

Artículo original

Adicciones y déficits en asertividad

Addictions and deficits in assertiveness

María de la Villa Moral^{1*}, Carlos Sirvent², Pilar Blanco³

Resumen

La relación entre adicción y asertividad está bien establecida en la literatura sobre el tema. En este sentido, se ha considerado que los adictos presentan déficits en el continuum Agresividad-Pasividad que define el constructo Asertividad en opinión de Van Hasselt et al. (1993). Entendemos por Asertividad una habilidad personal que nos posibilita la adecuada expresión de nuestras opiniones y sentimientos y que, como competencia emocional, representa una clave de optimización de nuestros recursos de inteligencia emocional intrapersonal, tales como la capacidad de autonomía e independencia de criterio, la autogestión emocional y el control de impulsos. **OBJETIVO:** El objetivo de este estudio es analizar esta relación y explorar los perfiles diferenciales en función de un doble criterio: tanto el relativo al tipo de dependencia (tanto química como afectiva) como por género. **MÉTODO:** Se ha seleccionado una muestra de 328 pacientes en tratamiento en Fundación Instituto Spiral (199 varones y 129 mujeres), entre ellos un 24,4% alcohólicos, 18,9% cocainómanos y alcohólicos, 11% cocainómanos y adictos a opiáceos, etc., y por su interés clínico específico para los intereses investigadores se ha seleccionado un 3,0% de pacientes dependientes emocionales diagnosticados mediante el Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales I.R.I.D.S-100 de Sirvent y Moral (2007). A todos ellos se les ha aplicado el Inventario de Asertividad de Rathus (1973) (versión en castellano de Carrobbles, 1979). **RESULTADOS:** Se ha confirmado la existencia de diferencias significativas ($p < .05$) por género, concentrándose en las subescalas Defensa de intereses, Evitación de enfrentamientos y Manifestación de opiniones, en el sentido de que las mujeres adictas se muestran menos asertivas que los hombres. Asimismo, se han confirmado los severos déficits en asertividad en los pacientes dependientes afectivos. **CONCLUSIONES:** Se abunda en la necesidad de aportar entrenamiento psicosocial en asertividad en los adictos como recurso psicoterapéutico.

Palabras claves: Drogadicción, dependencia afectiva, asertividad, control de impulsos, habilidades sociales, género.

Abstract

The relation between addiction and assertiveness is established well by it in the literature on the topic. In this respect, it has thought that the addicts present deficits in the continuum Aggressiveness - Passiveness that defines the Assertiveness construct in opinion of Hasselt et Goes to. (1993). We understand for Assertiveness a personal skill that us makes possible the suitable expression of our opinions and feelings and that, as emotional competition, represents a key of optimization of our resources of intra personal emotional intelligence, such as the capacity of autonomy and independence of criterion, the emotional auto management and the control of impulses. **AIM:** The aim of this study is to analyze this relation and to explore the differential profiles depending on a double criterion: so much the relative one to the type of dependence (both chemical and affective) as for kind. **METHOD:** There has selected a sample of 328 patients in treatment in Fundación Instituto Spiral (199 males and 129 women), between

them 24,4 alcoholic %, 18,9 % cocaine addicts and alcoholic, 11 % cocaine addicts and addicted to opiates, etc., and by it clinical specific interest for the investigative interests there have been selected 3,0 % of dependent affective patients diagnosed by means of the Inventory of Interpersonal Relations and Sentimental Dependences I.R.I.D.S-100 of Sirvent and Moral (2007). There has been applied to all of them the Inventory of Assertiveness of Rathus (1973) (Carrobles, 1979, Castilian version). **RESULTS:** Has been confirmed the existence of significant differences ($p < ,05$) for kind, centering in the subscales Defense of interests, Avoidance of personal clashes and Public Manifestation of opinions, to the effect that the addicted women prove to be less assertive than the men. Likewise, the severe deficits have been confirmed in assertiveness in the dependent affective patients. **CONCLUSIONS:** One abounds in the need to contribute psychosocial training in assertiveness in the addicts as psycho therapeutic resource.

Keywords: Drug addiction, affective dependence, assertiveness, control of impulses, social skills, gender.

Recibido: 04/12/0 - Aceptado: 10/10/10 – Publicado: 10/05/11

* Correspondencia: mvilla@uniovi.es

^{1,2,3} Universidad de Oviedo

^{2,3} Instituto Spiral

“No tenemos por qué asociarnos a personas que no nos hacen bien, y que nos obligan a pensar que no somos lo suficientemente buenos, y que, si trabajamos duro y somos mejores, tal vez algún día podamos ser suficientemente dignos. Ésa no es la clave... Es hora de decir: Esto me perjudica y debo dejarlo”.

Melodie Beattie

1. Introducción

Decir lo que queremos, sentir lo que decimos, expresar lo que pensamos... más allá de meros juegos estilísticos son indicadores de autoafirmación personal de forma directa y honesta, vía asertividad. Ciertamente, vivimos en un mundo socioafectivo y relacional complejo construido en buena medida sobre asentimientos, halagos, conformidades simuladas y otras tantas convenciones sociales que forman parte consustancial de nuestros vínculos interpersonales retroalimentados por las condiciones macrocontextuales que nos han tocado vivir (Moral, 2010) ⁽¹⁾. En semejantes procesos socio-relacionales el manejo de impresiones y el dominio de las emociones propias y ajenas nos fortalece a nivel psicosocial, si bien puede debilitarnos a nivel personal, dado el incremento de los obstáculos para la autoexpresión emocional, la espontaneidad y la autoafirmación. En esta búsqueda de la homeostasis emocional mediante la asertividad los sujetos tratan de expresar lo que sienten, lo que quieren, lo que piensan, mediante una comunicación abierta y franca; persiguen lo que desean adoptando una orientación de búsqueda activa en la vida; actúan con congruencia; expresan adecuadamente sus emociones y se manifiestan libremente y se autoafirman de modo adaptativo como en una suerte de conflicto entre inhibición y excitación que se traducirá como equilibrio entre sumisión o pasividad y agresividad en sus procesos interactivos. El ajuste a situaciones globales, sociales, grupales y personales cambiantes como las actuales es necesario como mecanismo de optimización adaptativa a los cambios que han de ser asimilados como si de un *permanecer cambiando* - somos y no somos, a modo heraclitiano-, se tratara.

La palabra "asertividad" proviene etimológicamente del latín *asserere* o *assertum*, que significa "afirmar" o "defender". Pues bien, como autoafirmación y defensa de uno mismo ante los otros sin menoscabo del reconocimiento de las opiniones, emociones y derechos de expresión personal de los demás, tratamos de reducir los obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva, así como ejercemos un eficaz ejercicio de control de ansiedades y culpas y tendemos a la resolución efectiva de posibles conflictos intra e interpersonales. En este sentido, la ausencia de ansiedad en las relaciones sociales es un descriptor básico de la asertividad como manifestación de sentimientos, pensamientos y acciones que autoafirmen al individuo (Flores, Díaz-Loving y Rivera, 1987) ⁽²⁾. La asertividad es una forma de conducta normal, enfatizaron Neidharet, Weinstein y Conry (1989) ⁽³⁾ entendida como mecanismo de autoafirmación personal que, como tal, a pesar de la conceptualización pionera de Salter (1949) ⁽⁴⁾ como rasgo de personalidad no es "algo" que uno posee o no posee de modo similar al error aplicable a la Extraversión *vs.* Introversión, más bien se trata de un *continuum*. Al fin y al cabo, todos tenemos un *quantum* de asertividad al ser conceptualizada en sentido laxo como un ejercicio de respeto por uno mismo y por los demás apoyado en la convicción de que las propias opiniones, creencias, pensamientos y sentimientos son tan importantes como los de cualquier otro individuo, de autopercepción identitaria según la perspectiva propia y ajena, de autogestión emocional, así como de defensa de los propios derechos y de autoexpresión con seguridad sin necesidad de recurrir a comportamientos pasivos, agresivos o manipuladores respondiendo a las necesidades e intereses de los otros sin descuidar los propios (Bishop, 2000; Caballo, 1983;

Delamater y McNamara, 1986; Elizondo, 2000; Güell y Muñoz, 2000; Rees y Graham, 1991) ⁽⁵⁻¹⁰⁾. La preocupación sincera por los derechos propios y de los demás, así como la expresión legítima de los sentimientos representa un comportamiento genuinamente asertivo muy asociada con la gestión de los recursos emocionales. En este sentido, el modelo secuencial de autorregulación emocional (regulación de control, anticipatorio y exploratoria) de Bonano (2001) ⁽¹¹⁾ se centra en el control, anticipación y exploración de la homeostasis emocional expresada en términos de metas de referencia.

