del "Inventario de aserción" se utilizó para evaluar la probabilidad de comportarse de forma asertiva en las distintas situaciones sociales que plantea el instrumento. Tomando como referencia el punto de corte informado por Gambrell y Richey (1975) para esta subescala, se encontró que el 77,1% de los participantes se comportaba de manera asertiva y que el 22,9% no lo hacía.

Relación entre la asertividad y las variables sociodemográficas

Las pruebas de chi cuadrado indicaron que no existía una relación entre la asertividad y el sexo ($\chi^2= 0,494$; $p= 0,482$; $gl= 1$), la asertividad y la edad ($\chi^2= 1,280$; $p= 0,258$; $gl= 1$), la asertividad y el nivel de estudios ($\chi^2= 1,195$; $p= 0,274$; $gl= 1$); la asertividad y si tenían o no pareja ($\chi^2= 0,519$; $p= 0,471$; $gl= 1$) y la asertividad y si tenían o no trabajo remunerado ($\chi^2= 0,135$; $p= 0,713$; $gl= 1$).

Relación entre la asertividad y la ansiedad, la depresión y el estrés percibido

Utilizamos la prueba de chi cuadrado para calcular el nivel de asociación entre la asertividad (considerada en los análisis estadísticos la variable predictora –o independiente) y la ansiedad, la depresión y el estrés percibido (consideradas en los análisis estadísticos como variables criterio –o dependientes). En todos los casos, observamos que la asertividad se relacionó de forma significativa con estos tres aspectos psicológicos. Aquellos familiares que son asertivos no tienen problemas clínicos de ansiedad, depresión ni estrés percibido, en comparación con los familiares que no son asertivos.

En cuanto al tamaño del efecto, la V de Cramer hallada para todas las relaciones establecidas fue baja. Concretamente, para la relación entre la asertividad y la ansiedad, la V de Cramer fue de 0,314, indicando que aproximadamente el 9,9% de la variación en la frecuencia de la ansiedad podría

ser explicada por la asertividad. Para la relación entre la asertividad y la *depresión*, la V de Cramer fue de 0,246, que indica que cerca del 6,1% de la variación en la frecuencia de la depresión podría ser explicada por la asertividad. Y en cuanto a la asertividad y el *estrés* percibido, la V de Cramer fue de 0,190, indicando que el 3,6% de la variación en la frecuencia del estrés percibido podría ser explicada por la asertividad.

Relación entre la asertividad y el estado de salud percibido

Para analizar la relación entre la asertividad y *el estado de salud percibido* se usaron las ocho subescalas y la puntuación global del "Cuestionario de salud SF-36" una vez fueron dicotomizadas. Hay que recordar que las puntuaciones superiores en cada subescala indican una mejor valoración del aspecto de la salud al que hacen referencia y, por el contrario, las puntuaciones inferiores indican una peor valoración de dicho aspecto de la salud. La prueba de chi cuadrado indicó que la asertividad tenía relación con todos los aspectos del estado de salud percibido, excepto con funcionamiento físico y rol emocional. Asimismo, se relacionó con la valoración global de la salud (tabla 3). Aquellos familiares que son asertivos tienen una mejor valoración del rol físico, la vitalidad, la salud mental, el funcionamiento social, la salud general, el funcionamiento social del dolor corporal, así como del estado de salud global, en comparación con los familiares que no son asertivos.

Los tamaños de efecto hallados fueron bajos. Concretamente, en cuanto a la relación entre la asertividad y el *rol físico*, la V de Cramer fue de 0,333, lo que indica que el 11,1% de la variación en la frecuencia del rol físico podría ser explicada por la asertividad. En cuanto a la relación entre la asertividad y la *vitalidad*, la V de Cramer fue de 0,315, indicando que el 9,9% de la variación en la frecuencia de la vitalidad podría ser explicada por la asertividad. En la relación entre asertividad y *salud mental*, la V de Cramer fue de 0,306, indicando que el 9,4% de la variación en la frecuencia de la salud mental podría ser explicada por la asertividad. Respecto a la asociación entre la asertividad y la *salud general*, la V de Cramer fue de 0,236, lo que indica que el 5,6% de la variación en la frecuencia de la salud general podría ser explicada por la asertividad. En la relación entre la asertividad y el *funcionamiento social* la V de Cramer fue de 0,233, indicando que el 5,4% de la variación en la frecuencia del funcionamiento social podría ser explicada por la asertividad. La relación entre asertividad y *dolor corporal* tuvo una V de Cramer de 0,212, indicando que el 4,5% de la variación en la frecuencia del dolor corporal podría ser explicada por la asertividad. Y finalmente, la relación entre la asertividad y la *valoración global de la salud* (puntuación total del SF-36) obtuvo una V de Cramer de 0,327, indicando que el 10,7% de la variación en la frecuencia de la valoración global de la salud podría ser explicada por la asertividad.

