

LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA ASERTIVIDAD EN LAS RECAÍDAS DE LOS DROGODEPENDIENTES

Francisca López-Torrecillas¹, Isabel C. Salazar², M^a Mar Rueda³
y Eva Castillo- Fernández¹

¹Universidad de Granada; ²Centro de Psicología Clínica FUNVECA, Granada;

³Centro Provincial de Drogodependencias de Granada (España)

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la asertividad y de la gravedad del consumo de drogas en el riesgo de recaída (a los seis meses) en dos grupos (abstinencia vs. recaída) que han recibido tratamiento. Participaron 90 drogodependientes que rellenaron la "Entrevista de investigación acerca del comportamiento adictivo" y el "Inventario de asertividad de Rathus" (RAS). Encontramos que la asertividad global y la dimensión de Confrontación (del RAS) estaban directamente relacionadas con el riesgo de recaída, indicando que a mayores puntuaciones en asertividad y confrontación mayor es el riesgo de recaída. Otras dimensiones del RAS (Defensa de los derechos e intereses personales, Evitación de enfrentamientos personales y Espontaneidad), así como la cronicidad del consumo de drogas mostraron una relación inversa con el riesgo de recaída, indicando que a mayores puntuaciones en estas dimensiones de asertividad y mayor cronicidad de consumo menor riesgo de recaída. Estos resultados señalan la importancia de analizar qué entrenamiento asertivo realizamos para prevenir las recaídas en las drogodependencias y la elección de instrumentos de evaluación para la asertividad.

PALABRAS CLAVE: *asertividad, entrenamiento asertivo, tratamiento de drogodependencias, recaída.*

Abstract

The aim of this study was to examine the effect of assertiveness and severity of drug addiction on the risk of relapse among drug addicts during a six months treatment. 90 Drug addicts completed the Research Interview on Addictive Behavior and the Rathus Assertiveness Schedule (RAS). The results showed that global assertiveness and Confrontation (a dimension of the RAS) are directly related to the risk of relapse, indicating that the higher the scores on these two variables the greater the risk of relapse. Other dimensions of the RAS (Defense of Rights and Personal Interests, Avoidance of Personal Confrontation, and Spontaneity) and the chronicity of drug use showed an inversed relationship to the risk of relapse, indicating that the higher the scores on those dimensions and on the chronicity of drug use the lower the risk of relapse. These results suggest

caution when including assertion training for relapse prevention in drug addiction, and advise also caution when choosing the assessment instruments for assertiveness.

KEY WORDS: *assertiveness, assertion training, drug addict treatment, relapse prevention.*

Introducción

En el ámbito de las drogodependencias existe una tendencia a incluir la conducta asertiva como una manifestación de las habilidades para la vida, que incluye el manejo de la tensión y la expresión de conductas, tales como aceptar responsabilidades en las conductas sociales, hacer frente a las demandas, a las expectativas de los demás y a los problemas interpersonales (Botvin, 1995; Moshki, Hassanzade y Taymoori, 2014). Desde la década de los 70, existe bastante consenso en incluir el entrenamiento en asertividad dentro del tratamiento de personas con problemas de alcoholismo y drogodependencia (Alexander y Campbell, 1967). Una de las razones que se señalan es que los individuos presentan dificultades en la interacción social y en la eficacia interpersonal desde la infancia. Van Hasselt, Null, Kempton y Bukstein (1993) exploraron la relación entre consumo de alcohol, drogas y asertividad en usuarios sometidos a tratamiento para su drogodependencia. El análisis de los datos señaló que unos participantes se mostraban más agresivos y otros menos asertivos. Para interpretar estos resultados, los autores retomaron el concepto de asertividad como un continuo, en el que en un extremo está la agresividad, en el otro la pasividad y en el punto medio la habilidad adecuada (asertividad). Por otra parte, en el estudio de Wills, Baker y Botvin (1989) se encontró que el consumo de drogas estaba asociado con diferentes dimensiones de la asertividad. Estos autores utilizaron dimensiones referidas al desarrollo de estrategias para establecer relaciones sociales, para establecer compromisos de pareja y para rehusar el consumo de alcohol y drogas ante situaciones caracterizadas por la presión externa. La muestra de estudio era de estudiantes universitarios que consumían tabaco, hachís y alcohol. El análisis de los datos reflejó que el consumo de alcohol estaba directamente relacionado con asertividad general e inversamente relacionado con la dimensión de estrategias para rechazar el consumo bajo presión social. Baldwin, Oei y Young (1993) encontraron que los drogodependientes que no se sienten capaces de rehusar el consumo de alcohol y piensan que el alcohol les permite ser más asertivos, estar más relajados y mejorar sus relaciones sexuales, consumen alcohol más frecuentemente y en mayor cantidad que aquellos que sí creen en su capacidad para rehusar el consumo de alcohol y no piensan que el alcohol mejore sus relaciones sexuales y sociales ni que les relaje. Estos últimos tienden a mantener un nivel bajo de consumo de alcohol en frecuencia y cantidad. Por su parte, López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy (2003) relacionaron el consumo de drogas con el autocontrol, el estilo atribucional, la asertividad y la autoeficacia en una muestra consumidores de drogas (alcohol, hachís, cocaína y heroína) y encontraron que el autocontrol y la asertividad estaban relacionados con el

consumo de drogas (cantidad y cronicidad del consumo). La relación entre el autocontrol y el consumo de drogas era inversa, mientras que la relación entre la asertividad y el consumo de drogas era directa.