En aras de una mayor claridad expositiva convendría realizar un análisis comprehensivo del constructo, así como un exhaustivo análisis diferencial respecto a otras habilidades y rasgos de personalidad. Así, en los estudios sobre el tema se incide en la dificultad de distinguir el constructo habilidad social de habilidad asertiva (Aguilar, 1987) ⁽¹²⁾, en el análisis diferencial con la autoestima (Rodríguez y Serralde, 1991) ⁽¹³⁾ o respecto al locus de control (Österman, Björkqvist, Lagerspetz y cols., 1999) ⁽¹⁴⁾. La asertividad ha sido descrita tanto como una característica de la personalidad (Riso, Pérez, Roldán y Ferrer, 1988) ⁽¹⁵⁾ como un componente de la inteligencia emocional (Bar-On, 1997; Gómez et al., 2000; Mayer et al., 2000) ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, conceptualización esta última más próxima a nuestro posicionamiento epistemológico. Definimos la asertividad como una habilidad psicosocial, indicador de inteligencia emocional intrapersonal mediante la que expresamos adecuadamente nuestras emociones, opiniones, sentimientos e intereses en nuestra interrelación con los demás. Y es que nuestra forma de interactuar con los demás y de (re)conocernos como mecanismo de vinculación a los otros y de aceptación personal y autogestión emocional representa la base de la inteligencia emocional (Cooper y Sawaf, 1997; Mehrabian, 1996; Vallés, 2005) ⁽¹⁹⁻²¹⁾. Baste recordar la definición de Inteligencia Emocional aportada por Goleman (1995a, p. 89) ⁽²²⁾ quien la definió como “*capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones*” y reformulada hasta conceptualizarla como (1998) ⁽²³⁾ “*capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales*”. Precisamente, en el análisis de Gómez et al. (2000) ⁽¹⁷⁾ la asertividad es definida como la habilidad relativa a saber defender las propias ideas, a enfrentarse a los conflictos y a aceptar las críticas y representa uno de los principios básicos de su propuesta de modelo integrado de inteligencia emocional junto al autoconocimiento, el autocontrol, la automotivación, la empatía, la proactividad, las habilidades sociales y la creatividad. En la revisión de García-Fernández y Giménez-Mas (2010) ⁽²⁵⁾ se clasifican las propuestas sobre inteligencia emocional en: a) *modelos mixtos* (Goleman, 1995a,b; Bar-On, 1997) ^(22, 26, 16) en los que se incluyen rasgos de personalidad como el control del impulso, la motivación, la tolerancia a la frustración, el manejo del estrés, la ansiedad, la asertividad, la confianza y/o la persistencia. Así, en el modelo multifactorial de Bar-On (1997) ⁽¹⁶⁾ se incluye la asertividad como un componente de la inteligencia emocional intrapersonal; b) *modelos de habilidades* (Mayer, 2001; Mayer y Salovey, 1997; Mayer y Cobb, 2000; Mayer, Salovey y Caruso, 2000; Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios, 2001; Salovey y Mayer, 1990; Salovey, 2001) ⁽²⁷⁻³³⁾ que fundamentan el constructo IE en habilidades cognitivas para el procesamiento de la información emocional que el individuo ha de potenciar, en base a la práctica y, c) *otros modelos* (Barret y Gross, 2001; Boccardo, Sasia y Fontenla, 1999; Bonano, 2001; Cooper y Sawaf, 1997; Elías, Tobías y Friedlander, 1999; Gross, 2002; Higgins et al. 1999; Matineaud y Engelhartn, 1996; Rovira, 1998; Vallés y Vallés, 1999, 2003) ⁽³⁴⁻⁴⁴⁾ en los que se incluyen habilidades cognitivas, rasgos de personalidad y otros constructos adaptados a distintos ámbitos como el organizacional (Percaz, 2010) ⁽⁴⁵⁾.

En un análisis comprehensivo de los factores determinantes del constructo ha de incidirse en la influencia de la autoestima que puede actuar como variable mediadora tanto en población no clínica como en adictos. Así, mientras una baja autoestima se asocia con distorsiones de la identidad, sentimientos de apatía y pasividad, los individuos con una alta

autoestima tienden a ser más resolutivos, con mayores sentimientos de control sobre las circunstancias y mayor ajuste emocional (Lefevre y West, 1981) ⁽⁴⁶⁾. A este respecto, según Bishop (2000) ⁽⁵⁾, los déficits en autoestima se asocian a comportamientos no asertivos. Por otra parte, las personas asertivas ejercen autocontrol sobre sus acciones y sobre su estado emocional, hallándose relaciones positivas entre asertividad y autoconcepto (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003) ⁽⁴⁷⁾ mediada por la autoestima social como predictor de asertividad. Asimismo, las habilidades para comunicarse actúan como predictoras y mediadoras de la asertividad (Kukulu, Buldukoglu, Kulakac y Koksall, 2006) ⁽⁴⁸⁾.

En el estudio de la relación entre asertividad y psicopatología la mayoría de las investigaciones se han centrado en analizar la relación con la depresión y la ansiedad. Se constata que, por lo general, las personas deprimidas son menos asertivas (Chan, 1993; Hayman y Cope, 1980; Hersen et al., 1995) ⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾, lo cual podría estar mediatizado por el apoyo social y el nivel de autoestima del sujeto (Walker, 1998) ⁽⁵²⁾. En lo referente a los niveles de ansiedad se ha hallado que existe una correlación negativa entre ansiedad social y asertividad (Anderson, 1997; Beidel, Turner y Dancu, 1985) ⁽⁵³⁻⁵⁴⁾, lo cual en los inicios de estos estudios se atribuía a la inhibición conductual de la respuesta del individuo, según el modelo clásico de Wolpe (1969) ⁽⁵⁵⁾, así como a la incidencia de factores cognitivos.

El locus de control interno/externo también se asocia con indicadores de bienestar/desajuste psicológico con tendencias ya sea a la manifestación de mayor estabilidad en el caso del empleo del locus de control interno o de mayor grado de agresión y dominancia en el externo (Österman, Björkqvist, Lagerspetz et al., 1999) ⁽¹⁴⁾. En relación a la asociación entre asertividad y agresividad baste recordar a este respecto la dificultad de apoyar la validez discriminante de escalas en las que se confunden reactivos en los que se evalúa asertividad con otros que exploran agresión, crítica metodológica hecha por Flores (1994) ⁽⁵⁶⁾ mediante la que se incide en la dificultad de fundamentar un análisis diferencial, ya que en el *continuum* de agresión un alto nivel de asertividad puede relacionarse con un estilo de agresión resolutiva elevado, pero en ningún caso un bajo nivel de hostilidad indica una baja asertividad (Turner, 1992) ⁽⁵⁷⁾, si bien la agresividad como mecanismo de afrontamiento más bien representa el manejo negativo de la asertividad. Precisamente, constatadas las dificultades en los análisis diferenciales del constructo asertividad en relación con otras habilidades, mecanismos de afrontamiento y rasgos de personalidad, en algunos estudios como el de Gaeta y Galvanovskis (2009) ⁽⁵⁸⁾ se concluye que la asertividad es una variable que no tiene capacidad explicativa propia, sino una que está construida sobre la base de elementos de otros conceptos.

En la literatura especializada sobre el tema está bien establecida la conexión entre asertividad y drogadicción. En los estudios en los que se vinculan variables de personalidad y de carácter psicosocial y drogodependencias se asocian por lo general los mecanismos de afrontamiento de las incitaciones y presiones grupales y sociales para el consumo, así como las habilidades de asertividad y los procesos de autocontrol, por un lado y, por otro, las propias conductas derivadas de tales situaciones. Así, una vez expuesta la controvertida asociación entre asertividad y respuesta agresiva en población general, aplicado específicamente a drogodependientes convendría matizar que, interpretado como un mal aprendizaje o una tendencia socialmente alentada e interiorizada mediante modelado, la agresividad se ha descrito como factor etiológico asociado al consumo de sustancias psicoactivas. Así, se ha constatado que la agresividad temprana (Martínez, García, Domingo y Machín, 1996) ⁽⁵⁹⁾ es uno de los factores que muestran una mayor asociación con el uso problemático de drogas, sobre todo en estudios longitudinales, a lo que se suman *otros problemas de conducta* como predictores tales como: hiperactividad, rebeldía, pobre autocontrol, dificultad para relacionarse, alienación, conducta antisocial, búsqueda de placer y disconformidad con las normas (Moral, 2007a) ⁽⁶⁰⁾.

La citada asociación entre locus de control interno/externo y asertividad también se ha hallado en estudios sobre drogodependencias, constatándose que los adolescentes con locus de control externo, asertividad inapropiada y baja tolerancia a la frustración son más influenciados por los amigos, lo cual actúa como factor de riesgo, de ahí que la dependencia del exterior asociada a la necesidad de aprobación social se haya esgrimido como factor predisponente (Calafat, Mejías, Amengual y Palmer, 1992; González-Calleja, García-Señorán y González, 1996; Orte, 1993; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006) ⁽⁶¹⁻⁶⁴⁾. También se alude a la baja *tolerancia a la frustración* o al *bajo control de impulsos* como uno de los factores que, junto a los mencionados, mediatiza la interrelación entre factores personales y situacionales y la presunta superación de ese estado a través del consumo. El sentimiento de vulnerabilidad es aplicable a los usuarios de drogas ya que atraviesan por situaciones vitales estresantes que interpretan como incontrolables, con lo que desencadena una sensación de pérdida de control que puede impulsar el mantenimiento del hábito del consumo. En cambio, se ha confirmado la importancia como factor de protección del autocontrol en la experimentación con drogas (López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003) ⁽⁶⁵⁾. Por lo general, el autocontrol se considera de importancia en la fase de mantenimiento del consumo de drogas, así como se ha evaluado la influencia sobre los niveles de consumo excesivo de su déficit, así como la percepción de escaso autocontrol (Santacreu y Froján, 1992; Wills, 1990) ⁽⁶⁶⁻⁶⁷⁾. Específicamente, en drogodependientes en tratamiento en el estudio de Sterling et al. (1996) ⁽⁶⁸⁾ se halló que el control personal era un predictor de la tasa de retención en el tratamiento.

