



**Efectos de la terapia de grupo en el acompañamiento de los familiares de los pacientes
con la enfermedad de la adicción**

Dianne Bisonó Estrella

06-0109

Universidad Iberoamericana

(UNIBE)

Asesor:

Joan Noboa

Santo Domingo, República Dominicana

Junio, 2023

Efectos de la terapia de grupo en el acompañamiento de los familiares de los pacientes con la
enfermedad de la adicción

Dianne Bisonó Estrella

Universidad Iberoamericana (UNIBE)

Nota de autor:

Universidad Iberoamericana (UNIBE), Departamento de Psicología. Proyecto de investigación para optar por la Especialidad en intervención en psicoterapia.

La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Dianne Bisonó, al siguiente correo electrónico: diannebisono@gmail.com

Resumen

El propósito principal de esta investigación fue evaluar los efectos de la terapia de grupo, desde un enfoque cognitivo conductual, en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión de familiares con pacientes adictos en tratamiento, así como mejorar estados emocionales personales y las relaciones intrafamiliares. Se realizó mediante un estudio de caso de una familia, con 3 de sus miembros, dos mujeres y un hombre entre los 29 y 60 años. Participaron en cuatro sesiones de terapias de grupo, por un período de cuatro semanas, donde se trataron temas como la adicción, la codependencia de los familiares y la importancia de los límites. Se utilizaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), al comienzo y al final del programa, para medir los niveles de ansiedad y depresión de cada uno de los participantes, antes y después de la intervención. En las escalas iniciales, los participantes resultaron con niveles de ansiedad y depresión de leves a moderados. Llegaron a consulta con frustraciones, pensamientos distorsionados sobre sí mismos y la relación con el adicto, y vaga comprensión de la enfermedad. Luego de concluir la intervención con la terapia de grupo, se cumplió la hipótesis planteada: la sintomatología de ansiedad y depresión en un inicio había disminuidos a niveles bajos (o sin presencia), evidenciándose también una mejora en las relaciones intrafamiliares, una comprensión de la enfermedad de la adicción y retomar el enfoque hacia su propia vida e independencia de cada cual.

Palabras claves: familia, psicología clínica, adicción, afectividad

Introducción

El periódico El Día en 2018 publicó un artículo acerca de la Encuesta Nacional Sobre Uso y Consumo de todos tipos de Drogas, que realizó el Consejo Nacional de Drogas para ese año, donde se evidenció, según Espinal (2018), que en aquel entonces se estimaba que existían más 300 mil adolescentes dominicanos que consumían alcohol y drogas. Esta cifra no contaba con otros tipos de adicciones, como son la pornografía, sexo, videojuegos, los fármacos de prescripción regular o los juegos de azar.

Por demás, el Ministerio de Salud Pública (2021) alertaba que durante la pandemia hubo un incremento mayor del uso de sustancias como las drogas y el alcohol, de igual manera un aumento negativo en el uso de la tecnología en niños/as y adolescentes, creando dependencia, aislamiento, depresión, ansiedad, dependencia y agresividad.

En este contexto, se impone una vez más un reto para los profesionales de la salud de nuestro país, pues muchas de estas personas en algún momento necesitan de ayuda e intervenciones terapéuticas para salir de estas adicciones y los problemas sociales que pueden causarle a la persona adicta, y es necesario realizar estudios que comprendan estas problemáticas nacionales y crear espacios que puedan brindar estos servicios de manera accesible a todos.

En este mismo tenor, la intervención psicoterapéutica individual de estos pacientes podría beneficiarse de un acompañamiento a la familia, que también suele tener muchas situaciones que resolver desde las relaciones interpersonales entre ellos, hasta la individualidad de cada miembro. A consideración del Centro de Tratamiento CTVT (2017), cuando un paciente toma la determinación de querer cambiar y abandonar su adicción para mantenerse abstinente, resulta imprescindible el apoyo de los miembros de la familia para

poder llevar a cabo dicho cambio, y para que esto suceda, la familia debe estar en sus mejores condiciones psíquicas y emocionales.

Existe una relación muy estrecha, en la mayoría de los casos, entre la adicción de los pacientes que se tratan en consultas y problemas familiares disfuncionales. Monzó (2020) considera que los familiares sobrellevan el dolor de la enfermedad del adicto sin buscar ayuda, muchas veces por años, desarrollándose en los miembros más cercanos al enfermo problemas emocionales como el inadecuado manejo de la conducta, locus de control externo, baja autoestima, comportamientos compulsivos, dificultad para poner límites en las relaciones interpersonales y propensión a los trastornos de ansiedad, depresión y enfermedades psicosomáticas. Estos últimos son muy comunes en los familiares por el sufrimiento que les provoca la situación que viven con un pariente adicto.

En ese sentido, la depresión, según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2023) es una enfermedad común pero grave, que interfiere con la vida diaria, sintiendo la persona una tristeza que persiste con los días y por la pérdida de interés en las actividades cotidianas que se hacía con regularidad y placer, de una manera permanente. Puede sentirse indecisión, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza, pérdida de energía, disminución de la concentración, entre otros síntomas. Dahab et al. (2002) explican que en la depresión aparecen sentimientos de inutilidad y desesperanza, que provocan que la persona piense que ha fracasado en su vida o con alguna situación o persona en particular, como en el caso de los familiares adictos.

Por su parte, Barnhill (2020) explica que el trastorno de ansiedad es más que una respuesta emocional, física y conductual ante una amenaza externa, sino que se manifiesta como un estado emocional de desequilibrio, excesiva preocupación, estrés y displacer de

manera persistente, lo que provoca desasosiego y desesperación en la persona que lo vivencia. Según este autor, en la vida cotidiana, ante una situación estresante, la ansiedad provoca disfunción y angustia excesiva. En este mismo apartado, la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU (2019) establece que los trastornos de ansiedad son afecciones en las que la ansiedad no desaparece y puede empeorar con el tiempo, interfiriendo con las actividades diarias, como el desempeño en el trabajo, la escuela y las relaciones interpersonales.

En esta realidad, la terapia grupal puede ser una herramienta efectiva para el acompañamiento de los familiares de pacientes adictos, la disminución de sus malestares, la mejoría de las relaciones familiares y el enfrentamiento a los trastornos de depresión y ansiedad que puedan experimentar. Para López Gómez (2016) una de las cuestiones más importantes que ofrece la terapia de grupo es la cohesión grupal, que no es más que el apego que se desarrolla entre los miembros del grupo y con el terapeuta. Estas relaciones interpersonales que se establecen en un grupo terapéutico son cruciales para la mejoría de todos los participantes.