Pese a esta falta de acuerdo sobre el papel de la asertividad en el consumo de drogas, parece ser que las personas con problemas de drogodependencia tienen grandes problemas para hacer frente a determinadas situaciones por su especial dificultad, particularmente aquellas en que, de una u otra forma, se sienten presionados hacia el consumo de drogas y alcohol. Es por ello por lo que recientemente los estudios se han centrado en analizar la eficacia de los programas preventivos del consumo de drogas en donde el entrenamiento en asertividad para decir no al consumo de drogas juega un papel muy importante. Recientemente, se sigue evaluando el estudio de la asertividad en la promoción de conductas de prevención del abuso de drogas y se resalta la importancia de la asertividad en la promoción de comportamientos preventivos dirigidos al consumo de alcohol y drogas de los estudiantes universitarios (p. ej., Moshki *et al.*, 2014).

Aunque hace ya cuatro décadas que se destacó la relevancia de la asertividad en el ámbito de las drogodependencias y existe bastante consenso en conceptualizarla como un continuo, en el que en un extremo está la agresividad, en el otro la pasividad y en el punto medio la habilidad adecuada (asertividad), no queda suficientemente claro cómo podemos cuantificar la asertividad y la agresividad dentro de ese continuo y su papel en el pronóstico de tratamiento de las drogodependencias o en las recaídas.

Considerando lo expuesto anteriormente el objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad predictiva de la asertividad y de la gravedad del consumo de drogas (cantidad y cronicidad del consumo de drogas) en el riesgo de recaída en dos grupos (abstinencia versus recaída) que han recibido tratamiento en un periodo de seis meses.

Método

Participantes

El estudio estuvo compuesto por 90 participantes (consumidores de hachís, cocaína, anfetaminas, heroína, metadona, alucinógenos y/o alcohol, aunque ellos consideraban que su droga problema era la heroína) en tratamiento para su drogodependencia. La selección de los participantes se realizó en el Centro de Drogodependencias de Granada. Los criterios de inclusión fueron no presentar trastornos psicopatológicos o trastornos orgánicos graves y los criterios de exclusión fueron no querer participar voluntariamente en el estudio y no rellenar debidamente los instrumentos de evaluación. Los participantes fueron divididos en dos grupos en función de si permanecerían abstinentes o habían recaído en un periodo de seis meses después de la evaluación realizada en la fase de deshabituación. La abstinencia es definida como no haber consumido drogas y la recaída supone el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de consumo de drogas de la línea base

anterior al tratamiento (Marlatt, 1985). Las características demográficas y de comportamiento adictivo de la muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas y de comportamiento adictivo de los participantes obtenidos en la línea de base

| Variables | Grupos | | F/ χ^2 | p |
|---|------------------|------------------|-------------|-------|
| | Abstinencia | Recaída | | |
| Edad (<i>M</i> y <i>DT</i>) | 25,29 (3,65) | 26,31 (5,33) | 1,124 | 0,292 |
| Sexo (<i>n</i>) | | | | |
| Hombres | 31 | 38 | 3,043 | 0,081 |
| Mujeres | 14 | 7 | | |
| Estudia (<i>n</i>) | | | | |
| No | 40 | 42 | 0,549 | 0,459 |
| Si | 5 | 3 | | |
| Años de escolarización (<i>n</i>) | | | | |
| 8 | 31 | 31 | 6,089 | 0,193 |
| 11 | 7 | 11 | | |
| 12 | 3 | 0 | | |
| 15 | 2 | 0 | | |
| 17 | 2 | 3 | | |
| Trabaja (<i>n</i>) | | | | |
| No | 24 | 19 | 1,113 | 0,291 |
| Si | 21 | 26 | | |
| Situación laboral (<i>n</i>) | | | | |
| No trabaja | 24 | 19 | 10,680 | 0,221 |
| Servicios administrativos públicos | 1 | 2 | | |
| Hostelería | 1 | 8 | | |
| Agricultura o ganadería | 8 | 7 | | |
| Construcción | 4 | 5 | | |
| Industria | 1 | 0 | | |
| Fontanería, carpintería o electricidad | 3 | 4 | | |
| Peones (trabajo no especializado) | 1 | 0 | | |
| Otros servicios | 2 | 0 | | |
| Cantidad de consumo de heroína (<i>M</i> y <i>DT</i>) | 29,09 (60,07) | 31,13 (25,75) | 0,044 | 0,834 |
| Cronicidad de consumo de heroína (<i>M</i> y <i>DT</i>) | 3,87 (3,61) | 5,76 (4,34) | 5,026 | 0,027 |
| Cantidad del consumo de drogas (<i>M</i> y <i>DT</i>) | 0,12 (0,71) | 0,18 (0,55) | 0,217 | 0,643 |
| Cronicidad del consumo de drogas (<i>M</i> y <i>DT</i>) | -0,07 (0,37) | 0,25 (0,75) | 6,501 | 0,013 |
| Gravedad del consumo de drogas (<i>M</i> y <i>DT</i>) | 0,02 (0,44) | 0,21 (0,55) | 3,248 | 0,075 |