Como es suficientemente conocido, los déficits interpersonales parecen favorecer la aparición y/o mantenimiento de una serie de problemas vinculados a la experimentación y uso de sustancias psicoactivas, si bien se trata de un fenómeno multicausal, de acuerdo con las valoraciones del National Institute on Drug Abuse (2006a, 2006b) ⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾. De este modo, los conflictos personales e interaccionales derivados de la insuficiencia y/o inadaptación de las habilidades sociales representan factores de riesgo para el consumo de drogas. Asimismo, los déficits en habilidades sociales actúan como un elemento concurrente en diversos problemas entre los que se halla la drogadicción. Por otro lado, la conformación de una identidad personal y social adaptativa al *escenario vital* puede actuar como elemento protector ante la dependencia de sustancias psicoactivas. Se ha demostrado que un eficaz grado de competencia en las *habilidades emocionales* (Mayer, 2001; Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990; Salovey, 2001) ^(28-29, 32-33) es fundamental para un satisfactorio funcionamiento social y adaptación psicossocial y escolar. De acuerdo con lo expuesto por Suelves y Sánchez-Turet (2001) ⁽⁷¹⁾, en estudios transversales se ha encontrado una asociación positiva entre asertividad y consumo de tabaco (Carvajal, Wiatrek, Evans, Knee y Nash, 2000) ⁽⁷²⁾. A su vez, Wills, Baker y Botvin (1989) ⁽⁷³⁾ reflejan que el consumo de drogas está asociado con diferentes dimensiones de la asertividad (estrategias para establecer relaciones sociales, para establecer compromisos de pareja y para rehusar al consumo de alcohol y drogas ante la presión externa), en concreto se halló que la asertividad general estaba directamente relacionada con el consumo de alcohol e inversamente relacionada con la dimensión de estrategias para rechazar el consumo bajo presión social. Específicamente, en el estudio de Van Hasselt et al. (1993) ⁽⁷⁴⁾ se estudió la relación entre consumo de drogas y asertividad en drogodependientes en tratamiento incidiendo en las dificultades de en la interacción social y eficacia interpersonal desde la infancia en drogodependientes. Según lo expresado por Sussman (1995) ⁽⁷⁵⁾ se afirma que aquellas personas que adoptan comportamientos de riesgo en lo relacionado al consumo de drogas muestran una mayor pobreza en habilidades sociales, al menos en la habilidad relativa al rechazo asertivo, con respecto a quienes no se implican en los mencionados comportamientos. Por tanto, se ha argumentado por parte de autores como Botvin (2000) ⁽⁷⁶⁾ que las habilidades de asertividad y afrontamiento pueden contribuir a mejorar la resistencia a la presión ante el consumo de drogas.

Especial significación cobra la vinculación entre asertividad y adicciones sociales. En concreto, en algunos de nuestros estudios (Moral, 2007b; Moral y Sirvent, 2006, 2007, 2008, 2009; Sirvent, 2004, 2006, 2007; Sirvent y Moral, 2007a, 2007b) ⁽⁷⁷⁻⁸⁶⁾ nuestro interés investigador se centra en la dependencia emocional descrita como un trastorno relacional indicativo de un *comportamiento desadaptativo contingente a una interrelación afectivodependiente*. Las principales características patognomónicas hacen referencia a: *a)* la posesividad y el desgaste energético psicofísico intenso, *b)* la incapacidad para romper ataduras, *c)* el amor condicional (dar para recibir), *d)* la pseudosimbiosis (no estar completo sin el otro), *e)* el desarrollo de un locus de control externo, *f)* la elaboración de una escasa o parcial del problema, *g)* la voracidad de cariño/amor, *h)* la antidependencia o hiperdependencia del compromiso y, finalmente, *i)* la experimentación de desajustes afectivos en forma de Sentimientos Negativos (culpa, vacío emocional, miedo al abandono) (Moral y Sirvent, 2008b) ⁽⁸¹⁾. Asimismo, a pesar nuestra reticencia ante la concreción de rasgos diferenciadores de un perfil-tipo al uso en modelos etiológicos con base adictiva, algunos rasgos diferenciadores expuestos por Sirvent (2007) ⁽⁸⁴⁾ son los relativos a la constatación de que los dependientes emocionales suelen ser personas vulnerables emocionalmente que manifiestan una ceguera hacia el otro, lo cual se podría explicar por la conjunción de ilusiones y/o atribuciones, hedonismo, y expectativas; tienden a elegir parejas explotadoras, muestran complacencia del inagotable narcisismo de sus parejas, pueden poseer una personalidad autodestructiva y una pobre autoestima, experimentan tendencias a sufrir excesivas preocupaciones relativas a la anticipación de una posible separación de sus parejas (abstinencia y craving), suelen soportar desprecios y humillaciones, no reciben verdadero afecto, tienden a experimentar un estado de ánimo medio disfórico y/o sentimientos de vacío e inestabilidad emocional, como principales criterios descriptores.

A efecto de nuestro interés investigador, por lo general, las personas dependientes emocionales suelen mostrar menos iniciativa en las relaciones interpersonales, puede que interaccionen con un menor número de personas al focalizar su atención en el sujeto del que dependen, lo cual puede que suponga una menor frecuencia de contactos sociales motivado por sus niveles de dependencia. Todo ello estaría mediado por sus déficits motivacionales, los desajustes identitarios, su baja autoestima y otros descriptores sintomáticos descritos. Recordemos que según Caballo (1997) ⁽⁸⁷⁾ podría hablarse de dos estilos comportamentales aplicables a población general y muestras clínicas: uno de ellos propio de individuos que se comportan de *forma pasiva e inhibida* no ejerciendo su derecho a expresar sus ideas, opiniones, sentimientos y necesidades para evitar posibles conflictos y otro el de aquellos que hacen uso de un *estilo agresivo* mediante el que no se toman en consideración los derechos de los demás a ser tratados con respeto. En este sentido, si bien la conducta pasiva se encuentra relacionada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad y sobre todo, con baja autoestima (Güell y Muñoz, 2000) ⁽⁹⁾, mediante la conducta agresiva se violenta la expresión de las emociones e intereses propios, de modo que el recurso a la manipulación actúa como indicativo de un déficit en asertividad, como en una suerte de trama ante conflicto de intereses, de empleo de chantajes y juegos de poder que implica insinceridad y flagrante ruptura de los derechos ajenos y propios. Ciertamente, existen diversas formas de manipular a otras personas. Neidharet, Weinstein y Conry (1989) ⁽⁸⁸⁾ se refieren a algunas de estas conductas manipulativas, entre ellas la *agresividad o intimidación* adscrita como la forma más común de falsa asertividad, el *desvalimiento* o conducta pasiva de solicitud de ayuda de forma indirecta, la culpabilidad como forma de manipulación que suele consistir en acusaciones de egoísmo o en la reclamación de ciertos deberes u obligaciones, así como otras conductas manipulativas como la *crítica*, el *ridículo* y *dudar de los motivos* (recogido por Naranjo, 2008) ⁽⁸⁹⁾.

De entre los múltiples mecanismos de afrontamiento de los conflictos interpersonales en la temática de las dependencias sentimentales por su interés comprensivo específico se podría citar la huida, propio de un estilo pasivo de comportamiento sumiso, como mecanismo

evasivo que provoca en el sujeto dependiente malestar y frustración y el estilo manipulativo con el desempeño de roles de victimización mediante el que se induce a generar sentimientos de culpabilidad en los otros. Baste recordar a este respecto las modalidades de comunicación incorrectas (personas huidizas, conformistas, mártires, etc.) resultado de convergencias de conductas agresivas y pasivas de Nehidharet, Weinstein y Conry (1989) ⁽⁸⁸⁾ o los cuatro estilos principales que las personas emplean para enfrentar situaciones de conflicto en su vida: agresivo, manipulativo, pasivo y asertivo expuestos por Santrock (2002) ⁽⁹⁰⁾. Por tanto, en el *continuum* entre sumisión y agresividad se halla la asertividad como mecanismo de autoexpresión franca y de responsabilidad interpersonal.