Como explica Grimberg (2016), la terapia de grupo es una técnica de psicoterapia muy indicada para personas que sufren ansiedad, fobia, dificultades de relación y/o depresión leve. Estos encuentros incluyen a varias personas a la vez con padecimiento y experiencias similares, lo que permite compartir y escuchar vivencias de otras personas que se encuentran en un contexto o situación parecidos e identificarse con ellos.

Al participar en un grupo de apoyo con otras personas que enfrentan similares problemas y preocupaciones, los familiares pueden disminuir sus sintomatologías depresivas y/o ansiosas. Respecto a las distintas personalidades que se encuentra usualmente en una terapia de grupo, Gotta (2021) considera que esto permite que las respuestas de cada

integrante sean enriquecedoras para los otros, ya que los participantes se verán en los ojos de alguien más, obtendrán diferentes percepciones que lo harán pensar de distintas maneras.

A su vez, reduce la sensación de aislamiento y sentirse comprendidos y apoyados, así como aprender de las experiencias de otros, estrategias y técnicas útiles para manejar la situación y ayudar al paciente adicto, mejorar la comunicación y la relación con otros miembros. (Decima, 2017) confirma, que, por lo general, los miembros cuando entran al grupo llegan con ideas muy distorsionadas sobre ellos mismos y sobre la gravedad del problema al que se enfrentan porque tienden a sobreestimar sus fuerzas personales, su motivación y subestimar sus puntos vulnerables, aspectos que se tratan de manera muy efectiva en un grupo terapéutico.

De igual forma, la terapia grupal permite conocer y comprender la enfermedad de la adicción, para lograr mayor control emocional al enfrentar situaciones familiares tanto con la persona enferma como con los demás cercanos. En este sentido, explica el Centro de Tratamiento CTVT (2017) es necesario que la familia reciba algún acompañamiento de redes de apoyo, como parte del enfrentamiento a la situación familiar y como colaboración al proceso de recuperación del paciente, como estas terapias de grupo, para obtener conocimientos y modificar actitudes que influyan positivamente en el mantenimiento de los cambios logrados por el familiar enfermo. Además, la terapia grupal también puede ayudar a los familiares a trabajar en sus propios problemas emocionales y psicológicos relacionados con la situación, lo cual puede mejorar su capacidad para brindar apoyo al paciente adicto.

Para esta investigación el abordaje de intervención de terapia de grupo utilizada es el T-group. Este modelo de terapia de grupo se caracteriza por ser un grupo no estructurado,

donde se fomenta la participación de todos los miembros, promoviendo el cambio, habilidades sociales, intercambio de conocimientos y experiencia entre ellos.

Highhouse (2002) afirma que el T-Group (o Grupos de Entrenamientos Sensitivos) es una técnica desarrollada por Kurt Lewin en el 1946, y se enfoca en crear espacios y estrategias para que las personas participantes puedan auto conocerse y entrenarse en la comprensión de las relaciones humanas y la comunicación interpersonal. Suele ser un espacio seguro, donde las personas comparten sus experiencias, reciben apoyo emocional y aprenden estrategias emocionales. Según Rojas Arredondo et al. (2009), con esta técnica los miembros del grupo de autoformación estructurado informalmente intentan con la ayuda de un dinamizador experto, en este caso un psicoterapeuta, analizar su estado inicial, los procesos que viven y las relaciones y dinámicas que establecen en distintos ámbitos de su vida.

El T-Group es muy utilizado tanto en la psicoterapia grupal como en el trabajo con colectivos laborales, para mejorar la cultura corporativa y la visión sistémica en las organizaciones.

El realizar una búsqueda en Google académico con el descriptor “Terapia de grupo + familia + adicto + República Dominicana”, no se encontraron investigaciones en el contexto dominicano. Por estas razones, este estudio tiene el propósito principal de evaluar los efectos de la terapia de grupo, desde un enfoque cognitivo conductual, en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión de familiares con pacientes adictos en tratamiento, así como mejorar estados emocionales personales y las relaciones intrafamiliares.

Sin dudas, la terapia grupal puede ser un complemento valioso para el tratamiento de la adicción y el bienestar emocional de toda la familia. Como afirma Félix Alcántara (2019) la práctica en Salud Mental de este tipo de psicoterapia, ha evidenciado ser eficaz y asequible

en el tratamiento de una amplia variedad de trastornos mentales, como los trastornos que nos ocupan de ansiedad y depresión, también trastornos de pánico, adicciones, trastornos de la alimentación y otros trastornos de personalidad, ayudando a las personas a compartir experiencias, valorar otras perspectivas de las situaciones que viven, identificar sus fallas, defectos u errores en el enfrentamiento de la problemática, así como crear estrategias para desarrollar respuestas más adaptativas ante estas.

Método

Participantes de la investigación

La muestra de participantes estuvo compuesta por una familia que recién comenzó las sesiones grupales de acompañamiento y fueron evaluadas por el investigador, a partir de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) determinados para este estudio, donde se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión que presentó cada miembro familiar. Para esta investigación se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo voluntario e intencional, y por conveniencia.

De manera específica, para esta investigación se estudió a una familia que asistió a estas terapias de grupos semanales, que cumpliera con los requisitos de participación en este programa:

- Permanecieron por un mes, iniciaron en la fecha reciente este estudio.
- Evidenciaron en los diagnósticos iniciales síntomas de depresión y/o ansiedad vinculados con su familiar enfermo.
- Pertenecieron a un núcleo familiar de tres miembros o más, con edades entre los 20 y hasta los 60 años de edad.
- Sin distinción de géneros, orientación sexual, grado académico, profesión o nivel socioeconómico.

- Estuvieron de acuerdo voluntariamente con participar de la investigación, dejándolo acordado con la firma de un consentimiento informado.

Instrumentos de investigación

A la familia seleccionada se le aplicó, individualmente, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), al comienzo y al final del programa, con el objetivo de medir los niveles de ansiedad y depresión antes y después de la intervención. La calificación fue de acuerdo con los estándares de estas pruebas, que arrojaron los niveles de gravedad para los síntomas típicos de estos padecimientos.

El Inventario de Ansiedad de Beck, según Sanz y Navarro (2003 citados en Sanz et al, 2012), es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario tiene 21 preguntas, de tipo likert que van de 0 a 3, siendo 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems y va de 0 a 63. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Los puntos de corte que se sugieren para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - Ansiedad muy baja; 22–35 - Ansiedad moderada; más de 36 - Ansiedad severa (Beck y Steer, 1998 citados en Palomino, 2019).