Diseño

Se realizó un estudio prospectivo durante el curso de una intervención de tratamiento para las drogodependencias. Se utilizó la asertividad y la gravedad del consumo de drogas para predecir el resultado del tratamiento en un periodo de tiempo de 6 meses después del inicio del tratamiento. El tratamiento consistía en dos fases de intervención (desintoxicación y deshabitación) y una fase de seguimiento (de prevención de recaídas) (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2003). La fase de desintoxicación, con una duración de tres a cinco días, tuvo por objeto ayudar al paciente a lograr la abstinencia y a adquirir niveles de funcionamiento fisiológicamente normales con un mínimo malestar físico y emocional mediante la administración de fármacos agonistas. La fase de deshabitación, con una duración de 30 días, tuvo un doble objetivo, por un lado, enseñar, modelar y apoyar comportamientos dirigidos a la mejora de la salud personal y del funcionamiento social y reducir comportamientos que amenazan la salud y la seguridad pública y, por otro lado, enseñar y estimular cambios de comportamiento y estilos de vida incompatibles con el abuso de sustancias. La fase de seguimiento, con una duración de 6 meses, tuvo como objetivo evitar que se reanude el consumo activo de sustancias y ayudar al usuario a mantener conductas y hábitos adquiridos en la fase de deshabitación. Los resultados de la fase de deshabitación se controlaron clínicamente a través de tres sesiones de seguimiento (1, 3 y 6 meses) durante la fase de seguimiento o de prevención de recaídas.

Instrumentos

- “Inventario de asertividad de Rathus” (*Rathus Assertiveness Schedule*, RAS; Rathus, 1973). Este inventario está compuesto por 30 ítems, pudiendo puntuar cada uno de ellos desde +3 (“Muy característico de mí, muy descriptivo”) hasta -3 (“Muy poco característico de mí, nada descriptivo”), sin incluir el 0. Carrasco, Clemente y Llavona (1983) llevaron a cabo uno de los primeros análisis factoriales sobre la versión española del RAS y encontraron siete factores que podrían formar parte de la conducta asertiva: 1) Manifestaciones personales (RAS1) (ítems 2, 5, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 26, 29 y 30), 2) Defensa de los derechos e intereses personales (RAS2) (ítems 5, 14, 15, 17, 20, 26 y 30), 3) Comunicación de sentimientos personales (RAS3) (ítems 1, 3, 9, 25 y 28), 4) Evitación de enfrentamientos personales (RAS4) (ítems 4, 7, 15, 19, 23, 24 y 26), 5) Manifestación pública de opiniones personales (RAS5) (ítems 7, 13, 16, 18, 23 y 29), 6) Espontaneidad (RAS6) (ítems 10, 21, 22, 29 y 30) y 7) Confrontación (RAS7) (6, 7, 8, 13, 19, 22, 27 y 28). Hay 17 ítems en los que se invierte el signo y luego se suman las puntuaciones de todos los ítems. Una puntuación positiva alta indica una alta asertividad, mientras que una puntuación negativa alta indica una baja asertividad. La versión en español de esta escala se puede encontrar en Bartolomé, Carroble, Costa y Del Ser (1977) y en Caballo (2006). Nevid y Rathus (1979) encontraron una buena fiabilidad, con el procedimiento test-retest de 0,77 y con el método de

las dos mitades de 0,77. En el estudio de Caballo *et al.* (2014) se obtuvo una fiabilidad adecuada (alfa de Cronbach de 0,82 y dos mitades de Guttman de 0,80).

- “Entrevista de investigación acerca del comportamiento adictivo” (EICA; López-Torrecillas, 1996). Esta entrevista evalúa la frecuencia de consumo de drogas (cantidad de consumo de las diferentes sustancias en el último mes) y la cronicidad del problema (calculada a partir de la edad de inicio de la droga). Consta de siete ítems que reflejan la pauta de consumo de drogas en las que se incluyen alcohol, hachís, anfetaminas, metadona, alucinógenos, cocaína y heroína. Los ítems se dividen en tres grupos de preguntas. El primer grupo hace referencia a la frecuencia del consumo de la sustancia, que se puntúa desde 1 (nunca) hasta 8 (a diario). El segundo grupo también hace referencia a la cantidad de sustancia consumida (gramos, mililitros o unidades al mes), teniendo en cuenta que las bebidas destiladas (whisky, ron, brandy) equivalen a una unidad y las bebidas fermentadas (vinos y cervezas) equivalen a 0,5. El hachís se puntúa en número de cigarrillos, las anfetaminas y los alucinógenos puntúan en unidades, la metadona puntúa en miligramos y la cocaína y heroína en gramos al mes. Por otra parte, la cronicidad del consumo de drogas se puntúa en años, valorando el tiempo de consumo desde la edad de inicio hasta el momento de la evaluación. A partir de este cuestionario se obtienen 14 medidas estandarizadas que informan sobre la frecuencia de uso y cantidad de consumo durante el último mes (cantidad de alcohol, hachís, anfetaminas, metadona, alucinógenos, cocaína y heroína), así como los años transcurridos desde que se inició el consumo (cronicidad de alcohol, hachís, anfetaminas, metadona, alucinógenos, cocaína y heroína). Finalmente, se obtiene el índice de gravedad del consumo de drogas sumando las 14 medidas estandarizadas.