Abundan en la literatura sobre el tema referencias a las diferencias inter-género en cuestiones tales como la vinculación entre la identidad de género y la afectividad y las emociones (Martínez Benlloch, Bonilla, Gómez y Bayot, 2008) ⁽⁹¹⁾, así como sobre la estructura de los afectos y determinantes socioculturales en el aprendizaje de las emociones en función del género (Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibáñez, 2006; Huston-Comeaux y Kelly, 2002; Kring y Gordon, 1998) ⁽⁹²⁻⁹⁴⁾ y, específicamente, sobre las relaciones de pareja y sus conflictos (Espina, 2002; García, Gómez-Jacinto y Canto, 2002; Gil, Peláez y Sánchez, 2002; Ortiz, Gómez y Apodaca, 2002) ⁽⁹⁵⁻⁹⁸⁾ y en relación al amor romántico y la subordinación social de las mujeres (Esteban y Távora, 2008) ⁽⁹⁹⁾ (véase Moral y Sirvent, 2009) ⁽⁸¹⁾. Respecto al análisis de las diferencias inter-género en asertividad se podría citar el estudio de Garaigordobil y Durá (2006) ⁽¹⁰⁰⁾ en el que se evaluaron las relaciones del autoconcepto y autoestima con sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en una muestra no clínica en el que se concluyó que los hombres obtuvieron puntajes más altos en variables como autoestima, asertividad inapropiada, exceso de confianza, desajuste emocional y tolerancia al estrés, mientras que en indicadores como habilidades sociales apropiadas, adaptación al cambio, cooperación, actitud hacia nuevas tareas y capacidad para el trabajo en equipo las mujeres obtuvieron puntajes superiores. Por lo general, si bien no siempre se confirman las diferencias significativas, en los estudios en los que se confirman estos hallazgos diferenciales, si bien las mujeres suelen poseer pero autoconcepto global (Amezcúa y Pichardo, 2000; Pastor, Blaguer y García-Merita, 2003) ⁽¹⁰¹⁻¹⁰²⁾, sin embargo en relación a la conducta social, las mujeres obtienen puntuaciones significativamente superiores en competencia social (Vordach, 2002) ⁽¹⁰³⁾. En concreto, atendiendo a diferencias transculturales mientras que en algunos estudios con adolescentes turcos se ha hallado que los varones son más asertivos en estudios con población sueca no se confirmaron tales diferencias (Eskin, 2003; citado por Garaigordobil y Durá, 2006) ⁽¹⁰⁰⁾. De acuerdo con los resultados de nuestro equipo investigador se podrían citar como ejemplos estudios con pacientes drogodependientes en tratamiento (Blanco, 2004; Blanco, Sirvent, Moral, Linares y Rivas, 2010) ⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁵⁾ y con dependientes emocionales (Moral y Sirvent, 2009) ⁽⁸¹⁾ en los que se concluye que, aunque no hay un perfil definido en cuanto a la psicopatología de la mujer adicta, se constata la existencia de algunas características diferenciales en asertividad respecto a los varones. En concreto, en las subescalas del Inventario de Asertividad de Rathus (1973) ⁽¹⁰⁶⁾ *Defensa de intereses* y *Manifestación de opiniones* las mujeres son menos asertivas, lo cual ha de ser interpretado de un modo comprensivo incidiendo en variables de socialización diferencial como principales factores explicativos de los perfiles inter-género diferenciales mediada por la psicopatología subyacente de la mujer drogodependiente (mayor desvitalización, actitud más apática y de desánimo, minusvaloración de sus capacidades que redundan en un déficit crónico de autoestima y concepto infravalorativo de sí mismas).

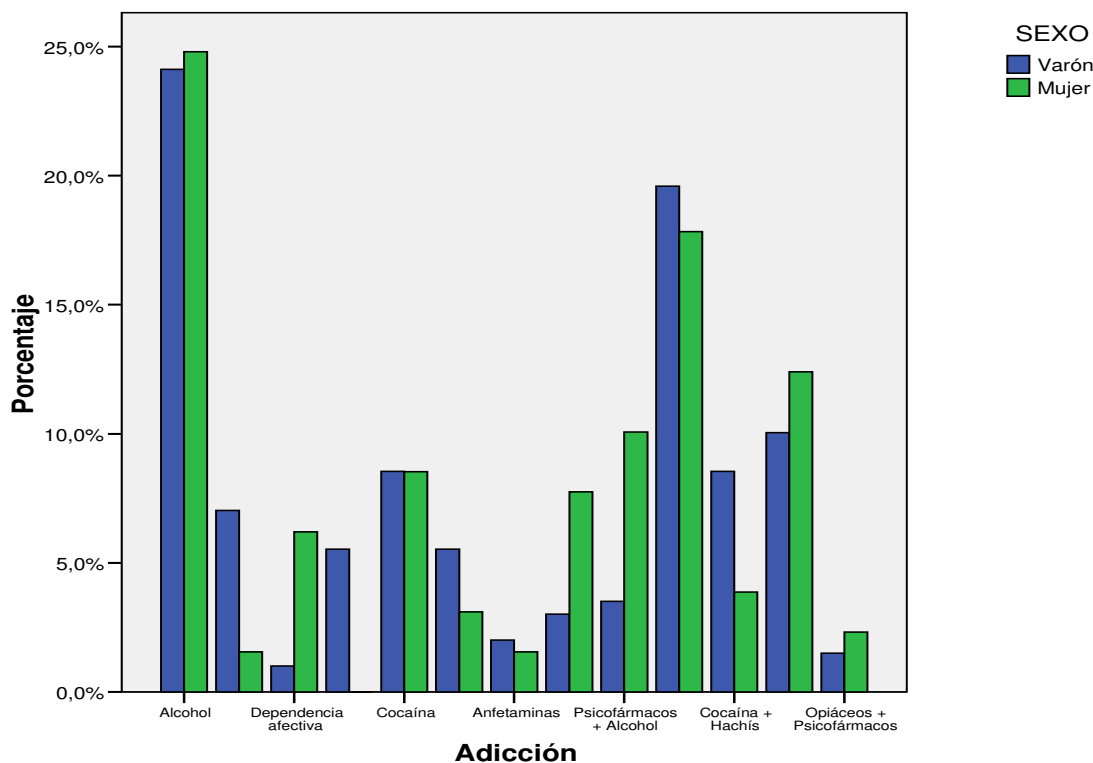
Expuesto lo anterior, el objetivo de este estudio es *analizar la relación entre adicción y asertividad y explorar los perfiles diferenciales en función de un doble criterio: el relativo al tipo de dependencia (tanto química como afectiva) y por género.*

2. Método

Participantes

En este estudio se ha seleccionado una muestra de 328 pacientes en tratamiento por abuso de sustancias en Fundación Instituto Spiral (199 varones y 129 mujeres) con edades comprendidas entre los 17 y los 58 años con una media de 37,7 años (DT=9,384). Han sido clasificados según el motivo de ingreso, entre ellos un 24,4% son alcohólicos, un 18,9% cocainómanos y alcohólicos, un 11% cocainómanos y adictos a opiáceos, y otras poliadicciones y adicciones (véase Gráfico 1), y por su interés clínico específico para los intereses investigadores se ha seleccionado un 3,0% de pacientes dependientes afectivos diagnosticados mediante el Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales I.R.I.D.S-100 de Sirvent y Moral (2007a, 2007b) ^(85, 86).

Gráfico 1. Muestra clasificada por motivo de ingreso y género.



Variabes e Instrumentos

Dado nuestro objetivo investigador nos hemos centrado en este estudio en el análisis clínico y psicosocial de la asertividad. Para ello, se ha aplicado el *Inventario de Asertividad* (AR) de Rathus (1973) ⁽¹⁰⁷⁾, en su versión en castellano de Carrobbles (1979) ⁽¹⁰⁷⁾. Se trata de una escala autoaplicada compuesta por 30 ítems, respecto a los cuáles el sujeto debe mostrar el grado de

acuerdo o desacuerdo, en una escala de -3 a 3, según se estime como característico de su conducta. Este inventario incorpora los principales elementos que forman parte de la conducta asertiva, entre los que se incluyen las *Manifestaciones personales*, la *Defensa de los derechos e intereses personales*, la *Comunicación de sentimientos personales*, la *Evitación de enfrentamientos personales*, la *Manifestación pública de opiniones personales*, la *Espontaneidad* y la *Confrontación*. En cuanto a las cualidades psicométricas de la escala, en nuestro estudio se ha hallado un Alpha de Cronbach de ,847 (Media=,355, varianza = ,406, F=44,296, p=,000) para el total de los treinta elementos y los 328 pacientes que han participado en el estudio.

Asimismo, se ha aplicado el *Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias sentimentales I.R.I.D.S.-100* (anterior T.D.S.-100) de Sirvent y Moral (2007a, 2007b) ^(85, 86) compuesto por 100 ítems evaluados mediante escala Likert de cinco puntos (Muy de Acuerdo a Muy en Desacuerdo). Según la estructura factorial obtenida por rotación varimax está integrado por 7 escalas (triada dependiente, acomodación, autoengaño, sentimientos negativos, identidad y fuerza del ego, antecedentes personales y triada codependiente) y 23 factores sindrómicos. En este análisis se ha priorizado el análisis de la *Escala de Dependencia Emocional* y de los factores pertinentes al objeto de estudio.

Procedimiento y análisis de datos

De entre la batería de test aplicados a la población de drogodependientes en tratamiento en este estudio se han seleccionado los resultados relativos al constructo Asertividad. Por motivos terapéuticos la aplicación de las escalas lógicamente no es anónima, si bien cuenta con suficientes garantías de confidencialidad, siendo la aplicación de las escalas es supervisada por personal clínico e investigador autorizado. En virtud de los objetivos planteados se ha propuesto la realización de diversos análisis descriptivos y de comparación de medias. En concreto, pruebas Anova (F de un factor) para determinar la existencia de diferencias significativas en los factores de la escala sobre asertividad aplicada empleando como variable criterio del motivo de ingreso, así como el género con una significatividad de 0.95 grados de libertad a objeto de determinar la existencia o no de diferencias significativas en las variables criterio en los diferentes factores explorados. Para la recogida y procesamiento de los datos se ha empleado el paquete estadístico SPSS/WIN versión 13.0.