En la investigación realizada por Sanz et al. (2012) se comprobaron los datos de fiabilidad y validez factorial, de este instrumento en una muestra de 307 pacientes. Los resultados arrojaron que la consistencia interna fue elevada ($\alpha = 0,90$). En otras palabras, aquellos pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad puntuaron más alto que aquellos de otros diagnósticos, aunque es importante destacar que no se encontraron

diferencias con el grupo de pacientes que tenían depresión. Es por tanto que el BAI es un instrumento que muestra validez y fiabilidad para la detección de los síntomas de ansiedad en pacientes con trastornos psicológicos.

Por su parte, el Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II; es un instrumento de auto aplicación de 21 ítems. Fue diseñado para evaluar la gravedad de síntomas de depresión en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir a partir de una escala tipo likert que va de 0 a 3 puntos la opción que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Después se suman las puntuaciones de cada ítem. El rango del total puede variar entre 0 a 63 puntos, mientras mayor la puntuación, más riesgo de presentar sintomatología depresiva.

Según Melipillán Araneda et al. (2008), en numerosos estudios se ha comprobado una alta consistencia interna del BDI-II tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de Cronbach, de alrededor de 0,92. En la adaptación española, que es la utilizada en esta investigación, el Inventario para la Depresión de Beck-II obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, de población general y de consultantes con trastornos psicopatológicos.

Procedimientos

Antes de iniciar la investigación se procedió a solicitar el permiso y la autorización de la Clínica Clarium by Fénix, en Santo Domingo, donde se realizó la investigación, durante el período de abril-mayo. Luego, el proyecto fue sometido al criterio y evaluación del Comité de Ética de Investigación de Unibe, obteniéndose en el mes de marzo su aprobación para la realización del estudio. Ya aprobado, se procedió a convocar a los posibles participantes,

explicarle el proyecto y solicitar su consentimiento, que quedó plasmado en la firma del Consentimiento Informado elaborado para este estudio.

De acuerdo con este consentimiento y al anonimato requerido en la investigación, se estableció que todas las pruebas, registros y observaciones sobre la familia, antes, durante y después de la intervención fueran registrados con identificaciones anónimas. Cada miembro de la familia participante se identificó con las letras iniciales de su primer nombre y apellido. Nunca quedaron expuestos los verdaderos nombres en este estudio.

Durante cuatro semanas se realizaron en el centro sesiones de terapia de grupo, con un enfoque T-Group, para los familiares cercanos de los pacientes que estaban internos en la institución, dirigido por la investigadora y un psicólogo clínico, con el objetivo de compartir diferentes puntos de vista sobre la adicción y las relaciones interpersonales con sus familiares y lograr un cambio en los participantes a través de oportunidades de autoconocimiento y autodesarrollo, aprendiendo de las dinámicas del grupo.

En estos espacios se trataron temas como en qué consiste la adicción, la codependencia de los familiares, la importancia de los límites, los sentimientos con relación al paciente adicto y a la situación familiar, el miedo al rechazo y al abandono, y ayudarlos a entender que la adicción es una enfermedad y no una deficiencia moral.

Recolección de datos

A la familia escogida para el estudio de caso, se le aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II), al comienzo y al final del programa, con el objetivo de medir los niveles de ansiedad y depresión antes y después de la intervención. Junto con la aplicación de las escalas, se realizaron registros de las

participaciones de cada miembro en las sesiones grupales, y al finalizar cada sesión un reporte de observaciones por parte del psicoterapeuta.

La intervención se desarrolló en el marco de los programas de ayuda a pacientes con adicción, que realiza la Clínica Clarium by Fénix, en Santo Domingo, República Dominicana. Esto conjunto con los programas de rehabilitación para el adicto, que pueden durar de cinco meses a un año, se realizan en la institución programas de acompañamiento para los familiares cercanos, a través de sesiones de terapia de grupo, a las que los familiares asisten voluntariamente.

Los participantes fueron informados sobre los resultados de la investigación, de manera particular, cuando fue terapéuticamente recomendable en cada situación. Luego de concluida la intervención se esperó que los participantes hubieran disminuidos los niveles de ansiedad y/o depresión con los que llegaron a terapia.

En cuanto al análisis de las pruebas, solo se utilizaron las puntuaciones directas de ambas escalas con su correspondiente interpretación. Al ser un estudio de caso, en vez de tomar las puntuaciones promedio de la familia, se analizó por separado cómo la terapia de grupo influyó en cada uno de los miembros de esta familia. Se realizó una comparación de los niveles encontrados en cada participante antes y después de la intervención.

Resultados

El núcleo familiar que participó de este estudio estuvo compuesto por la madre, identificada en lo siguiente como A.G, el padrastro, identificado con las siglas P.G y la hermana, con las siglas Y.R, todos familiares de la paciente con la enfermedad de la adicción, identificada con las siglas N.R, ingresada en el centro de referencia donde se realizaron las

terapias de grupo. El análisis y los resultados de cada miembro familiar se presentó de manera individual en la investigación.

Se consideró importante para entender estos casos, exponer también algunos detalles de la situación que presenta la paciente-familiar de estos casos de estudios, con el fin de poder hacer un análisis más integrador de la situación actual y su evolución en las personas estudiadas. En tal sentido, N.R, tratada en el centro, es una mujer de 38 años de edad, diseñadora de interiores, divorciada, con una hija de 4 años de edad. Es uno de los tres hijos de la familia.

Cuando N.R llegó a consulta la primera vez, se analizó su historial clínico, donde ya tenía un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno Bipolar, con abuso y dependencia de fármacos. N.R estuvo casada y de ese matrimonio tuvo una hija, pero se separaron por temas de violencia intrafamiliar y otros problemas. Luego ha tenido otras parejas, pero ha sido inestable en sus relaciones interpersonales, igual manera en su ámbito laboral.

Su madre ha tenido que ayudarla económicamente en varias ocasiones, teniendo una gran deuda en la actualidad, y desde siempre le ha costado llevar un estilo de vida estable, y desarrollar un proyecto o plan de vida. Su hija de 4 años también ha sufrido mucho toda esta situación. Llegó a consulta con mucho resentimiento hacia su familia, por eso se encuentra interna en el centro, y se le recomendó a la familia asistir a terapias de grupos de acompañamiento, para desarrollar en todas las estrategias de afrontamiento ante esta situación.