Tabla 3

Análisis correlacionales (prueba de chi cuadrado) entre la asertividad, por un lado, y la ansiedad, la depresión, el estrés percibido y el estado de salud percibido, por el otro (N= 140)

Variable (instrumento)		Asertividad		χ^2	gl	p
		No	Si			
Ansiedad (BAI)	Si	25	44	13,803	1	0,000***
	No	7	64			
Depresión (BDI-II)	Si	23	46	8,469	1	0,004**
	No	9	62			
Estrés percibido (PSS)	Si	10	15	5,072	1	0,024*
	No	22	93			
Estado de salud (SF-36)						
Funcionamiento físico	Peor	6	22	0,041	1	0,840
	Mejor	26	86			
Rol físico	Peor	20	27	15,566	1	0,000***
	Mejor	12	81			
Dolor corporal	Peor	22	47	6,288	1	0,012*
	Mejor	10	61			
Salud general	Peor	28	66	7,792	1	0,005**
	Mejor	4	42			
Vitalidad	Peor	30	63	13,885	1	0,000***
	Mejor	2	45			
Funcionamiento social	Peor	20	38	7,590	1	0,006**
	Mejor	12	70			
Rol emocional	Peor	10	30	0,146	1	0,703
	Mejor	22	78			
Salud mental	Peor	29	60	13,110	1	0,000***
	Mejor	3	48			
Valoración global ^a	Peor	28	53	14,949	1	0,000***
	Mejor	4	55			

Notas: BAI= Inventario de ansiedad, de Beck; BDI-II= Inventario de depresión, de Beck-II; PSS= Escala de estrés percibido; SF-36= Cuestionario de salud SF-36. ^aSe corresponde con la puntuación total del SF-36. *** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

La asertividad como factor predictor de problemas psicológicos y el estado de salud percibido

La regresión logística se hizo con el objetivo de averiguar si, en este grupo de cuidadores de seres queridos con TMG, la (falta de) asertividad aumentaba su riesgo de sufrir síntomas clínicos de depresión, ansiedad o estrés percibido o tener una peor valoración en cada uno de los aspectos de la salud percibida con los que mostró una relación significativa.

Como se observa en la tabla 4, aquellos familiares cuidadores que no son asertivos tienen 5,2 veces más riesgo de sufrir *ansiedad* que aquellos que son

asertivos, 3,4 veces más riesgo de sufrir *depresión* y 2,8 veces más riesgo de sufrir *estrés percibido*.

En lo que respecta al estado de salud percibido, los familiares cuidadores que no son asertivos tienen 7,3 veces más riesgo de obtener una peor *valoración global de la salud percibida* y, específicamente, 10,7 veces más riesgo de tener peor *vitalidad*, 7,7 veces más riesgo de tener una peor *salud mental*, 4,6 veces más riesgo de tener una peor *salud general*, 5,0 veces más riesgo de tener un peor *rol físico*, 3,1 veces más riesgo de un peor *funcionamiento social* y 2,9 veces más riesgo de sufrir *dolor corporal* en comparación con aquellos familiares cuidadores que son asertivos (tabla 4).

Tabla 4

Regresión logística binaria entre la asertividad y la ansiedad, la depresión, el estrés percibido y el estado de salud percibido de los familiares cuidadores