3. Resultados

En primer lugar se ofrecen los valores del análisis de comparación de medias mediante el procedimiento de Anova de un factor empleando como variable criterio del tipo de adicción reagrupada en tres categorías de interés (Alcoholismo, Poliadicción y Dependencia Emocional) de acuerdo con los objetivos planteados. Como se expone en la Tabla 2, de acuerdo con la tendencia predicha, las puntuaciones medias son menores (indicativas de mayor déficit) en la submuestra de dependientes emocionales en los factores *Defensa de los derechos e intereses personales* y *Comunicación de sentimientos personales* (F=1.957, p<.05), si bien la submuestra de pacientes con poliadicción en tratamiento presentan una mayor asertividad en los indicadores de *Manifestación pública de opiniones personales* (F=1.821, p<.05) y *Espontaneidad* (F=2.013, p<.05) en relación a las submuestras de alcohólicos y dependientes emocionales.

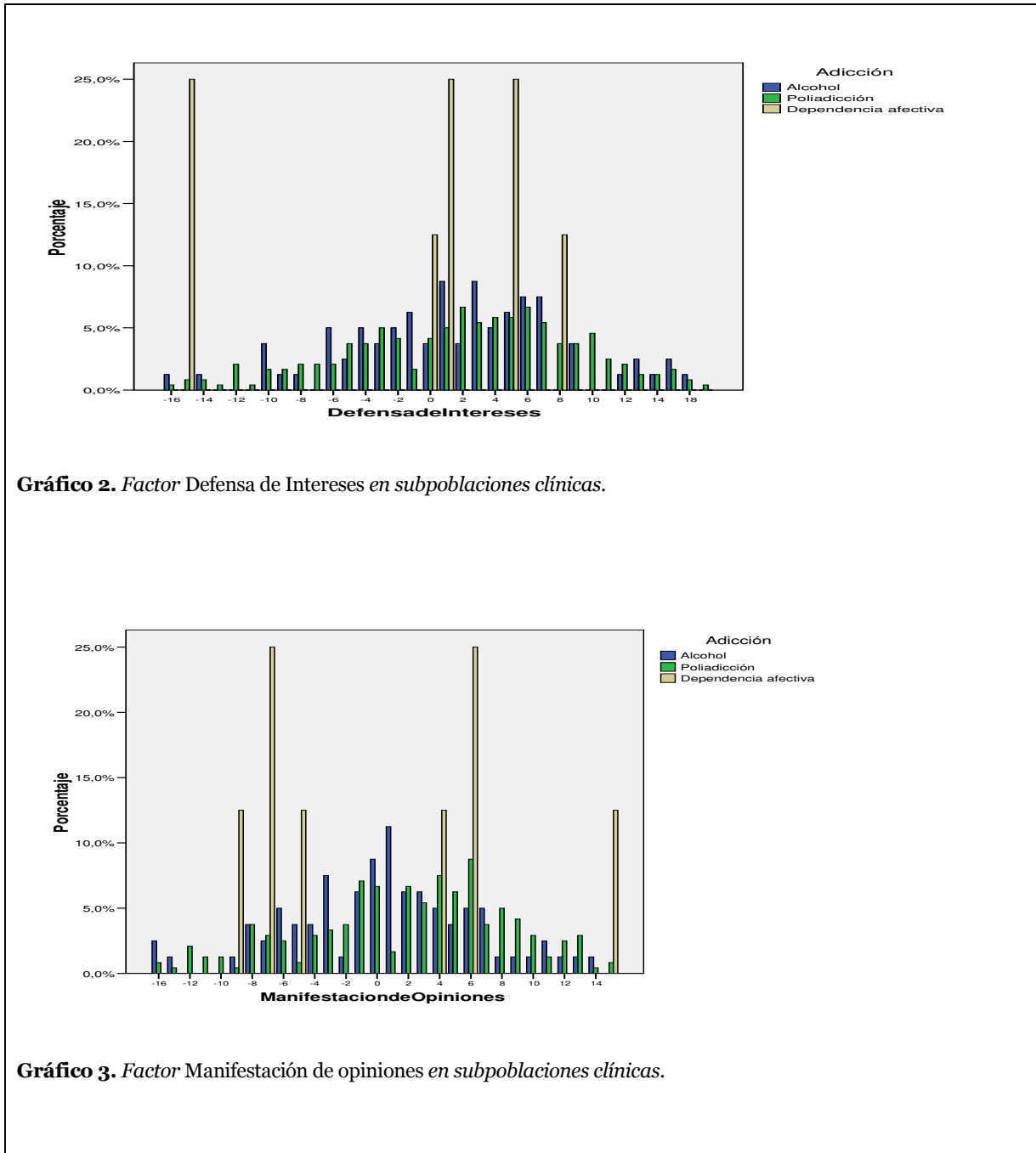
Tabla 1. Comparaciones de medias (ANOVA) entre subpoblaciones en los factores del Inventario de Asertividad de Rathus.

Factores sintomáticos	gl	F	Alcohólicos		Poliadictos		Dependientes Emocionales	
			X	DT	X	DT	X	DT
<i>Manifestaciones personales</i>	327	.536	7.75	1.635	8.92	.938	4.25	1.186
<i>Defensa de los derechos e intereses personales</i>	327	1.957**	1.64	.740	2.10	.457	-1.25	.914
<i>Evitación de enfrentamientos personales</i>	327	.899	-3.26	.819	-2.45	.438	-5.13	.903
<i>Manifestación pública de opiniones personales</i>	327	1.821**	.46	.679	1.98	.418	.38	1.035
<i>Comunicación de sentimientos personales</i>	327	1.957**	1.64	.740	2.10	.457	-1.25	.914
<i>Espontaneidad</i>	327	2.013**	2.98	.736	4.42	.353	3.13	1.301
<i>Confrontación</i>	327	.594	4.09	.861	5.09	.454	4.50	1.163

* p<.01, ** p<.05

A título ilustrativo se aportan los correspondientes Gráficos en los que se representa la distribución de puntuaciones en las subpoblaciones descritas (alcohólicos, poliadictos y dependientes emocionales) en los factores donde las diferencias de medias son significativas *Defensa de los derechos e intereses personales* (Gráfico 2), *Manifestación pública de opiniones personales* (Gráfico 3) y *Espontaneidad* (Gráfico 4). Ello es indicativo de que la asertividad se manifiesta con unos perfiles clínicos y psicosociales de cierta singularidad en función del tipo de adicción.

Gráficos 2-4. Diagramas de barras. Factores en población clínica.



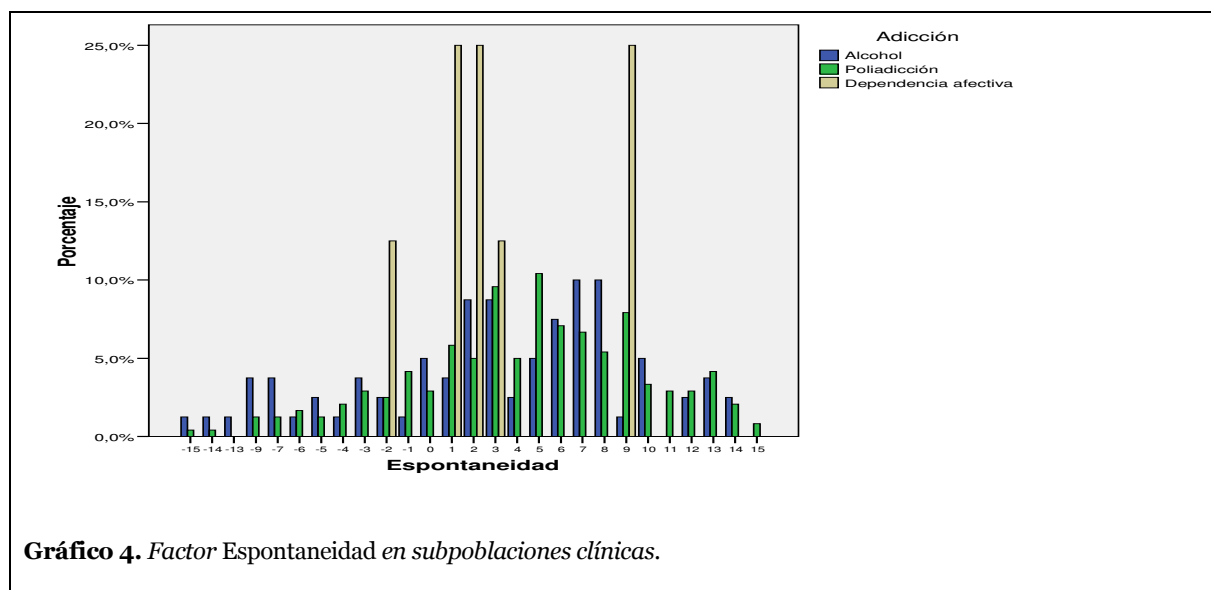


Gráfico 4. Factor Espontaneidad en subpoblaciones clínicas.