Caso 1: Madre (A.G)**Presentación del caso**

A.G, es mujer de 59 años de edad, de nacionalidad venezolana, de profesión psicóloga clínica. Vive con su esposo, su hija, su madre y sobrina. Tiene tres hijos, de los cuales dos son psicólogos clínicos y N.R, diseñadora de interiores quién está ingresada en la institución.

Es fundadora de un negocio propio junto con sus dos hijos colegas, en constante superación profesional, que incluye tres maestrías en su especialidad.

A.G considera que tiene una buena relación con su esposo y con sus hijos, alega que en su casa siempre se han enseñado los buenos valores, y son judíos. Se describe como una madre muy responsable, pendiente de sus hijos y muy trabajadora.

Desde hace un tiempo viene preocupándose por el comportamiento de su hija N.R, quien ha evidenciado desmotivación, abandono de las actividades cotidianas, actitudes deshonestas en sus relaciones con los demás, abuso de fármacos y un matrimonio fallido.

A.G ha decidido participar en la terapia de grupo de acompañamiento a los pacientes con la enfermedad de la adicción, y colaborar con esta investigación, dejándolo plasmado en el consentimiento informado creado para este estudio.

Antecedentes

Cuando se explora la historia familiar de A.G, se evidencia que proviene de un hogar de mucho abandono, rechazo, abuso y carencias infantiles, lo cual se ha extrapolado a la familia que ha formado, siendo sobreprotectora con sus hijos.

Toda esta situación familiar comenzó hace aproximadamente 5 años, con el matrimonio de N.R, y el nacimiento de su hija. Ahí comenzaron las deudas, el descontrol familiar, luego del divorcio vinieron más relaciones disfuncionales. La relación entre las

hermanas se tornó cada vez más disfuncional por todos los problemas y reproches familiares y, sobre todo, cuando se enteraron de que tenía una gran deuda acumulada.

A.G tuvo que hacerse cargo económicamente de la nieta, resolver en alguna medida el tema de la deuda, y toda esta situación descompensó mucho más a N.R, dando al traste con el desarrollo de una adicción a los fármacos, para paliar su sufrimiento porque consideraba que “nadie la entendía, ni la valoraban”, y eso fue generando un resentimiento con toda la familia, al punto de no llevarse bien con su madre y demás familiares. Para A.G, esta situación se fue saliendo de control cada vez más, sin encontrar solución y sosiego con la familia, hasta el punto de apoyar el ingreso de su hija y solicitar ayuda para sí misma.

Para A.G, lo importante ahora es cambiar su dinámica familiar y que su hija aprenda a manejar sus emociones y sentimientos, porque siente que ha dedicado mucho tiempo a tratar de rescatar a su hija de sus padecimientos y no ha podido lograrlo.

Evaluación inicial

Cuando A.G llegó a consulta presentaba palpitaciones, no podía conciliar el sueño con normalidad y una preocupación excesiva, por lo que dedicaba mucho tiempo a pensar en toda la situación familiar, descuidando sus labores, actividades y el tiempo para sí misma. Por sentirse agobiada, manifestó no poder concentrarse bien en las cosas que cotidianamente debía hacer.

A.G llegó con unos niveles de ansiedad y depresión marcados, con una preocupación excesiva por los comportamientos que estaba evidenciando su hija, de los cuales responsabilizaba en alguna medida a los de su alrededor. Aunque ha intentado solucionar los problemas de su hija, la manera de hacerlo la ha convertido en facilitadora del proceso que hoy vive N.R.

Antes de iniciar la intervención se le aplicó la Escala de Depresión y la Escala de Ansiedad de Beck, obteniéndose en los resultados una depresión leve, con un puntaje de 14 en la prueba y una ansiedad baja con un puntaje de 18.

Formulación del caso

A.G expresó que hace un tiempo viene sintiéndose preocupada y angustiada, porque han vivido en la familia muchas situaciones de malestar que la hacen constantemente sufrir, y que necesita enfocarse en su vida y en su matrimonio. Además, se evidenciaron signos de frustración por sentirse incapacitada para manejar la situación que presenta su hija N.R en la actualidad, a pesar de ser psicóloga clínica de profesión.

Desde el enfoque cognitivo conductual para explicar la depresión y ansiedad, se tomó como referencia para trabajar este caso, la Triada Cognitiva de Beck, en la que para A.G, en su visión propia, ella ha hecho todo por sus hijos, pero eso no ha servido de nada y está en sufrimiento constante porque todo le sale mal; por otra parte, de acuerdo a su visión del mundo y los demás, los otros no hacen lo que tienen que hacer, y el futuro de la familia está en riesgo, es preocupante para ella y cree que pueden surgir mayores problemas, porque ella no ha podido controlar y resolver la situación que le agobia a todos.

Como explica Martínez-Casasola (2020), hay tres elementos que pueden provocar depresión en una persona, si esta lo viera desde una perspectiva negativa o de fracaso. Estos son: los pensamientos negativos hacia él mismo, la visión negativa hacia el mundo que le rodea y los pensamientos desesperanzadores en cuanto al futuro que se aproxima. Esta sensación que la persona ve de una forma tan desfavorable genera un estado de ánimo que puede desencadenar la enfermedad psicológica de la depresión.

En lo antes expuesto sobre A.G, se evidenciaron estos pensamientos negativos, distorsionados y angustiosos que condicionan su malestar actual, por lo que el tratamiento que se decidió aplicar para este caso fue la terapia de grupo, con el empleo de estrategias de la terapia cognitivo conductual. A partir de las terapias de grupo, A.G pudo identificarse y compartir con otros familiares la situación que presenta su familia y lo que vivencia en la casa.

Se buscó también que pudiera identificar los elementos negativos de estas visiones sobre ella y los demás y cómo la afectan, y que mediante el proceso terapéutico ella elaborara estrategias que le permitieran discutir y enfrentar esos pensamientos negativos, desarrollando estrategias más adaptativas, por tanto, bajar los niveles de ansiedad y depresión, y mejorar la situación familiar.

Con la terapia de grupo A.G pudo acoger acciones y estrategias que ella podría implementar en la solución del problema y no aportar más a este, conocer de casos familiares que van teniendo mejoras en sus relaciones y enfocarse en pensamientos positivos y esperanzadores.

Tratamiento y curso

Se realizaron un total de 4 sesiones grupales en las que participó A.G, todos los sábados, con una duración de dos horas y media, para que pudiera entender qué es la codependencia, la permisividad, la complacencia y cómo incorporar a la dinámica familiar límites sanos entre todos, para así contribuir a un mejor ambiente familiar.