Procedimiento

Previo al inicio de la investigación se contó con un miembro del equipo terapéutico del Centro de Drogodependencias, responsable del reclutamiento de los participantes. Así, esta persona era la encargada de explicar el estudio e invitar a la participación a cada usuario. Todos los usuarios que comenzaban el tratamiento fueron invitados a participar en el estudio. Los participantes que firmaron el consentimiento informado y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión definidos anteriormente, fueron programados para una evaluación inicial (línea de base) antes del inicio de la fase de deshabitación y una vez finalizada la fase de desintoxicación. Esta evaluación fue realizada por el investigador clínico y la duración media fue de 30 minutos aproximadamente y se realizó al inicio de la fase de deshabitación. Se programaron tres sesiones de seguimiento al mes, a los 3 y a los 6 meses de la evaluación inicial (línea de base). Antes de cada una de las sesiones de seguimiento se contactaba telefónicamente con los participantes por un evaluador independiente con el fin de recopilar información de su disposición a participar en el seguimiento programado con anterioridad. Los participantes asistieron a las sesiones de seguimiento y se codificaron como “recaída” o

“abstinencia”, basado en los resultados de los autoinformes confirmados con análisis de orina (Marlatt, 1985).

Análisis de datos

Se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA), para un diseño factorial, incluyendo la variable grupo (abstinencia versus recaída) como factor entre-sujetos y como variables dependientes las relacionadas con el consumo de drogas y gravedad del mismo (cantidad de consumo de heroína, cronicidad de consumo de heroína, cantidad de consumo de drogas, cronicidad del consumo de drogas y gravedad del consumo de drogas); se han incluido las variables cantidad y cronicidad del consumo de heroína en el análisis por ser la droga problema de los participantes. Para determinar si la asertividad predice el pronóstico de tratamiento (abstinencia versus recaída), se realizó el modelo de riesgos proporcionales de Cox (Cox, 1972; Cox y Oakes, 1984). Esta metodología estadística no paramétrica para el análisis de supervivencia permite determinar el efecto de un conjunto de variables predictoras (covariantes) en la supervivencia. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS (IBM Corp. Released, 2011).

Resultados

El análisis multivariado de la varianza para cada variable dependiente mostró que había diferencias estadísticamente significativas en la cronicidad del consumo de heroína ($F_{1,88} = 5,026$; $Mce = 80,278$; $p = 0,027$) y en la cronicidad del consumo de drogas ($F_{1,88} = 6,501$; $Mce = 2,305$; $p = 0,013$). No se encontraron diferencias significativas en el resto de las variables relacionadas con el consumo (cantidad de consumo de heroína, cantidad de consumo de drogas y gravedad del consumo de drogas) (tabla 1).

A continuación se utilizó la regresión de Cox para cuantificar el riesgo de recaída en función de algunas covariables. En el modelo se incluyeron las variables relativas a asertividad y las variables relativas a la gravedad del consumo de drogas que habían resultado ser significativas entre los grupos (cronicidad de consumo de heroína y de drogas). Los resultados de este análisis realizado sobre las variables de asertividad y de cronicidad se muestran en la tabla 2. En dicha tabla se observa que la Defensa de los derechos e intereses personales ($p = 0,001$), Evitación de enfrentamientos personales ($p = 0,007$), Espontaneidad ($p = 0,000$), Confrontación ($p = 0,003$), Puntuación total de la asertividad ($p = 0,000$) y Cronicidad del consumo de drogas ($p = 0,002$) son significativas, mientras que las Manifestaciones personales, Comunicación de sentimientos personales, Manifestación pública de opiniones personales y Cronicidad del consumo de heroína no son significativas ($p > 0,05$) en el modelo de regresión de Cox.

Una vez identificadas las variables que influyen en el riesgo de recaída, se procedió a continuación a realizar un ajuste del modelo eliminando las variables que no sirven para predecir el riesgo de recaída. La tabla 3 muestra los resultados del ajuste para el nuevo modelo. El signo negativo de los coeficientes-beta (β) indica la dirección de la relación; específicamente la Defensa de los derechos e

intereses personales, la Evitación de enfrentamientos personales, la Espontaneidad y la Cronicidad del consumo de drogas aparecen inversamente relacionadas con el riesgo de recaída (OR= 0,865; 0,912; 0,856 y 0,470), indicando que a mayores puntuaciones en estas dimensiones menor es el riesgo de recaída. Por otro lado, la Confrontación y la puntuación total de Asertividad están directamente relacionadas con el riesgo de recaída (OR= 1,148 y 1,068), indicando que a mayores puntuaciones en Confrontación y Asertividad mayor es el riesgo de recaer.