En relación al segundo objetivo de investigación planteado se ha confirmado que existen diferencias intergénero entre las subpoblaciones descritas en todos los factores explorados, a excepción de los de *Espontaneidad* y *Confrontación* donde las diferencias no han resultado significativas. En concreto, las mujeres adictas en tratamiento presentan una mayor evitación de enfrentamientos personales ($F=15.041$, $p<.01$), mientras que los varones hacen gala de manifestaciones personales más directas ($F=1.884$, $p<.05$), con defensa de derechos e intereses personales ($F=5.767$, $p<.01$) y se muestran más receptivos a comunicar abiertamente sus sentimientos personales ($F=5.510$, $p<.01$) en relación a las mujeres drogodependientes y dependientes emocionales que presentan perfiles de asertividad con menor autoafirmación personal (véase Gráficos 5 a 8).

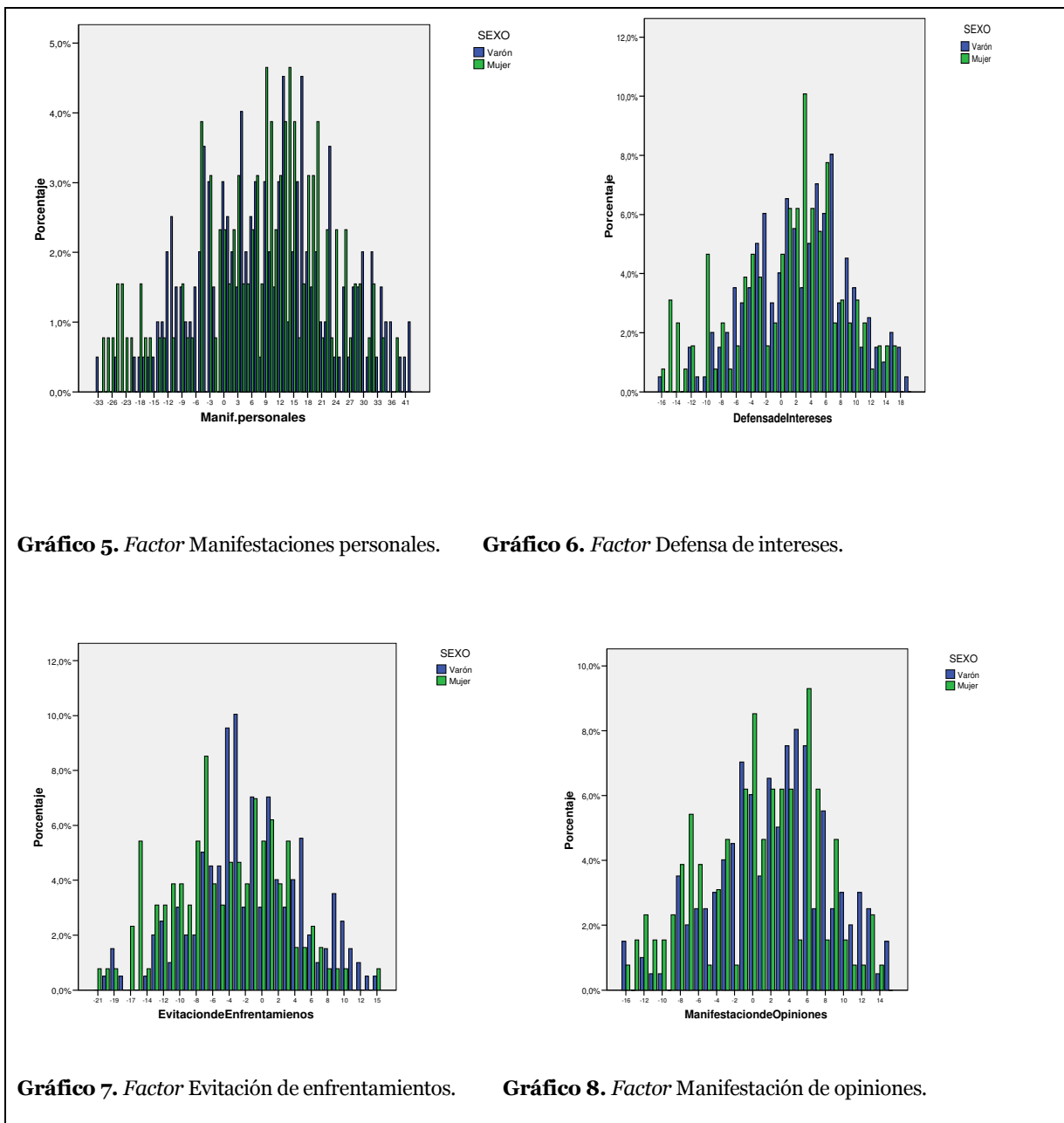
Tabla 2. Diferencias inter-género en los factores descriptores de Asertividad. Comparaciones de medias (Anova de un factor).

Subescalas. Descriptores	Factores	gl	F	Varón		Mujer	
				X	DE	X	DE
<i>Manifestaciones personales</i>		326	1.884**	9.20	1.040	7.47	1.294
<i>Defensa de los derechos e intereses personales</i>		326	5.497*	2.63	.474	.78	.649
<i>Evitación de enfrentamientos personales</i>		326	15,041*	-1.54	.478	-4.53	.611
<i>Manifestación pública de opiniones personales</i>		326	5.767*	2.26	.444	.52	.581

<i>Comunicación de sentimientos personales</i>	326	5.510*	2.91	.495	.88	.710
<i>Espontaneidad</i>	326	.287	3.90	.393	4.25	.534
<i>Confrontación</i>	326	.444	5.05	.503	4.50	.644

* p<.01 ** p<.05

Gráficos 5-8. Diagramas de barras. Diferencias inter-género en los factores de Asertividad.



4. Discusión

“Lo más importante que aprendí a hacer después de los cuarenta años fue a decir no cuando es no”.

Gabriel García Márquez

Como líneas prospectivas de actuación se propone profundizar en el análisis clínico y psicosocial diferencial del constructo asertividad desde un posicionamiento comprensivo. Asimismo, convendría aplicar una metodología multivariante en los análisis discriminantes sobre la conexión entre asertividad y tipo de sustancia psicoactiva consumida, dada la mayor pérdida de control y el estilo asertivo agresivo de algunos drogodependientes (Van Hasselt *et al.* 1993)⁽⁷⁴⁾, así como los patrones atribucionales diferenciales de los alcohólicos comparados con otros adictos (Echeburúa y Elizondo, 1988)⁽¹⁰⁸⁾ y en relación a la población general (véase López-Torrecillas *et al.*, 2003)⁽⁶⁵⁾. En virtud de las diferencias inter-género en asertividad halladas en nuestro estudio, la adopción de una perspectiva de género en adicciones es fundamental, así como la interpretación integradora de semejantes perfiles clínicos y psicosociales. Otra propuesta de actuación es profundizar en la fructífera línea de investigación de las dependencias relacionales y su conexión con la asertividad como conducta de autoafirmación personal y con la inteligencia emocional intra e interpersonal, habiéndose confirmado en nuestro estudio que los pacientes dependientes emocionales tienden a mostrarse menos seguros de sí mismos, presentan déficits de autoafirmación de las opiniones en comunicaciones que no suelen ser fluidas en relaciones con gran asimetría en las que recurren a mecanismos de manipulación, pasividad y/o juegos de poder como indicativo del desdibujamiento de la identidad y como expresión viciada de sus demandas emocionales (Moral y Sirvent, 2008)⁽⁸¹⁾. En cambio, una persona segura de sí misma, expresiva, consciente de sus limitaciones y de sus potencialidades, satisfecha de sí misma, etc., representa el perfil del individuo asertivo, aquel que supera las inhibiciones que dificultan la expresión de las emociones, actitudes, necesidades, opiniones e intereses. Finalmente, ya que la conceptualización de la conducta asertiva como habilidad social enlaza directamente con las propuestas de su entrenamiento y optimización convendría potenciar nuestras intervenciones psicoterapéuticas integradoras incidiendo en el entrenamiento en técnicas de dominio asertivo y estilos de afrontamiento, no sólo a nivel rehabilitador con pacientes en tratamiento, sino eminentemente preventivo desde un posicionamiento psicosocial.