En la terapia de grupo se utilizaron técnicas de la terapia cognitivo conductual como la psicoeducación en torno a la adicción, roles y las relaciones familiares con un familiar adicto, y herramientas como el diálogo socrático, la flecha descendente, el etiquetado de

emociones, los juegos de roles y la discusión de pensamientos, según fuera necesario en cada caso y la participación de los miembros en la terapia grupal.

Sesión I. En la primera sesión asistieron los tres miembros familiares, en esta ocasión se buscó que los participantes se conocieran y se pudieran identificar con otras familias. En esa primera sesión se les dio la bienvenida, se presentaron todos los otros miembros de la terapia de grupo, dijeron a quienes acompañaban y cómo se sentían.

A.G evidenció preocupación, pero estaba más tranquila que en la consulta inicial, por el hecho de ya estar inmersos en el tratamiento en el centro de rehabilitación, tanto su hija adicta como ellos, y en esta sesión levantó la mano, expresó cómo se sentía de preocupada e incapaz de resolver sola la situación familiar.

El terapeuta pudo observar en ese momento un temor de que las cosas continuarán iguales en las relaciones familiares y que A.G tenía muchas dudas e incertidumbre sobre la situación de la casa.

Se conversó sobre la enfermedad de la adicción, el rol que debe jugar A.G en su familia y con su hija N.R, como cada cual debe hacerse responsable de lo que le corresponde, no de los demás, y cómo empezar a desprenderse emocionalmente de N.R y a manejar emociones y sentimientos hacia ella.

Sesión II. En esta segunda sesión de terapia familiar asistieron A.G, P.G y Y.R. Estuvieron muy receptivos y muy movilizado con las experiencias de los demás familiares, sobre la responsabilidad que deben de tener ellos con la recuperación del familiar adicto, y también con los límites que tienen que ponerse ellos y ponerle a ella con relación a algún tipo de exigencia o algún tipo de recaída en su proceso. Durante toda la sesión terapéutica, a través del lenguaje corporal comunicaron claramente que estaban siendo muy impactados con la experiencia de los otros familiares participantes.

A.G indicó al finalizar la sesión que se sentía más animada, y que había comenzado a comprender que la terapia de grupo sería un espacio para ella comenzar su proceso de sanación, aprender sobre la codependencia, y los límites. Esta sesión, según refirió A.G, fue vivenciada como una oportunidad para ella mejorar como persona, y quedó muy motivada para sus tareas semanales y la asistencia a las próximas sesiones.

Sesión III. Durante esta sesión A.G tuvo varias participaciones, donde confronta sus propios pensamientos a partir de lo que los otros padres fueron contando. Expresó haberse dado cuenta de cuanto colaboraba negativamente en la situación de su hija adicta y se aceptó como codependiente. Refirió al final de la sesión que se sintió mucho mejor al estar clara de su “diagnóstico”, y cómo hacer para mejorar y poner de su parte. Comprendió que debía dejar que sus hijos vivieran de manera más independiente, que su hija pequeña se mudara de la casa, pues eso haría que su hogar no fuera un lugar aglutinado, sino más ameno, y ella sería también más libre.

Sesión IV. En esta última sesión, A.G expresó en varias ocasiones que se sentía mucho más tranquila por todo el proceso vivido en las terapias y el acompañamiento recibido. Además, a partir de las conversaciones con otros padres y el diálogo socrático que se estableció con el psicoterapeuta, A.G declaró que ya podía quitarse culpa de su vida, pues había estado mucho tiempo buscando respuestas sobre lo que ella había fallado con su familia. A.G dijo que todo el proceso había sido liberador para ella, que sentía deseos de continuar asistiendo a estos encuentros, porque ya se le hacían muy amenos y educativos, no solo por la labor del psicoterapeuta, también por la experiencia compartida con otras familias.

Al finalizar la intervención se le aplicó la Escala de Depresión y la Escala de Ansiedad de Beck nuevamente, obteniéndose en los resultados una depresión mínima, con un puntaje de 7 en la prueba y una ansiedad muy baja con un puntaje de 4.

Resultados de la intervención

Prueba	Pre-intervención	Post-intervención
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Baja (PD=18)	Muy baja (PD = 4)
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Leve (PD=14)	Mínima (PD=7)

Caso 2: Padrastro (P.G)

Presentación del caso

P.G es padrastro de los tres hijos de A.G, dominicano, lleva casado con esta más de 25 años. Es considerado por los hijos como la figura paterna de la familia, lo llaman padre, y es una persona muy importante para N.R, que está interna en estos momentos. Vive en la casa con A.G, suegra, una hija, y una sobrina de A.G.

Antecedentes

P.G ha asumido el rol de figura paterna con los tres hijos de A.G, desde su infancia. A su vez, los hijos de A.G, lo consideran como un padre, pero es el padrastro en realidad. Tiene una buena relación con sus hijos, con los cuales ha sido permisivo y complaciente, sobre todo con las hembras. Por esta razón se le dificulta mucho poner límites a sus solicitudes y comportamientos.

Como se expone anteriormente en el caso de A.G, estos problemas familiares se vienen dando desde hace unos 5 años, donde P.G ha tenido una posición de ayudar a sus hijas, complaciéndose con lo que él pueda y ayudándolas a resolver los problemas, sobre todo con N.R y sus asuntos económicos. Sin embargo, ha tenido una posición pasiva al respecto de todo lo que sucede, dejando que sea la esposa, A.G, quien tome las principales decisiones y por tanto también sea la que más se agobie.

Evaluación inicial

P.G llegó a consulta con todo este conflicto, pero llega más o menos sereno, un poco desvinculado de la situación familiar. En su evaluación inicial se apreció que su posición ante la realidad de las hijas era ser permisivo y complaciente, sobre todo con N.R. No se evidenció ninguna sintomatología física que denotara depresión o ansiedad en su comportamiento.

Cuando se le aplicó las escalas del estudio, resultó que no se evidenciaba depresión, con un puntaje de 7 y una ansiedad muy baja, con 16 puntos.

Formulación del caso

Los resultados de las escalas evidenciaron que P.G es el que más fácil se desvinculó del sistema y la situación familiar, pero no obstante contribuyó a ella, porque a él se le dificulta mucho establecer límites, cuando la hija lo llamaba para que la ayudara con una deuda o con cualquier tema, él accedió y le pagaba las deudas o le prestaba dinero.