Tabla 2
Resultados del análisis de Cox del riesgo de recaer (N= 90)

| Variables | M | β | ET | Wald | p-valor | OR | IC 95% |
|--|--------|---------|-------|--------|---------|-------|-------------|
| Manifestaciones personales | 3,933 | -0,049 | 0,068 | 0,516 | 0,473 | 0,953 | 0,834-1,088 |
| Defensa de los derechos e intereses personales | 4,044 | -0,207 | 0,060 | 11,752 | 0,001 | 0,813 | 0,722-0,915 |
| Comunicación de sentimientos personales | 0,822 | 0,192 | 0,103 | 3,461 | 0,063 | 1,212 | 0,990-1,485 |
| Evitación de enfrentamientos personales | -1,133 | -0,141 | 0,052 | 7,266 | 0,007 | 0,869 | 0,784-0,962 |
| Manifestación pública de opiniones personales | 3,378 | 0,036 | 0,098 | 0,138 | 0,710 | 1,037 | 0,856-1,255 |
| Espontaneidad | 8,267 | -0,217 | 0,061 | 12,621 | 0,000 | 0,805 | 0,714-0,907 |
| Confrontación | 9,267 | 0,177 | 0,059 | 8,936 | 0,003 | 1,193 | 1,063-1,340 |
| Puntuación total de asertividad | 17,467 | 0,080 | 0,023 | 12,659 | 0,000 | 1,084 | 1,037-1,132 |
| Cronicidad del consumo de heroína | 5,756 | 0,102 | 0,076 | 1,819 | 0,177 | 1,108 | 0,955-1,286 |
| Cronicidad consumo de drogas | 0,248 | -1,209 | 0,391 | 9,570 | 0,002 | 0,298 | 0,139-0,642 |

Una ventaja del modelo de regresión de Cox es que permite cuantificar la influencia de las variables en el riesgo de recaída. Concretamente el valor $\exp(B)$ = OR puede interpretarse como el aumento de riesgo de recaída cuando esa variable se incrementa una unidad y las demás variables permanecen constantes. Por ejemplo, cuando la puntuación total de Asertividad aumenta una unidad y el resto de variables tienen el mismo valor, el riesgo de recaída aumenta casi un 7%; en la misma línea ocurre con la Confrontación si aumenta una unidad, permaneciendo

el resto de variables con el mismo valor, el riesgo de recaída aumenta casi un 15%. Por otro lado, si la puntuación de la Defensa de los derechos e intereses personales aumenta una unidad, permaneciendo el resto de variables con el mismo valor, el riesgo de recaída disminuye entorno al 14%; igualmente, si la puntuación de la Evitación de enfrentamientos personales o la Espontaneidad o de la Cronicidad del consumo de drogas aumenta una unidad, permaneciendo constante el valor del resto de las variables, el riesgo de recaer disminuiría aproximadamente en un 9%, 14% y un 53%, respectivamente.

Tabla 3
Resultados del ajuste del Modelo de Cox del riesgo de recaer (N= 90)

| Variabes | M | β | ET | Wald | p-valor | OR | IC 95% |
|--|--------|---------|-------|--------|---------|-------|-------------|
| Defensa de los derechos e intereses personales | 4,044 | -0,145 | 0,042 | 11,586 | 0,001 | 0,865 | 0,796-0,941 |
| Evitación de enfrentamientos personales | -1,133 | -0,092 | 0,038 | 5,819 | 0,016 | 0,912 | 0,847-0,983 |
| Espontaneidad | 8,267 | -0,156 | 0,050 | 9,846 | 0,002 | 0,856 | 0,777-0,943 |
| Confrontación | 9,267 | 0,138 | 0,042 | 10,984 | 0,001 | 1,148 | 1,058-1,246 |
| Puntuación total de asertividad | 17,467 | 0,066 | 0,019 | 12,151 | 0,000 | 1,068 | 1,029-1,108 |
| Cronicidad consumo de drogas | 0,248 | -0,754 | 0,295 | 6,559 | 0,010 | 0,470 | 0,264-0,838 |

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad predictiva de la asertividad y de la gravedad del consumo de drogas (cantidad y cronicidad del consumo de drogas) en el riesgo de recaída en dos grupos (abstinencia versus recaída) que han recibido tratamiento en un periodo de seis meses.

Para evaluar la asertividad hemos utilizado el "Inventario de asertividad de Rathus" (RAS; Rathus, 1973) que, de acuerdo con Díaz, Ruiz y Villalobos (2012), ha sido uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la conducta asertiva y, sobre todo, con personas consumidoras de drogas (p. ej., Horan, D'Amico y Williams, 1975; Lindquist, Lindsay y White, 1979; Ruben, Perra y Bakker, 1984). De forma más específica, consideramos los siete factores o dimensiones descritos por Carrasco *et al.* (1983).