Variable (Instrumento)	B	E.T.	Wald	gl	p-value	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
							Inf.	Sup
Ansiedad (BAI)	1,648	0,470	12,272	1	0,000***	5,195	2,066	13,059
Depresión (BDI-II)	1,237	0,439	7,948	1	0,005**	3,444	1,458	8,138
Estrés percibido (PSS)	1,036	0,472	4,817	1	0,028*	2,818	1,117	7,109
Estado de salud (SF-36)				1				
Rol físico	1,609	0,427	14,177	1	0,000***	5,000	2,163	11,556
Dolor corporal	1,049	0,428	6,011	1	0,014*	2,855	1,234	6,606
Salud general	1,494	0,570	6,874	1	0,009**	4,455	1,458	13,609
Vitalidad	2,372	0,756	9,843	1	0,002**	10,714	2,435	47,142
Funcionamiento social	1,122	0,417	7,234	1	0,007**	3,070	1,356	6,953
Salud mental	2,046	0,637	10,323	1	0,001***	7,733	2,221	26,933
Valoración global ^a	1,983	0,568	12,183	1	0,000***	7,264	2,386	22,119

Notas: En este análisis de regresión la (falta de) asertividad es la variable predictora (o "independiente") y todas las de la primera columna actuaron como variable criterio (o "dependiente"). BAI= Inventario de ansiedad, de Beck; BDI-II= Inventario de depresión, de Beck-II; PSS= Escala de estrés percibido; SF-36= Cuestionario de salud SF-36. ^aSe corresponde con la puntuación total del SF-36. *** $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

Discusión

En este trabajo hemos evaluado si las personas que actúan como cuidadores de sus seres queridos con un TMG se comportan de forma asertiva y si existe una relación entre la asertividad y problemas psicológicos, como la ansiedad, la depresión y el estrés percibido, así como con dificultades en el estado de salud percibido. La presencia de estos problemas psicológicos y de salud en los familiares fueron detectados en un trabajo previo (Roldán *et al.*, 2014) y vimos cómo, en lo que se refiere a la ansiedad y la depresión, las cifras han superado (y con un amplio margen) la prevalencia de estos trastornos en España (Haro *et al.*, 2008) y los distintos países en los que se han realizado las Encuestas de Salud Mental (Kessler y Üstün, 2008). En el estudio actual encontramos que hay una mayoría de familiares que son asertivos y dado que en investigaciones con otro tipo de

muestras de adultos (p. ej., Bandeira et al., 2005; Barbaree y Davis, 1984; Caballo et al., 2003; Caballo, Salazar, Iruña et al., 2014; Culkin y Perrotto, 1985; Gotlib, 1984; Hayman y Cope, 1980; Hersen et al., 1995; Langone, 1979; Larijani et al., 2010; Lea y Paquin, 1981; Lefevre y West, 1981; Pachman y Foy, 1978; Reiter et al., 1991; Segal, 2005; Skinner y Scott, 1993; Wierzbicki, 1984) se ha hallado una relación entre la asertividad y los problemas psicológicos que nos interesan, decidimos analizar la relación entre estos aspectos.

Al evaluar la asociación entre la asertividad (medida con la subescala de Probabilidad de respuesta del AI) y la presencia de sintomatología clínica de ansiedad, depresión y estrés percibido (medidas por el BAI, el BDI-II y el PSS), encontramos que había un mayor porcentaje de familiares que eran asertivos y no tenían ansiedad, depresión y estrés percibido (por separado) en comparación con los familiares que no eran asertivos. Los tamaños de efecto hallados nos permitieron establecer que hay una variación, aunque pequeña, en la frecuencia de estos problemas psicológicos que puede ser explicada por la asertividad.

También encontramos que la asertividad se relacionaba de forma inversa con seis de los ocho aspectos de la salud percibida (evaluada por el SF-36), así como con la valoración global de la salud (puntuación total) y que la (falta de) asertividad era un factor predictor de estas dificultades de salud. Concretamente, la asociación de la asertividad fue altamente significativa ($p \leq 0,001$) con rol físico, vitalidad y salud mental, seguida por salud general y funcionamiento social ($p \leq 0,01$) y, finalmente, por dolor corporal ($p \leq 0,05$). Los tamaños de efecto hallados, nuevamente nos permiten establecer que una pequeña variación en la frecuencia de estos aspectos del estado de salud percibido puede ser explicada por la asertividad.