Entendiéndolo desde la Triada Cognitiva de Beck, la visión de sí mismo de P.G era de un padre que siempre ha estado presente para su familia, pero no ha sabido hacerlo bien, para evitar todo lo que está sucediendo, su visión del mundo y los demás expone sentirse impotente, porque su esposa siempre ha sido la que ha tomado las decisiones, todos se preocupan de más, no saben relacionarse bien, pero todos merecen su ayuda sea como sea, y

sobre el futuro de su familia, P.G teme que el entorno familiar se perjudique aún más. Sin embargo, se ve a sí mismo como alejado de parte de esta realidad y por esto, los niveles de depresión y ansiedad resultaron bajos.

Llegó a terapia porque está preocupado con lo que está pasando en casa. Tenía incapacidad para decir que no a los otros y enfrentar las situaciones de manera no permisiva y apoyadora. Además, no reconocía el papel que jugaba dentro de la dinámica familiar y la posición que debe adoptar ante los problemas que hoy se presentan, pues se evidenciaron en su discurso pensamientos dicotómicos, creyendo que los padres deben darle todo a sus hijos, ayudarlos y apoyarlos siempre y en todo, porque si no se pierde la conexión y la relación con ellos.

Según Martín Camacho (2000) el pensamiento dicotómico es aquel que implica una tendencia del sujeto a clasificar las experiencias según dos categorías opuestas y extremas, como todo o nada, bueno o malo, sin que haya estados intermedios. Estas personas suelen hacer juicios categóricos sobre situaciones, eventos y otras personas, dándoles a estos significados exagerados y absolutistas, en lugar de tomar en cuenta diferentes puntos de vista y posiciones relativas y tratar de entender las experiencias desde diversos ángulos.

Tratamiento y curso

Se le recomendó asistir a las terapias del grupo de acompañamiento familiar, cuatro sesiones grupales, todos los sábados, con una duración de dos horas y media, con el objetivo de fortalecer su posición ante los hijos, hacerse consciente y participe de la posición que tiene él dentro de la familia y su rol en la situación familiar, para que pueda contribuir a la mejoría de sus hijas, y que A.G y P.G puedan tener criterios unificados entre ambos. Se le indicaron

cuatro sesiones de terapia de grupo los sábados, para que se identifique con otros miembros que juegan su mismo rol familiar.

Se buscó también que P.G comprendiera que ser permisivo y resolverles los problemas a sus hijos no dio buenos resultados y que debía asumir otras estrategias para relacionarse con ellos y para participar de las decisiones familiares, sin que esto vaya a implicar que los lazos afectivos se rompan y ellos se alejen, sino todo lo contrario.

En la terapia de grupo se utilizaron técnicas de la terapia cognitivo conductual como la psicoeducación en torno a la adicción, los roles y las relaciones familiares con un familiar adicto, y herramientas como el diálogo socrático, la flecha descendente, el etiquetado de emociones, los juegos de roles y la discusión de pensamientos, según fuera necesario en cada caso y la participación de los miembros en la terapia grupal.

Sesión I. En la primera sesión asistieron los tres miembros familiares, en esta ocasión se buscó que los participantes se conocieran y se pudieran identificar con otras familias. En esa primera sesión se les dio la bienvenida se presentaron todos los otros miembros de la terapia de grupo, dijeron a quienes acompañaban y cómo se sentía en esta primera sesión.

Es importante recalcar que la primera sesión P.G no habló ni tuvo participación. Él se quedó callado y receptivo y se mostró dispuesto a trabajar con el grupo en las próximas sesiones. Se conversó sobre el rol que debe jugar P.G en toda esta situación y en la relación con sus hijas.

Sesión II. En esta segunda sesión de terapia familiar asistieron A.G, P.G y Y.R. Estuvieron muy receptivos y muy movilizado con las experiencias de los demás familiares, sobre la responsabilidad que deben de tener ellos con la recuperación del familiar adicto, y también con los límites que tienen que ponerse ellos y ponerle a ella con relación a algún tipo

de exigencia o algún tipo de recaída en su proceso. Durante toda la sesión terapéutica, a través del lenguaje corporal comunicaron claramente que estaban siendo muy impactados con la experiencia de los otros familiares participantes.

En esta sesión, P.G expresó que lo que más le había llamado la atención de toda la información compartida en el grupo era la verdadera importancia que tenían los límites sanos en la relación con todas las personas, mucho más con las cercanas. Contrario a lo que P.G siempre había pensado, equivocadamente, esto no significaba que no había afecto, amor o simpatía, todo lo contrario, cuando hay amor, estos límites son necesarios e importantes. Terminó la sesión conforme con lo compartido y dispuesto para la siguiente jornada.

Sesión III. En esta sesión P.G se mostró atento a las experiencias que compartían los otros miembros del grupo, y escuchó con mucha atención las intervenciones de su esposa. Al ser convocado para que participara y expresara sus pensamientos y emociones al respecto de todo lo expuesto en la sesión, dijo haber comprendido que el cerebro es un órgano al que le mueve el placer y, con tal de conseguirlo puede llegar a romper las normas sociales o comportarse de manera inadecuada, como él ha habido hecho con sus hijas, que en vez de enfrentar la situación había optado por lo “más fácil para él” que era darles dinero y resolverles los problemas, al igual que su hija, hoy adicta, que había optado por la vía más fácil para enfrentar sus situaciones.

De igual manera, dijo comprender que en procesos como los que hoy vive su familia, cada cual debe vivir su parte, y él debe respetar eso, y con amor y firmeza, permitir que cada quién experimente por sí mismo las consecuencias de sus actos, algo que él no había hecho con sus hijas anteriormente, siempre revolviéndose y apañando sus problemas y realidades.

Sesión IV. En esta última jornada P.G se mostró tranquilo, más callado que en otras sesiones, pero prestando mucha atención a todo lo que se compartía en el grupo. En una ocasión expresó estar de acuerdo con el psicoterapeuta en que estos tipos de grupos de acompañamiento a familiares son muy importantes, porque brindan ayuda específica y oportuna sobre las adicciones y las relaciones familiares con una persona con esta enfermedad. Además, dijo haber comprendido, después de toda su participación en la terapia, que su hija no era adicta porque ella quería serlo, sino porque el adicto es impotente ante su adicción, y él, gracias este grupo y esta orientación estaba entendiendo mejor a su hija enferma.

Al finalizar esta sesión se le aplicó la Escala de Depresión y la Escala de Ansiedad de Beck nuevamente, obteniéndose en los resultados una depresión mínima, con un puntaje de 0 en la prueba y una ansiedad muy baja con un puntaje de 3.