Nuestros resultados indican que la asertividad global (obtenida a través de la puntuación total en el RAS) está directamente relacionada con el riesgo de recaída, indicando que a mayores puntuaciones en asertividad mayor es el riesgo de recaer en el consumo de drogas. Estos resultados son consonantes con los

obtenidos en otros estudios (p. ej., López-Torrecillas *et al.*, 2003; Van Hasselt *et al.*, 1993; Wills *et al.*, 1989), en los que se destaca el papel de la asertividad en las drogodependencias. De acuerdo con lo informado, y concretamente en nuestro trabajo, el riesgo de recaída en el consumo de drogas es mayor en personas que son más asertivas de forma global que en personas que no lo son, pero es factible que los resultados puedan explicarse por tres motivos, dos de los cuales se relacionan con el instrumento de medida. En primer lugar, podríamos pensar que quienes se muestran asertivos en general, pueden no serlo necesariamente a la hora de enfrentarse a situaciones de consumo posteriores a su tratamiento y, por tanto, puede producirse su recaída. A esto se une otra de las explicaciones posibles y que se relaciona con el instrumento utilizado en este estudio. El RAS no incluye actuaciones representativas de situaciones relacionadas con el consumo de drogas (y en su lugar abarca situaciones generales), dado que no fue construido para evaluar la asertividad en personas con problemas de este tipo, como sí lo fue, por ejemplo, el "Cuestionario de aserción" (*Assertion Questionnaire*; Callner y Ros, 1976). Este tipo de dificultad fue planteada antes por Ruben *et al.* (1984), quienes señalaron que era necesario ser cuidadosos en el uso del RAS, debido a las discrepancias halladas entre las puntuaciones del RAS y las obtenidas en una prueba de papel y lápiz en 90 pacientes ambulatorios consumidores de drogas. En tercer lugar, consideramos importante comentar que asumir que la puntuación total del RAS refleja la unidimensionalidad del constructo que evalúa (asertividad), como lo planteó Rathus (1973), al crear la escala como una medida de asertividad general, podría ser una limitación importante. Basta con tener en cuenta las múltiples propuestas de soluciones factoriales que se han hecho para este instrumento (p. ej., Heimberg y Harrison, 1980; Hull y Hull, 1978; Nevid y Rathus, 1979) y, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no hay informes que aporten claridad en cuanto a cuál es el modelo más apropiado para explicar el constructo de asertividad. Por tanto, éste sigue siendo un campo por explorar.

Se encontró también una relación directa entre la recaída y la dimensión de Confrontación del RAS, indicando que a mayores puntuaciones en Confrontación mayor es el riesgo de recaída en el consumo de drogas. Teniendo en cuenta los aspectos que parecen evaluarse en esta dimensión del RAS nos atrevemos a señalar que, posiblemente lo que están indicando estos resultados es que, las personas que han puntuado alto tienden más a tener comportamientos agresivos que asertivos. Para ello basta con analizar el concepto de Confrontación propuesto por Carrasco *et al.* (1983) (enfrentarse a la discrepancias de lo que dice y hace otra la persona) y de su evaluación [ítems (6) Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué; (7) Hay veces en que provocho abiertamente una discusión; (8) Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición; (13) En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales; (19) Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores; (22) Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le (la) busco cuanto antes para poner los puntos sobre las íes; (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 y (28) Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención]. Dicha definición y evaluación podría confundirse con

agresividad y/o impulsividad, que implican la no realización del análisis de los resultados que a medio y largo plazo conllevan dichas conductas. Específicamente la impulsividad es la tendencia a actuar dejándose llevar por el ímpetu del momento sin considerar los potenciales riesgos implicados (McMurrin, Blair y Egan, 2002) y la agresividad es una respuesta de tipo emocional que normalmente se produce en respuesta a la percepción de amenaza o riesgo, implica actuar sin premeditación, sin calcular los riesgos de la conducta (Rodríguez, Peña y Graña, 2002). Lo anterior nos remite a considerar que la dimensión de Confrontación puede estar relacionada con la agresividad o impulsividad y no con la asertividad.

En lo que respecta a las otras dimensiones evaluadas por el RAS (Defensa de los derechos e intereses personales, Evitación de enfrentamientos personales y Espontaneidad), que aparecieron inversamente relacionadas con el riesgo de recaída, nos gustaría señalar que son aspectos que podrían ser congruentes con los programas de tratamiento de las personas drogodependientes y podrían formar parte de los entrenamientos asertivos, dado que cuanto mayor sea su habilidad para defender de forma adecuada sus derechos y expresar de forma clara y oportuna sus sentimientos y opiniones se estará contribuyendo a reducir su riesgo de recaída en el consumo de sustancias, sobre todo por tener una mayor habilidad para hacer frente a las presiones sociales para el consumo.