Posteriormente, con los análisis de regresión pudimos averiguar que la falta de asertividad de los familiares cuidadores constituía un factor de riesgo para sufrir ansiedad, depresión y estrés percibido, así como una peor valoración de los seis aspectos del estado de salud y la salud global (puntuación total) con los que mostró relación. Aunque no podríamos atribuir únicamente a la falta de asertividad la presencia de sintomatología depresiva, de ansiedad, de estrés percibido o una peor valoración de los aspectos del estado de salud, queda claro que sí influye en estos problemas psicológicos y físicos percibidos por los familiares. La *ansiedad* es una reacción emocional de miedo ante la amenaza, caracterizada por la incertidumbre y las anticipaciones negativas, y el estrés es una respuesta intensa de tensión que aparece (y se mantiene) cuando la persona considera que las situaciones que enfrenta son muy demandantes o considera que no tiene los recursos necesarios (o suficientes) para manejar tales situaciones. Convivir con un paciente con TMG y lidiar con los síntomas de la enfermedad puede suponer un aumento de la incertidumbre, la tensión y el malestar así como la sensación de pérdida del control en el cuidador. Los comportamientos asertivos forman parte de los recursos personales para enfrentar las situaciones interpersonales cotidianas y pueden ser un punto clave en los momentos difíciles, estresantes o conflictivos. Si el cuidador no dispone en su repertorio conductual de comportamientos asertivos, puede tener otros con tendencia a la agresión (gritos, insultos, descalificaciones, hipercríticas, etc.) o, por el contrario, a la inhibición

(callar, dar la razón al otro en todo, ceder, etc.). En el primer caso, la comunicación de tipo agresivo tiene como objetivo imponerse al otro y tratar de conseguir sus objetivos (o defender sus derechos) no respetando los de la otra persona, realizando acciones que le hieren o le hacen daño. Se trata de intentos por tener el control a través de la fuerza. Las conductas agresivas pueden proporcionar una falsa sensación de control en el momento en el que se utilizan, porque ofrecen un refuerzo inmediato (al alcanzar el objetivo de imponerse a la otra persona); sin embargo, a medio y largo plazo, la relación interpersonal se deteriora, ocasionando, a su vez, la pérdida de refuerzos sociales y dificultando el acceso a otros refuerzos (no sociales) que dependen de la conducta interpersonal. Esta tasa inadecuada de refuerzos puede producir sintomatología clínica característica de la *depresión*. Además, con un estilo de comunicación agresivo, el clima familiar se enrarece y aumenta y facilita las descompensaciones psicopatológicas (y las hospitalizaciones) de los pacientes con esquizofrenia (p. ej., Brown, Monck, Carstairs y Wing, 1962; Vaughn y Leff, 1976). Este tipo de situaciones aumentan los niveles de incertidumbre entre los familiares y pueden exacerbar los síntomas de ansiedad y estrés.

Igualmente, sería perjudicial cuando en vez de los comportamientos agresivos se eligen los de carácter inhibido o pasivo. Con ellos, la persona renuncia a defender sus propios derechos, expresar sus opiniones, sus sentimientos y a ser claro en cuanto a lo que le gusta, le interesa, o le agrada. En las situaciones interpersonales conflictivas, si se adopta esta postura inhibida se pierde la posibilidad de pedir y dar información, de clarificar los puntos de vista, de pedir explicaciones (o darlas), de dar retroalimentación, de pedir ayuda (u ofrecerla) o, "fácilmente", se cede ante las exigencias del otro y se termina renunciando a los propios intereses, actividades o proyectos, con lo que se produce, en definitiva y nuevamente, una pérdida de refuerzos que, como decíamos antes, trae como resultado la sintomatología depresiva. En otras palabras, puede preverse que, con el tiempo, aparecerán las consecuencias afectivas negativas de los comportamientos inhibidos. El no poner límites y evitar los conflictos va produciendo una sobrecarga en el familiar cuidador así como sentimientos negativos de inutilidad que, a largo plazo, al no conseguir los objetivos, produce serias heridas en la autoestima, lo que facilita la aparición de sintomatología clínica ansioso-depresiva.

En lo que respecta a la salud percibida, consideramos que un familiar cuidador de un paciente con TMG puede percibir que su estado de salud está más deteriorado debido, en parte, a que la poca competencia social (falta de asertividad) puede enrarecer o deteriorar sus relaciones interpersonales, dificultando o impidiendo la obtención de ayuda por parte de otros miembros de la familia, así como de otros recursos externos disponibles para hacer frente a las situaciones. Lo anterior puede traer una sobrecarga para el cuidador y, por lo tanto, un mayor esfuerzo físico y mental para hacer frente a todos los asuntos cotidianos, incluyendo el lidiar con los síntomas del TMG que aqueja a su ser querido. Esto puede verse claramente reflejado en los resultados obtenidos en nuestro estudio. Específicamente, los que no son asertivos tienen un *peor rol físico* o un mayor riesgo de presentar dificultades para llevar a cabo su trabajo u otras