Resultados de la intervención

Prueba	Pre-intervención	Post-intervención
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Baja (PD = 16)	Muy baja (PD = 3)
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Sin depresión (PD = 7)	Sin depresión (PD = 0)

Caso 3: Hermana (Y.R)**Presentación del caso**

Joven de 29 años de edad, de nacionalidad dominicana, psicóloga clínica, especializada en terapia infanto-juvenil. Trabaja en el mismo centro terapéutico de su madre y su hermano. Hizo su maestría en España. Vive en la casa de su madre en la actualidad.

La primera vez que la recibimos en consulta estaba muy preocupada y angustiada con la situación que estaba viviendo la familia con relación a su hermana N.R.

Antecedentes

Y.R ha sido la hija parentalizada de los tres hermanos. Tiene una relación muy cercana con su madre, donde se evidencia en su discurso que no se ha roto el cordón umbilical, teniendo A.G mucho poder sobre sus decisiones. Y.R expresa que desde pequeña ella ha sentido la necesidad de buscar la validación y aprobación de mamá y desde siempre ha creído que tiene que hacer las cosas perfectas para que la validen.

Y.R también se preocupaba mucho por la imagen y por lo que su madre pudiera pensar de sus acciones y decisiones. Se mostró una necesidad muy marcada de aceptación por parte de la madre de cómo es ella, y por ende vivía con mucha presión.

A pesar de esto, Y.R expresa tener buena relación con sus padres y su hermano, sin embargo, con la hermana N.R que está ingresada en el centro, las relaciones son un poco turbulentas. Y.R expresa que desde siempre la atención familiar ha estado puesta en la actual paciente N.R, su hermana, y que todo esto le ha generado mucho conflicto, y que por esta misma razón la familia hoy vive tal situación.

Evaluación inicial

Y.R llegó con muchas manifestaciones de ansiedad y con una tristeza profunda, referida desde psiquiatría. Inicialmente hubo que medicarla debido a que la situación familiar se la estaba tomando muy a pecho, muy preocupada, sintiendo que tenía la responsabilidad de resolverla.

Presentaba una preocupación excesiva que no la dejaba conciliar el sueño con calidad, palpitaciones, sudoraciones en las manos y muy angustiada. Tenía mucho resentimiento hacia su hermana N.Y, y la culpaba a ella de todo lo que estaba sucediendo en la familia.

Al llegar a la terapia de grupo se le aplicó la escala de depresión y la escala de ansiedad de Beck, resultando con depresión moderada, con un resultado de 26, y ansiedad moderada con una puntuación de 25.

Formulación del caso

Y.R se siente angustiada porque dice que la familia se ha tornado muy disfuncional, porque hay muchos temas de relaciones entre ellos y está cansada del maltrato de su hermana N.R, la actual paciente, y de lo que ella está generando en la familia. Vive con mucha presión porque siente la necesidad de tener que resolver todo lo que está pasando en la casa.

Al explicar el caso de Y.R desde la Triada Cognitiva de Beck, encontramos pensamientos dicotómicos, y un sesgo de magnificación en su análisis de lo que ocurre en la familia, si tenemos en cuenta que dentro de los sesgos más frecuentes que las personas depresivas utilizan son los de magnificación o minimización. Estos sesgos están relacionados con los pensamientos dicotómicos. Según explica Martínez-Casasola (2020), en estos casos, la persona siempre tiende a exagerar lo que vivencia, ya sea en exceso o en defecto, y siempre desde la perspectiva que le resulte negativa hacia sí.

Particularmente, en el caso de Y.R y su relación con su hermana, esta consideraba que la culpa de todo lo que está sucediendo en la familia lo tenía N.R, y que esto le afectaba directamente a ella, dejando de lado el enfoque en su persona y las responsabilidades que cada miembro tiene y debe asumir en la circunstancia familiar.

Por otro lado, la visión de sí misma de Y.R estaba muy dañada, consideraba que debía hacerse responsable por todo lo que sucedía, pero no podía con esa presión, además, necesitaba de la aceptación de su madre y le permitía tomar decisiones sobre su vida. En relación con el mundo y los demás, N.Y tenía mucho resentimiento, porque todos se comportan de manera inestable y errónea, sobre todo su hermana N.R, a la que no entendía por qué hacía todo lo que hacía. Además, según Y.R, nadie se preocupaba por lo que ella estaba sufriendo. Por último, sobre el futuro que previa, no sabía hacia dónde va su familia, a donde llegaría su hermana con todo lo sucedido y ella vivía sin un proyecto de vida claro y ordenado para su futuro a mediano plazo.

Se necesitaba lograr que Y.R se enfocara en ella, en su vida y sus proyectos futuros y en el desprendimiento emocional con el resto de su familia.

Tratamiento y curso

Se le recomendó a ella y a sus padres, asistir a terapia de grupo de acompañamiento familiar para que se pudieran identificar con familias similares, y en este caso específicamente, con otras hijas-hermanas. Cuatro sesiones grupales, todos los sábados, con una duración de dos horas y media.

Se propuso la terapia de grupo, con un enfoque cognitivo conductual, además de estrategias como la lectura de libros y la escritura de reflexiones personales, para lograr ese

enfoque individual que Y.R necesitaba y fortalecer la identidad propia, la autoestima y la autonomía.

En la terapia de grupo se utilizaron técnicas de la terapia cognitivo conductual como la psicoeducación en torno a la adicción, los roles y las relaciones familiares con un familiar adicto, y herramientas como el diálogo socrático, la flecha descendente, el etiquetado de emociones, los juegos de roles y la discusión de pensamientos, según fuera necesario en cada caso y la participación de los miembros en la terapia grupal.

Se buscó mediante esta intervención que Y.R pudiera poner el foco de su atención hacia dentro, hacia sí misma, para que pudiera enfocarse en su proyecto y plan de vida. Así mismo desprenderse emocionalmente un poco, y de manera saludable, de esa familia aglutinada y poder hacer las cosas que realmente le corresponde y quiera, sin hacerse daño

Sesión I. En la primera sesión asistieron los tres miembros familiares, en esta ocasión se buscó que los participantes se conocieran y se pudieran identificar con otras familias. En esa primera sesión se les dio la bienvenida, se presentaron todos los otros miembros de la terapia de grupo, dijeron a quienes acompañaban y cómo se sentía en esta primera sesión.