Nuestros resultados son bastante novedosos porque, a diferencia de los estudios realizados hasta el momento, nos permiten establecer la capacidad predictiva de la mayoría de las dimensiones de la asertividad, así como de la asertividad global, aunque no todas se comportan en la misma dirección. La importancia de estos resultados estriba en el hecho de que los clínicos e investigadores que trabajamos en la rehabilitación de personas con drogodependencias, debemos analizar con más detalle qué es lo que enseñamos cuando diseñamos y llevamos a cabo los entrenamientos asertivos, pues deberíamos seleccionar con especial atención el tipo de habilidades sociales objeto del tratamiento.

Otro de los objetivos en este trabajo era medir la capacidad predictiva que tendría la cronicidad de consumo de drogas en las recaídas. De acuerdo con los resultados la cronicidad del consumo de drogas predice la abstinencia, indicando que a mayor cronicidad de consumo de drogas, menor es el riesgo de recaer. Es factible que cuando las personas buscan tratamiento para su adicción y llevan mucho tiempo consumiendo dosis elevadas de drogas, hayan tenido experiencias que luego les sirvieran como motivación para no consumir y, por tanto, durante los seis primeros meses desde su desintoxicación, se mantuvieran en firme con sus objetivos terapéuticos.

Estos resultados nos explican tanto las diferencias de la motivación por parte de los pacientes para realizar tratamiento de su adicción como el mantenimiento de la abstinencia y nos conducen directamente al modelo de Prochaska (Prochaska *et al.*, 1994). Recordemos que el modelo describe y delimita las variables y elementos que los individuos ponen en marcha, de forma intencional, en el proceso de cambio de una conducta adictiva. El modelo propone que en dicho proceso se dan tres dimensiones: estadios, procesos y niveles de cambio. Los

estadios hacen referencia a diferentes etapas motivacionales, los procesos son conductas (observables o no) que los sujetos realizan encaminadas a modificar su comportamiento adictivo, referidas a las diferentes estrategias de afrontamiento que tienen que poner en práctica en diferentes estadios de cambio y los niveles son cambios necesarios que se tienen que producir para abandonar una conducta adictiva. Una de las partes centrales es la dimensión temporal, aquella que divide el proceso en etapas y que nos permite analizar el grado de motivación para el tratamiento y la etapa donde se sitúa el usuario al inicio del mismo, ya que los autores señalan que los drogodependientes pasan entre dos y siete veces por dichas etapas antes de abandonar por completo su consumo.

En general, nuestros resultados ponen de manifiesto la importancia de llevar a cabo entrenamientos asertivos para la prevención de las recaídas en las drogodependencias y nos indican la cautela en la elección de las habilidades asertivas así como en la selección de los instrumentos de evaluación para la asertividad. En este caso, puesto que las dimensiones del RAS no van en la misma dirección a la hora de predecir las recaídas, podríamos estar evaluando indistintamente agresividad y asertividad. Es posible también que las dimensiones o factores encontrados por Carrasco *et al.* (1983) y utilizados en este estudio sean muy volátiles y no se repliquen en otros trabajos que se realicen sobre el RAS. Por ejemplo, un análisis factorial exploratorio realizado recientemente sobre dicho inventario (Caballo *et al.*, 2014) obtuvo seis factores completamente diferentes a los encontrados por los autores anteriores. Además, muchos ítems (al menos 12) saturan en tres o más factores en el estudio de Carrasco *et al.* (1983), lo que complica cualquier tipo de interpretación sobre los factores y su posterior utilización de los mismos, como puede haber ocurrido en la presente investigación. No obstante, el entrenamiento de la conducta asertiva es una herramienta fundamental en el tratamiento de las drogodependencias. Se sugiere que a la hora de evaluar se consideren también las puntuaciones de cada dimensión como un indicador de un área que debe explorarse, con el fin de identificar cuáles son los aspectos del entrenamiento en conducta asertiva que realmente benefician al drogodependiente. Tradicionalmente, se ha considerado que la asertividad se caracteriza por la emisión de conductas que expresan los derechos y sentimientos de la persona sin herir a los otros. También, algunos autores, la han abordado como un continuo que va desde la pasividad, pasando por la asertividad, hasta la conducta agresiva (Caballo, 1993).

El presente estudio presenta algunas limitaciones que futuras investigaciones deberían tener en cuenta. En primer lugar, la elección del instrumento ha sido algo forzada, pues si bien es cierto que existe una amplia gama de medidas de autoinforme para evaluar la asertividad (véase Caballo, 1997; Caballo *et al.*, 2014), utilizamos el RAS debido a que ya se había usado con personas consumidoras de drogas (p. ej., Ruben *et al.*, 1984) y a que otros cuestionarios de asertividad nos planteaban algunas limitaciones. Por ejemplo, de los más habituales, consideramos que el "Inventario de aserción" (*Assertion Inventory*) de Gambрил y Richey (1975) no tiene un comportamiento muy apropiado en la población española, tal y como lo señalan Caballo *et al.* (2014) y, de los específicos en el campo de las drogas, el "Cuestionario de aserción" (*Assertion Questionnaire*) de Callner y Ros (1976), nos