actividades diarias debido a la salud (p. ej., han reducido el tiempo que le dedicaban o han hecho menos de lo que esperaban, tuvieron que dejar de hacer alguna actividad u observaron que tuvieron más dificultad para llevarlas a cabo) que los que son asertivos. Los familiares no asertivos tienen una menor *vitalidad* o un mayor riesgo de experimentar cansancio, agotamiento o falta de energía la mayor parte del tiempo que los asertivos. Los familiares no asertivos tienen una peor *salud mental* o un mayor riesgo de experimentar con más frecuencia sensación de angustia, nerviosismo, tristeza, desánimo o sentirse bajos de moral (aspecto que es congruente con los comentados en párrafos anteriores) en comparación con los que son asertivos. Los familiares no asertivos perciben una peor *salud general* o un mayor riesgo de valorarla como mala o regular (llegando a considerarla peor que las de otras personas o viéndose como más vulnerable para la enfermedad) y creyendo que posiblemente empeore, en comparación con los asertivos. Los familiares no asertivos muestran un peor *funcionamiento social* o un mayor riesgo de que sus actividades sociales habituales (con la familia, los vecinos, amigos, etc.) se vean interferidas por los problemas físicos o emocionales que presentan en comparación con los que son asertivos. Por último, los familiares no asertivos perciben más *dolor corporal* o tienen más riesgo de considerar que el dolor es intenso y limitante para su trabajo o actividades habituales (incluidas las labores domésticas) en comparación con los familiares asertivos.

La labor de cuidado, apoyo y ayuda a un familiar con TMG suele ser una tarea exigente y el familiar cuidador, en muchas ocasiones, ve afectada su forma y calidad de vida. Hoy en día, a pesar del amplio apoyo empírico de la carga producida por el TMG, en el sistema de salud se sigue teniendo como principal (y a veces único) objetivo al paciente con este trastorno y su recuperación, dejando en un segundo plano al familiar cuidador. Desde nuestra perspectiva, las intervenciones que favorecen la rehabilitación y la prevención de las recaídas de los pacientes con TMG son tan importantes como las intervenciones con sus familiares cuidadores, pues ellos también están sufriendo y la situación está suponiendo altos costes emocionales, físicos, sociales y económicos que requieren especial atención. En nuestro trabajo hemos visto cómo la falta de asertividad está contribuyendo a problemas psicológicos y físicos relevantes, tanto por el impacto que tiene a nivel personal (y que ya hemos comentado), como a nivel socioeconómico y sanitario. Un cuidador en condiciones de mayor vulnerabilidad (con un trastorno depresivo o de ansiedad o que se percibe estresado y con una salud deteriorada) verá afectadas las labores del cuidado, así como su funcionamiento personal, social y laboral/académico. Es más probable que estos problemas, además de ocasionar un gran malestar, interfieran con la vida del familiar y el cuidador termine por abandonar sus estudios, su trabajo o sus proyectos personales, al tiempo que aumentan las emociones negativas relacionadas con el cuidado y se afianza un estilo de relación no muy favorable para el paciente (con hipercrítica, hostilidad o estar sobreinvolucrado emocionalmente), tal y como lo señalaban Kuipers, Onwumere y Bebbington (2010). Esto confluente en que habrá una mayor dificultad para la rehabilitación del paciente con TMG si tenemos en cuenta que es la familia la encargada de asumir la mayor parte de este trabajo dentro del modelo actual de atención en salud basado en la comunidad; el pronóstico será reservado si no

atendemos también a las necesidades emocionales de estos familiares cuidadores identificando primero las variables que contribuyen a dichas necesidades.

De lo anterior, se deriva una cuestión que ha captado nuestra atención y es que algunas de las intervenciones (referidas en la literatura) que se realizan con familiares cuidadores de pacientes con TMG, sobre todo la psicoeducación, incluyen el entrenamiento asertivo (denominado también “entrenamiento en comunicación”) como parte esencial del tratamiento del familiar cuidador del paciente con TMG (p. ej., Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop y Pitschel-Walz, 2006; De Sousa, Kurvey y Sonavane, 2012; Goldstein, 1994), pero no hay datos previos a este estudio (que nosotros conozcamos) que apoyen que la asertividad deba constituir un objetivo importante del tratamiento. Tampoco se hace referencia al papel que cumple el entrenamiento asertivo en la salud psicológica o en la calidad de vida del familiar cuidador. Es en este aspecto que nuestro trabajo aporta información relevante, tanto a nivel clínico como de investigación, y constituye un apoyo empírico para mantener el entrenamiento asertivo como parte de la intervención que se realiza con los familiares en nuestras unidades de salud mental.