El derecho a disentir, a expresar nuestros ideas con honestidad, a no transgredir la tolerancia ante las opiniones de los otros, a gestionar adaptativamente nuestros sentimientos, a actuar de acuerdo con nuestros deseos y a autoafirmarse optimizando nuestras emociones y promoviendo condiciones de igualdad en las relaciones interpersonales son derechos que definen el comportamiento asertivo cuyo reconocimiento social es escaso, a pesar de considerarse sumamente deseables. Y es que, en sentido laxo o restringido, la sociedad tiende a sancionar a quien se muestra asertivo, aún siendo valorada como una habilidad de la que se derivan ventajas a nivel socioafectivo y relacional. Como expusimos en otra oportunidad (Moral, 2010)⁽¹⁾, en nuestra presentación ante los otros en la vida cotidiana en sentido goffmaniano todos tenemos/ejercemos un *quantum* tanto de autoafirmación como de engaño, de autorespeto y de complacencia, de desvalimiento y agresividad, de responsabilidad e inhibición a sabiendas de que incluso una suerte de sinceridad “desnuda” para con uno mismo y hacia los demás es interpretada como dañina e irreverente (aun cuando convencionalmente sea demandada como

lo deseable), considerándose fuera de la norma sociorelacional. Se legitiman ciertas prácticas de manejo de las emociones propias y ajenas, basadas en el dominio de normatividades psicosociales que, en forma de convención, van adquiriendo categoría de rito. Y es que en las condiciones de desregulación actuales las relaciones humanas se hayan sometidas a unas nuevas proposiciones que redefinen la esfera interpersonal, constatándose una retroalimentación con otros (des)órdenes a nivel social, comunitario y macroestructural, todo lo cual redundando en la *patologización de la interdependencia* (Moral y Sirvent, 2008) ⁽⁸⁰⁾. A nivel relacional, se está creando una sociedad de estilos vitales y afectivos interdependientes junto a la proliferación de exacerbados individualismos ante otras crisis colectivas (Giddens, 2000; Greenberg, 2000) ^(109, 110) que afectan a la propia representación social de las emociones, estilos de afrontamiento y habilidades interpersonales. En este sentido, generalmente se impone la “realidad” disfuncional conflictuada de las apariencias, conflictos e inhibiciones, que son reales en sus efectos, sobre la recursividad de lo (supuestamente) deseable: *decir lo que queremos, sentir lo que decimos, expresar lo que pensamos...*

Referencias

- (1) Moral MV. Engaño y deseabilidad social. I Encuentro sobre la Mentira y el Autoengaño en la sociedad actual. Fundación Instituto Spiral, Madrid, 7 de Octubre de 2010.
- (2) Flores M, Díaz-Loving R, Rivera S. MERA: Una medida de rasgos asertivos para la cultura mexicana. Revista Mexicana de Psicología, 1987, 4(1): 29-35.
- (3) Neidhardt J, Weinstein M, Conry R. Seis programas para prevenir y controlar el estrés. Madrid: Deusto; 1985.
- (4) Salter A. Conditioned reflex therapy. New York: Farrar, Stratus and Giroux; 1949.
- (5) Bishop S. Desarrolle su asertividad. Barcelona: Gedisa; 2000.
- (6) Caballo V E. Asertividad: definiciones y dimensiones. Estudios de Psicología, 1983, 13: 52-62.
- (7) Delamater RJ, McNamara JR. The social impact of assertiveness-Research findings and clinical implications. Behavior Modification, 1986, 10: 139-158.
- (8) Elizondo M. (2000). Asertividad y escucha activa en el ámbito académico. México: Trillas.
- (9) Güell M, Muñoz J. Desconócese a ti mismo. Programa de alfabetización emocional. Barcelona. Paidós; 2000.
- (10) Rees S, Graham R. Assertion training: How to be who you really are. London: Routledge; 1991.
- (11) Bonano GA. Emotion self-regulation. En T.J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.), Emotions, Current sigues and future directions. New York: The Guildford Press; 2001.
- (12) Aguilar E. Asertividad: cómo ser tú mismo sin culpas. México: Pax; 1987.
- (13) Rodríguez E, Serralde M. Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill; 1991.
- (14) Österman K, Björkqvist K, Lagerspetz K, Charpentier S, Caprara G, Pastorelli C. Locus of control and three types of aggression. Aggressive Behavior, 1999, 5: 61-65.
- (15) Riso W, Pérez G, Roldán L, Ferrer A. Diferencias en ansiedad social, creencias irracionales y variables de personalidad en sujetos altos y bajos en asertividad. Revista Latinoamericana de Psicología, 1988, 20(3): 391-400.
- (16) Bar-On R. The Emotional Quotient inventory (EQ-I): Technical Manual, Toronto, Canadá: Multi-Health Systems; 1997.

- (17) Gómez Gras JM, Galiana Lopera D, León Espí D. Que debes saber para mejorar tu empleabilidad. Elche: Universidad Miguel Hernández; 2000.
- (18) Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Models of emotional intelligence, In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp.396-420). Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- (19) Cooper RK, Sawaf A. *Estrategia emocional para ejecutivos*, Barcelona: Martínez Roca; 1997.
- (20) Mehrabian A. *Manual for the Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)*, Alta Mesa. Monterrey, CA.; 1996
- (21) Vallés A. *El desarrollo de la inteligencia emocional*. Benacantil; 2005.
- (22) Goleman D. *Emotional intelligence*. New York: Bantam; 1995a.
- (23) Goleman D. *Working with emotional intelligence*, New York: Bantman; 1998.
- (24) Goleman D. *Inteligencia social*. Barcelona: Kairós; 2006.
- (25) García-Fernández M, Giménez-Mas SI. La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado [en línea]*, 15 diciembre 2010, 3(6): 43-52.
- (26) Goleman D. What's your emotional intelligence quotient? You'll soon find out. *Utne Reader*, November/December; 1995b.
- (27) Mayer JD. A field guide to emotional intelligence. En J Ciarrochi, JP Forgas y JD Mayer. *Emotional Intelligence in Everyday Life*. Philadelphia: Psychology Press; 2001.
- (28) Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? En P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3- 31). New York: Basic Books; 1997.
- (29) Mayer JD, Cobb, CD. Educational policy on emotional intelligence: the case for ability scales. In R Bar-On & JDA. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco, Jossey Bass; 2000.
- (30) Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 2001, 1: 232-242.
- (31) Mayer JD, Salovey P, Caruso. Models of emotional intelligence, In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp.396-420). Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- (32) Salovey P. Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy and wise. En J Ciarrochi, JP Forgas, JD Mayer. *Emotional Intelligence in Everyday Life*. Philadelphia: Psychology Press; 2001.
- (33) Salovey P, Mayer JD. *Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, 1990, 9: 185-211.
- (34) Barret LF, Gross JJ. Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. En TJ Mayne y GA. Bonano (Eds.). *Emotions, Current Issues and future directions*, New York: The Guilford Press; 2001.
- (35) Boccardo F, Sasia AR, Fontenla EG. *Inteligencia emocional*. En A Vallés. *El desarrollo de la inteligencia emocional*, Benacantil; 1999.
- (36) Bonano GA. Emotion self-regulation. En T.J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.), *Emotions, Current issues and future directions*. New York: The Guildford Press; 2001.
- (37) Cooper RK, Sawaf A. *Estrategia emocional para ejecutivos*, Barcelona: Martínez Roca; 1997.
- (38) Elias M, Tobias S, Friedlander B. *Educación con inteligencia emocional*, Barcelona: Plaza y Janés; 1999.
- (39) Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 2002, 39: 281-291.
- (40) Higgins ET, Grant H, Shah H. Self Regulation and quality of life: Emotional and non emotional life experiences. En Kahneman, Diener y Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999.
- (41) Matineaud S, Engelhardt D. *Test de Inteligencia emocional*. Madrid: Mr Ediciones; 1996.

- (42) Rovira F. Como saber si un és emocionalment intelligent. *Aloma*, 1998, 2: 57-68.
- (43) Vallés A, Vallés C. *Desarrollando la inteligencia emocional*. Madrid: EOS; 1999.
- (44) Vallés A, Vallés C. La autorregulación para el afrontamiento emocional. En A Vallés y C Vallés. *Psicopedagogía de la Inteligencia Emocional*. Valencia: Promolibro; 2003.
- (45) Percaz M. Buenas prácticas: ni agresividad ni inseguridad ¡Asertividad! *Aghatos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 2010, 10(2): 12-18.
- (46) Lefevre ER, West ML. Assertiveness: correlations with self-esteem, locus of control, interpersonal anxiety, fear of disapproval, and depression. *Psychiatric Journal of University of Ottawa*, 1981, 6(4): 247-251.
- (47) Garaigordobil M, Cruz S, Pérez JI. Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 2003, 24: 113-134.
- (48) Kukulü K, Buldukoglu K, Kulakac Ö, Köksal D. The effects of locus of control, communication skills and social support on assertiveness in female nursing students. *Social Behavior and Personality*, 2006, 34(1): 27-40.
- (49) Chan DW. Components of assertiveness: Their relationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong. *Behaviour, research and Therapy*, 1993, 31: 529-538.
- (50) Hayman PM, Cope CS. Effects of asertion training on depression. *Journal of Clinical Psychology*, 1980, 36(2): 534-543.
- (51) Hersen M, Kabacoff R, Van-Hasselt VB, Null JA et al. Assertiveness, depression, and social support in older visually impaired adults. *Journal of Impairment and Blindness*, 1995, 89(6): 524-530.
- (52) Walker KE. The effect of self-esteem on the relationship between assertiveness and depression. *Dissertation Abstracts International. Section B*, 1998, 58(8B): 4477.
- (53) Anderson RT. Anxiety of ignorance: The determinats of interpersonal skill display. *Dissertation Abstracts International. Section B*, 1997, 57(9B), 5959.
- (54) Beidel D, Turner S, Dancu C. Physiological, cognitive and behavioral aspects of social ansiety. *Behavior Research and Therapy*, 1985, 23(2): 109-117.
- (55) Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press; 1969.
- (56) Flores M. *Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables*. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1994.
- (57) Turner B. Gender differences in old age in ratings of agression/assertiveness. *Current Psychohogy*, 1992, 11(2): 122-127.
- (58) Gaeta L, Galvanovskis A. *Asertividad: un análisis teórico-empírico*. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2009, 14(2): 403-425.
- (59) Martínez J, García J, Domingo M, Machín AJ. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Atención Primaria*, 1996, 18(7): 383-385.
- (60) Moral MV. Personalidad, Personalidad, resiliencia y otros factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia: propuesta etiológica. *Monografía Personalidad y consumo de drogas. Revista Española de Drogodependencias*, 2007a, 32(3): 250-291.
- (61) Calafat A, Mejías G, Amengual M, Palmer A. Control externo e interno y consumo de drogas. *Adicciones*, 1992, 4(3): 219-232.
- (62) González Calleja F, García-Señorán MM, González S. Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 1996, 8(2): 257-267.
- (63) Orte C. Elementos para la construcción de un modelo predictivo de la conducta adictiva (pp. 333-342). *IV Congreso Nacional de Psicología Social*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones; 1993.