encontramos con que no ha sido traducido y adaptado. En segundo lugar, pudiera ser que la solución heptafactorial del RAS propuesta por Carrasco *et al.* (1983) no fuera la más adecuada, especialmente a la luz de datos recientes sobre el análisis factorial de dicho cuestionario (véase Caballo *et al.*, 2014). En tercer lugar, el hecho de utilizar un grupo reducido de usuarios que demandan tratamiento para su dependencia en un Centro de Drogodependencias de Granada no garantiza la representatividad de la muestra, por lo que los resultados obtenidos en el mismo no pueden generalizarse a la población drogodependiente. Futuros trabajos deberían confirmar si los resultados hallados en nuestro estudio difieren o se mantienen en otros Centros con el fin de incrementar la validez externa de estos hallazgos. Sin embargo resaltamos el interés de nuestro estudio en cuanto a que no existe hasta el momento ningún otro que analice de forma prospectiva la asertividad a lo largo del tratamiento. Pensamos que el interés de nuestros resultados se debe al diseño del estudio y al tipo de análisis utilizado que, en nuestro caso, es el modelo de riesgos proporcionales de Cox que evalúa y cuantifica el riesgo de recaída en función de la variable analizada (asertividad).

Referencias

- Alexander, C. N. y Campbell, E.Q. (1967). Peer influences on adolescent drinking. *Quarterly Journal of Studies Alcohol*, 28, 444-453.
- Baldwin, A. R., Oei, T. P. S. y Young, R. (1993). To drink or not to drink: the differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 511-530.
- Bartolomé, P., Carrobes, J. A., Costa, M. y Del Ser, T. (1977). *La práctica de la terapia de conducta*. Madrid: Pablo del Río.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida diaria y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Irurtia, 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.
- Callner, D. A. y Ross, S. M. (1976). The reliability and validity of three measures of assertion in a drug addict population. *Behavior Therapy*, 7, 659-667.
- Carrasco, I., Clemente, M. y LLavona, L. (1983). Análisis de componentes básicos del Inventario de asertividad de Rathus. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 249-264.
- Cox, D. R. (1972). Regression model and life tables. *Journal of the Royal Statistical Society*, 34, 187-220.
- Cox, D. R. y Oakes, D. (1984). *The analysis of survival data*. Londres: Chapman and Hall.
- Díaz, M. I., Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (2012). El proceso en terapia de conducta: la evaluación conductual. En M. A. Ruiz, M. I. Díaz y A. Villalobos (dirs.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual* (pp. 99-152). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- IBM Corp. Released (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: Autor.
- Heimberg, R. G. y Harrison, D. F. (1980). Use of the Rathus Assertiveness Schedule with offenders: a question of questions. *Behavior Therapy, 11*, 278-281.
- Horan, J. J., D'Amico, M. M. y Williams, J. M. (1975). Assertiveness and patterns of drug use: a pilot study. *Journal of Drug Education, 5*, 217-221.
- Hull, D. B. y Hull, J. H. (1978). Rathus Assertiveness Schedule: normative and factor-analytic data. *Behavior Therapy, 9*, 673.
- Lindquist, C. U., Lindsay, J. S. y White, G. D. (1979). Assessment of assertiveness in drug abusers. *Journal of Clinical Psychology, 35*, 676-679
- López-Torrecillas, F. (1996). *Estrés, afrontamiento, variables de personalidad y consumo de drogas*. Universidad de Granada, España.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M. y Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas, *Adicciones, 15*, 127-136.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (dirs.), *Relapse prevention* (pp. 3-67). Nueva York, NY: Guilford.
- McMurrin, M., Blair, M. y Egan, V. (2002). An investigation of the correlations between aggression, impulsiveness, social problem solving, and alcohol use. *Aggressive Behavior, 28*, 439-445
- Moshki, M., Hassanzade, T. y Taymoori, P. (2014). Effect of life skills training on drug abuse preventive behaviors among university students. *International Journal of Preventive Medicine, 5*, 577-583.
- Nevid, J. S. y Rathus, S. A. (1979). Factor analysis of the Rathus assertiveness schedule with a college population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10*, 21-24.
- Prockaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D. y Rossi, S.R. (1994). Stage of change and decisional balance for 12 problem behaviours. *Health Psychology, 13*, 39-46.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy, 4*, 398-406.
- Rodríguez, J. M., Peña, E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema, 14*, 476-482.
- Ruben, D. H., Perra, R. G. y Bakker, R. J. (1984). Validity of norms for drug addicts on the Rathus Assertiveness Schedule. *Psychological Reports, 55*, 125-126.
- Van Hasselt, V. B., Null, J. A., Kempton, T. y Bukstein, O. G. (1993). Social skills and depression in adolescent substance abusers. *Addictive Behaviors, 18*, 9-18.
- Wills, T. A., Baker, E. y Botvin, G. J. (1989). Dimensions of assertiveness: differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 473-478.

RECIBIDO: 12 de mayo de 2014

ACEPTADO: 23 de septiembre de 2014