Por último, los análisis realizados para saber si la asertividad estaba relacionada con las variables sociodemográficas, en este caso el sexo, la edad, el estado civil (o si tenían o no pareja), el nivel de estudios (primaria o mínimo secundaria) y la situación laboral (si tenía o no trabajo remunerado), mostraron que no había diferencias significativas en el grupo de familiares cuidadores. Esto probablemente implica que no haya que tener especial cuidado a la hora de realizar los entrenamientos asertivos con base en estos aspectos.

Quisiéramos finalizar el manuscrito comentando una cuestión que, a nuestro parecer, es importante a nivel clínico y de investigación. Nos referimos al instrumento que hemos elegido para evaluar la asertividad, el “Inventario de aserción” de Gambрил y Richey (1975). Si bien es cierto que existe una amplia gama de medidas de autoinforme para evaluar la asertividad (véase Caballo, 1997; Caballo, Salazar, Olivares *et al.*, 2014), hemos elegido éste debido a algunas limitaciones que plantean los demás cuestionarios. Por ejemplo, el “Inventario de asertividad de Rathus” (*Rathus Assertiveness Schedule*, RAS; Rathus, 1973) incluye algunos ítems que parecen referirse más a comportamientos agresivos, la “Escala de autoexpresión universitaria” (*College Self-Expression Scale*, CSES; Galassi, DeLo, Galassi y Bastien, 1974) parece ser óptima para evaluar a la población universitaria y otras medidas, como el “Cuestionario de citas y asertividad” (*Dating and Assertiveness Questionnaire*, DAQ; Levenson y Gottman, 1978), se refieren a dimensiones muy específicas de las habilidades sociales. A lo anterior tenemos que sumar que en el momento de iniciar la investigación no teníamos información sobre la validación y adaptación a la población hispanohablante de otras medidas de autoinforme, ni existía la versión experimental del “Cuestionario de habilidades sociales” (CHASO-I; Caballo, Salazar e Irurtia, 2014), desarrollado en España, del que se han publicado datos recientemente (Caballo, Salazar, Olivares *et al.*, 2014) y que podría ser una alternativa interesante. En pocas palabras, tuvimos que realizar una elección algo forzada del IA, cuando hubiéramos preferido evaluar un conjunto de habilidades sociales más amplio. En cualquier caso, también merece la

pena señalar que este inventario tiene propiedades psicométricas adecuadas (p. ej., Caballo, Salazar, Olivares *et al.*, 2014; Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Nobre, 2013; Casas-Anguera *et al.*, 2014; Gambrell y Richey, 1975; Henderson y Furnham, 1983) y evalúa algunas clases de respuesta social importantes para nosotros. En el nivel aplicado, nuestra experiencia durante la evaluación fue que las personas mostraban cierta dificultad para comprender algunos de sus ítems (sobre todo, aquellos que están planteados de manera negativa) y que tienden a confundir el "Malestar o ansiedad" con la "Probabilidad de respuesta" (las dos subescalas del inventario) en cada una de las situaciones planteadas. El hecho de que fueran evaluados mediante entrevista permitió ir clarificando a cada participante que se trataba de aspectos distintos y según la contestación que daban se les recordaba qué aspecto ("malestar" o "conducta") era el que estábamos evaluando. Adicionalmente, los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de asertividad de los familiares (sobre todo, que el 77,1% era asertivo) no coincide con el comportamiento observado en los familiares de pacientes con TMG que han participado en los grupos de tratamiento posteriores. Como bien sabemos, una parte esencial del comportamiento asertivo es que no sólo se preste atención a lo *qué* se dice sino al *cómo* se dice y en algunas ocasiones sucede que los familiares expresan sus pensamientos y sentimientos de un modo que puede causar daño al otro. Estas sutilezas no se recogen actualmente en un cuestionario de asertividad. A este respecto, sería interesante continuar investigando en el campo hasta dar con una medida que permitiera evaluar la agresividad, la inhibición y la asertividad, por separado, ya que son tres estilos de comportamiento diferentes que van a tener, a su vez, consecuencias distintas tanto en el ambiente como en el clima familiar.