- (64) Moral MV, Rodríguez FJ, Sirvent C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 2006, 18(1): 52-58.
- (65) López-Torrecillas F, Paralta I, Muñoz-Rivas M, Godoy JF. Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 2003, 15(2): 127-136.
- (66) Santacreu J, Froján MX. Evaluación del consumo de drogas. En R Fernández-Ballesteros. *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 571-612). Madrid: Pirámide; 1994.
- (67) Wills TA. Stress and coping factors in the epidemiology of substance use. En LT Kozlowski, HM Annis, HD Cappell, FB Glaser, MS Goodstad, Y Israel, H Kalant, EM Sellers y ER Vingilis (Comps.). *Research advances in alcohol and drug problems*, 10. New York: Plenum; 1990.
- (68) Sterling RC, Gotteheil E, Weinstein SP, Lundy A, Serota RD. Learned helplessness and cocaine dependence: An investigation. *Journal of Addictive Diseases*, 1996, 15: 13-24.
- (69) National Institute on Drug Abuse N.I.D.A. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2005. Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. SMA 05-4062). Rockville, MD: SAMHSA. NIDA Notes, 20(6); 2006a.
- (70) National Institute on Drug Abuse N.I.D.A. Studies Identify Factors Surrounding Rise in Abuse of Prescription Drugs by College Students. NIDA Notes, 20(4); 2006b.
- (71) Suelves JM, Sánchez-Turet M. Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*, 2001, 17(1): 15-22.
- (72) Carvajal SC, Wiatrek DE, Evans RI, Knee CR, Nash SG. Psychosocial Determinants of the Onset and Escalation of Smoking: Cross-sectional and Prospective Findings in Multiethnic Middle School Samples. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27: 255-265.
- (73) Wills TA, Baker A, Botvin GL. Dimensions of Assertiveness: Differential Relationships to Substance Use in Early Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57: 473-478.
- (74) Van Hasselt VB, Null JA, Kempton T, Bukstein OG. Social skills and depression in adolescent substance abusers. *Addictive Behaviors*, 1993, 18: 9-18.
- (75) Sussman S. Prevención del consumo de tabaco en niños/as y adolescentes. *Psicología Conductual*, 1995, 3(3): 283-314.
- (76) Botvin GJ. Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factor. *Addictive Behaviors*, 2000, 25: 887-897.
- (77) Moral MV. Adicciones sin droga en la mujer del siglo XXI. Ponencia presentada al III Symposium Nacional de Adicción en la Mujer. Madrid, 25-26 de enero de 2007; 2007b.
- (78) Moral MV, Sirvent C. Disfunciones en dependencia afectiva en bidependientes comparados con adictos y población general. Comunicación oral presentada al IV Congreso Nacional sobre Trastornos de la Personalidad. 16 y 17 de Junio de 2006, Oviedo; 2006.
- (79) Moral MV, Sirvent C. Codependencia y género: análisis explorativo de las diferencias en los factores sintomáticos del TDS-100. *Anales de Psiquiatría*, 2007, 23(3): 90-91.
- (80) Moral MV, Sirvent C. Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 2008, 33(2): 145-167.
- (81) Moral MV, Sirvent C. Dependencia afectiva y género. *Interamerican Journal of Psychology*, 2009, 43(2): 230-240.
- (82) Sirvent C. La adicción al amor y otras dependencias sentimentales. Ponencia presentada al Encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones (pp. 159-161). Chiclana, 9 octubre 2004.
- (83) Sirvent C. Clasificación y sintomatología diferencial de las dependencias sentimentales y coadiciones. Ponencia presentada al I Encuentro Profesional de Dependencias Sentimentales o Afectivas. 20 de Enero, 2006. Madrid.
- (84) Sirvent C. Mentira, autoengaño, adicción y diferencias de género. Libro III Symposium Nacional de la Adicción en la Mujer. Actualización y nuevas propuestas Fundación Instituto Spiral y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. (Madrid); 2007.

- (85) Sirvent C, Moral MV. La Dependencia Sentimental o Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 2007a, 23(3): 95-96.
- (86) Sirvent C, Moral MV. Presentación del TDS-100: Test de Dependencias Sentimentales de Sirvent y Moral. *Anales de Psiquiatría*, 2007b, 23(3): 94-95.
- (87) Caballo V E (dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. I). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores; 1997.
- (88) Neidhardt J, Weinstein M, Conry R. Seis programas para prevenir y controlar el estrés. Madrid: Deusto; 1989.
- (89) Naranjo ML. Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertivas. *Actualidades Investigativas en Educación*, 2008, 8(1): 1-27.
- (90) Santrock J. *Psicología de la educación*. México: Mc Graw Hill; 2002.
- (91) Martínez Benlloch I, Bonilla A, Gómez L, Bayot A. Identidad de género y afectividad en la adolescencia: asimetrías relacionales y violencia simbólica. *Anuario de Psicología*, 2008, 39(1): 109-118.
- (92) Alcalá V, Camacho M, Giner D, Giner J, Ibáñez E. Afectos y género. *Psicothema*, 2006, 18(1): 143-148.
- (93) Huston-Comeaux SL, Kelly JR. Gender stereotypes of emotional reactions: how we judge an emotions as valid. *Sex Roles*, 2002, 47(1/2): 1-10.
- (94) Kring A, Gordon A. Sex differences in emotion: expression, experience and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, 74: 686-703.
- (95) Espina A. Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 2002, 14(4): 760-764.
- (96) García P., Gómez-Jacinto L, Canto JM. Reacción de celos ante una infidelidad: diferencias entre hombres y mujeres características del rival. *Psicothema*, 2001, 13(3): 611-616.
- (97) Gil C, Peláez F, Sánchez S. Elección de pareja estable a través de anuncios de periódico. *Psicothema*, 2002, 14(2): 268-273.
- (98) Ortiz MJ, Gómez J, Apodaca P. Apego y satisfacción afectivo-sexual. *Psicothema*, 2002, 14(2): 469-475.
- (99) Esteban ML, Távora A. El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 2008, 39(1): 56-74.
- (100) Garaigordobil M, Durá A. Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2006, 32(141): 37-64.
- (101) Amezcua JA, Pichardo C. Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 2000, 16: 207-214.
- (102) Pastor Y, Balaguer I, García-Merita ML. El autoconcepto y la autoestima en la adolescencia media: análisis diferencial por curso y género. *Revista de Psicología Social*, 2003, 18(2): 141-159.
- (103) Vordach AM. The relationship between emotional competence and social competence among early adolescence. *Dissertation Abstracts International*, 2002, 63(3-B): 1578.
- (104) Blanco P. Adicción y género: ¿existe relación causal? En: Libro de Actas Encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones (pp. 31-35). Chiclana, 9 octubre 2004.
- (105) Blanco P, Sirvent C, Moral MV, Linares MP, Rivas C. Psicopatología y género en adicciones. Comunicación presentada en: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. *Psiquiatría.com*. Febrero-Marzo de 2010.
- (106) Rathus SA. Escala de asertividad. En P. Bartolomé, J.A. Carrobles, M. Costa, T. Del Ser (Eds.). *La práctica de la terapia de conducta*. Madrid: Pablo del Río. (apéndice); 1979.
- (107) Carrobles JA. Escala de asertividad de Rathus. En: P Bartolome, JA Carrobles, M Costa, T Del Ser (Eds). *La práctica de la terapia de conducta* (pp. 189-210). Madrid: Promolibro; 1979.

Moral M de la V. *Psicologia.com*. 2011; 15:8.
<http://hdl.handle.net/10401/3192>

- (108) Echeburúa E, Elizondo M. Estilo atribucional y locus de control en una muestra de alcohólicos anónimos. *Revista Vasca de Psicología*, 1988, 1: 71-78.
- (109) Giddens A. *Un mund desbocado. El efecto de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus; 2000.
- (110) Greenberg L. *Emociones: una guía interna*. Bilbao: Desdée de Brouwer; 2000.



Trabajo seleccionado para su publicación en la revista *Psicologia.com*, de entre los presentados al XII **Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2011**.

Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Moral M de la V, Sirvent C, Blanco P. Adicciones y déficits en asertividad. *Psicologia.com* [Internet]. 2011 [citado 10 May 2011]; 15:8. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3192>