En resumen, nuestro estudio deja claro que la falta de asertividad correlaciona con problemas ansioso-depresivos, con mayor estrés percibido y más problemas de salud y es un factor de riesgo para desarrollarlos y mantenerlos. Por lo tanto, apoya la importancia del uso del entrenamiento asertivo a nivel preventivo o de tratamiento con los familiares de pacientes con TMG.

Referencias

- Al-Kubaisy, T. y Jassim, A. L. (2003). The efficacy of assertive training in the acquisition of social skills in Iraqi social phobics. *Arab Journal of Psychiatry*, 14, 68-72.
- Anderson, C. M. (1983). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. En W. R. McFarlane (dir.), *Family therapy in schizophrenia* (pp. 99-116). Nueva York, NY: Guilford.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., da Silva, L., Ferreira, T. L. y de Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22, 111-121.
- Barbaree, H. E. y Davis, R. B. (1984). Assertive behavior, self-expectations, and self-evaluations in mildly depressed university women. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 153-171.
- Bayrami, M. (2011). Effect of assertiveness training on general health in first year students of Tabriz University. *Psychological Research*, 14, 47-64.

- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. y Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin* 32, S1-S9.
- Brown, M., Monck, E., Carstairs, G. y Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-67.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Iruña, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 539-562.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Arias, B. y Nobre, L. (2013). Evaluando la ansiedad social por medio de cinco medidas de autoinforme, LSAS-SR, SPAI, SPIN, SPS, and SIAS: un análisis crítico de su estructura factorial. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 423-450.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruña, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 401-422.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Iruña, M. J., Olivares, J. y Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales por medio de cuatro medidas de autoinforme: estructura factorial y otras características psicométricas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22, 375-399.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar*. Madrid: Pirámide.
- Culkin, J. y Perrotto, R. S. (1985). Assertiveness factors and depression in a sample of college women. *Psychological Reports*, 57, 1015-1020.
- Delamater, R. J. y McNamara, J. R. (1986). The social impact of assertiveness -Research findings and clinical implications. *Behavior Modification*, 10, 139-158.
- De Sousa, A., Kurvey, A. y Sonavane, S. (2012). Family psychoeducation for schizophrenia: a clinical review. *Malaysian Journal of Psychiatry Online Early*. Recuperado el 28 de abril de 2014, desde <http://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/viewFile/196/155>
- Douglas, R. R. (1980). Assertiveness training for emotionally disturbed clients. *Journal of Rehabilitation*, 46, 46-47.
- Entradas, M., Ferreiro, F. J., Folk, A. y Marín, J. (1992). Habilidades sociales: una experiencia con pacientes psiquiátricos en consultas ambulatorias. *Anales de Psiquiatría*, 8, 282-285.
- Falloon, I. R. H. y Liberman, R. P. (1983). Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. En W. R. McFarlane (dir.), *Family therapy in schizophrenia* (pp. 117-137). Nueva York, NY: Guilford.
- Goldstein, M. J. (1994). Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 54-57.
- Goldstein, T. R., Miklowitz, D. J. y Richards, J. A. (2002). Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Family Process*, 41, 645-657.
- Gotlib, I. H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 19-30.
- Granger, B., Azais, F., Albercque, C. y Debray, Q. (1995). Entre anxiété et dépression. La place des difficultés d'affirmation de soi et des phobies sociales. [Between anxiety and depression. The status of assertiveness disorders and social phobias]. *Annales Médico-Psychologiques*, 153, 204-206.
- Greenberg, J. S., Greenley, J. R. y Benedict, P. (1994). Contributions of persons with serious mental illness to their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 475-480.

- Greenberg, J. S., Seltzer, M. M. y Judge, K. (2000). Another side of the family's experience: learning and growing through the process of coping with mental illness. *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, 11, 8-10.
- Hayman, P. M. y Cope, C. S. (1980). Effects of assertion training on depression. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 534-543.
- Hersen, M., Bellack, A. S. y Himmelhoch, J. M. (1980). Treatment of unipolar depression with social skills training. *Behavior Modification*, 4, 547-556.
- Hersen, M., Kabacoff, R. I., Van Hasselt, V. B. y Null, J. A. (1995). Assertiveness, depression, and social support in older visually impaired adults. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 89, 524-530.
- Kuipers, E. Onwumere, J. y Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 259-265.
- Langone, M. (1979). Assertiveness and Lewinsohn's theory of depression: an empirical test. *The Behavior Therapist*, 2, 21.
- Larijani, T. T., Aghajani, M., Baheiraei, A. y Neiestanak, N. S. (2010). Relation of assertiveness and anxiety among Iranian university students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 893-899.
- Lea, G. y Paquin, M. J. (1981). Assertiveness and clinical depression. *The Behavior Therapist*, 4, 9-10.
- Lefevre, E. R. y West, M. L. (1981). Assertiveness: correlations with self-esteem locus of control, interpersonal anxiety, fear of disapproval, and depression. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 6, 247-251.
- Lin, Y., Wu, M., Yang, C., Chen, T., Hsu, C., Chang, Y., Tzeng, W., Chou, Y. y Chou, K. (2008). Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2875-2883.
- Madianos, M., Economou, M., Dafni, O., Koukia, E., Palli, A. y Rogakou, E. (2004). Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *European Psychiatry*, 19, 408-414.
- Magaña, S. M., Ramírez, J. I., Hernández, M. G. y Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58, 378-384.
- Marsh, D. T., Lefley, H. P., Evans-Rhodes, D., Ansell, V. I., Doerzbacher, B. M., LaBarbera, L. y Paluzzi, J. E. (1996). The family experience of mental illness: evidence for resilience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3-12.
- Pachman, J. S. y Foy, D. W. (1978). A correlational investigation of anxiety, self-esteem and depression: new findings with behavioral measures of assertiveness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 97-101.
- Raich, R. M., Carregal, M. D., Hernández, L. y Sánchez, M. L. (1987). Estudio sobre creencias irracionales, asertividad y depresión en estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 18, 97-106.
- Rascón, M. L., Caraveo, J. y Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*, 62, 509-515.
- Reiter, S. R., Otto, M. W., Pollack, M. H. y Rosenbaum, J. F. (1991). Major depression in panic disorder patients with comorbid social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 22, 171-177.
- Robles-García, R., Flores, E., Jurado, S. y Páez, F. (2002). Estudio de efectividad del entrenamiento asertivo para reducir sintomatología depresiva y ansiosa. *Psiquiatría*, 18, 176-179.
- Roldán, G., Salazar, I. C. y Garrido, L. (2014). Aspectos emocionales y estado de salud percibido por los familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave.

- Manuscrito no publicado, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.
- Sanchez, V. C. (1980). Assertion training: effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 36*, 526-529.
- Segal, D. L. (2005). Relationships of assertiveness, depression, and social support among older nursing home residents. *Behavior Modification, 29*, 689-695.
- Skinner, K. y Scott, R. D. (1993). Depression among female registered nurses. *Nursing Management, 24*, 42-45.
- SPSS (2009). *SPSS 18*. Chicago, IL: Autor.
- Steele, A., Maruyama, N. y Galynger, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders, 121*, 10-21.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social skills & mental health*. Londres: Spottiswoode Ballantyne.
- Vallina F. O. y Lemos G. S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en esquizofrenia. *Psicothema, 12*, 671-681.
- Vaughn, C. y Leff, J. P. (1976). The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 15*, 157-165.
- Vaughn, C.E. y Leff, J. P. (1981). Patterns of emotional response in relations of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 43-44.
- Wancata, J., Freidl, M., Krautgartner, M., Friedrich, F., Matschnig, T., Unger, A., Gössler, R. y Frühwald, S. (2008). Gender aspects of parents' needs of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 968-974.
- Wells, K. C., Hersen, M., Bellack, A. S. y Himmelhoch, J. (1979). Social skills training in unipolar nonpsychotic depression. *The American Journal of Psychiatry, 136*, 1331-1332.
- Wierzbicki, M. (1984). Social skills deficits and subsequent depressed mood in students. *Personality and Social Psychology Bulletin, 10*, 605-610.
- Williams, J. M. y Stout, J. K. (1985). The effect of high and low assertiveness on locus of control and health problems. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 119*, 169-173.
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease. 2004 Update*. Ginebra: Autor.

RECIBIDO: 10 de mayo de 2014

ACEPTADO: 5 de septiembre de 2014