Y.R dijo sentirse con mucha tristeza, preocupación, mucho miedo y mucha inseguridad, pero esperanzada de que con la terapia podría sentirse mejor, participó en la sesión y se mostró dispuesta a trabajar junto con el grupo. Se conversó sobre el rol de Y.R dentro de este sistema, para que cada uno asumiera solo su cuota de responsabilidad, y el control de su vida, desligándose de lo que le corresponde al otro.

Sesión II. En esta segunda sesión de terapia familiar asistieron A.G, P.G y Y.R. Estuvieron muy receptivos y muy movilizado con las experiencias de los demás familiares, sobre la responsabilidad que deben de tener ellos con la recuperación del familiar adicto, y

también con los límites que tienen que ponerse ellos y ponerle a ella con relación a algún tipo de exigencia o algún tipo de recaída en su proceso. Durante toda la sesión terapéutica, a través del lenguaje corporal comunicaron claramente que estaban siendo muy impactados con la experiencia de los otros familiares participantes.

Y.R en esta ocasión participó en varias ocasiones. Las ideas que más destacó fueron que esta sesión la habían ayudado a comprender cómo funcionaba la co-dependencia y las consecuencias que esta traía para los pacientes adictos, la importancia de los límites interpersonales y los patrones de conducta de las personas con esta enfermedad, lo que le permitió entender desde otra óptica la situación que su hermana mayor presentaba.

Sesión III. Esta sesión fue muy significativa para Y.R, después de escuchar con mucha atención la intervención de otros miembros del grupo, quiso compartir lo que hasta el momento ella había captado de todo lo trabajado en las sesiones anteriores. Y.R dijo haber comprendido que estaba muy errada hasta el momento, en relación con la manera en la que ella vivía la relación con su hermana, lo que la había llevado muy angustiada a la terapia de grupo en un principio. En este sentido Y.R expresó las siguientes ideas: “Es parte de la vida misma pasar por situaciones adversas familiares”, “Tener a mi hermana interna no es responsabilidad mía”, “Lo mejor que cada familiar puede hacer por el adicto es hacer su vida independientemente de las decisiones que tome el adicto respecto a su vida”.

Para el final de esta sesión, Y.R se mostró más tranquila y relajada, con una posición más erguida y segura, como si le hubieran quitado un peso de encima.

Sesión IV. En esta sesión final, Y.R se mostró más relajada y segura. Escuchó con atención lo que los participantes expresaron, al igual que a su madre, quién, en concordancia con Y.R, consideró que debía darles más espacio e independencia a sus hijas. Casi al finalizar

el encuentro, Y.R. dijo sentirse muy agradecida por la ayuda y colaboración de todos, y quedarse con dos pensamientos principales de la sesión, en primer lugar, que el amor no es sufrir por el otro sin ningún propósito, como ella creía haberlo estado haciendo mucho tiempo con su hermana, y en segundo lugar, que definitivamente las terapias de grupo y la psicoeducación a la familia sobre la adicción, eran clave para cada uno de sus miembros, tanto para la salud mental de ellos mismos, como para que la recuperación del adicto sea de la mejor manera posible.

Al finalizar esta sesión se le aplicó la Escala de Depresión y la Escala de Ansiedad de Beck nuevamente, obteniéndose en los resultados una depresión mínima, con un puntaje de 0 en la prueba y una ansiedad muy baja con un puntaje de 4.

Resultados de la intervención

Prueba	Pre-intervención	Post-intervención
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Moderada (PD = 25)	Muy baja (PD = 4)
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	Moderada (PD = 26)	Sin depresión (PD = 0)

Discusión

Según el Centro Médico Psicológico Bonanova (2017) la terapia de grupo es un espacio altamente potenciador de cambios psicológicos profundos a través del intercambio de experiencias, donde para los participantes se da el reconocimiento, verbalización y manejo de las emociones, así como aprender a relacionarse bien con los demás. Por esta razón esta investigación tuvo el propósito principal de evaluar los efectos de la terapia de grupo, desde un enfoque cognitivo conductual, para la disminución de los niveles de ansiedad y depresión de una familia con una paciente con la enfermedad de la adicción en tratamiento.

Para lograr el cumplimiento del objetivo propuesto se utilizaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II). Explica Melipillán Araneda et al. (2008) que desde que Beck desarrolló estos instrumentos, se han constituido en una de las herramientas más estudiadas y empleadas internacionalmente para valorar la sintomatología depresiva y ansiosa, dadas las positivas cualidades psicométricas que ha mostrado.

Las personas estudiadas para esta investigación, luego de aplicadas las escalas iniciales, resultaron con niveles de ansiedad y depresión de leves a moderados, luego de enfrentar inadecuadamente una situación con un familiar adicto, por un período de 5 años. Los casos estudiados llegaron a consulta con frustraciones, pensamientos distorsionados sobre sí mismos y la relación con el adicto, así como vaga comprensión de la enfermedad. Luego de concluir la intervención con la terapia de grupo, la sintomatología presentada en un inicio disminuyó a niveles bajos o sin presencia de ansiedad o depresión. Lo anterior corrobora lo planteado por Gil Escudero & Rodríguez-Zafra (2022) quienes consideran que las investigaciones de los últimos treinta años sobre el tema han demostrado que diversas

formas de psicoterapia de grupo son igualmente beneficiosas, encontrándose resultados positivos en las muy diferentes variedades de desórdenes psicológicos tanto leves como agudos.

Antes de comenzar la intervención con esta familia, sus miembros presentaban ideas distorsionadas sobre la situación familiar, con sentimientos de frustración por no poder resolver el problema y culpabilidad por la adicción del familiar. También se sentían responsables de todo lo que pasaba en la casa y de lo que el paciente decidía hacer con su vida. La madre no comprendía a la hija enferma, ni sabía cómo relacionarse adecuadamente con ella y ni cómo establecer límites claros y sanos, creando situaciones más tensas. El padrastro no tenía idea de cómo lograr que sus hijas se entendieran mejor. Por su parte, la hermana culpaba a la paciente de todo lo que sucedía en la familia y se sentía responsable de arreglar todo en casa, lo que le causaba mucho estrés y ansiedad, desatendiendo su propia vida.

Durante la intervención con este grupo se trataron temas como en qué consiste la adicción, la codependencia de los familiares, la importancia de los límites, los sentimientos con relación al paciente adicto y a la situación familiar. También se trató el miedo al rechazo y al abandono, así como la psicoeducación sobre la adicción como una enfermedad y no una deficiencia moral, lo que causó un impacto positivo en nuestros casos. Antón-Menárguez, V. et al. (2019) apuntaba que el formato grupal resulta eficiente en etapas tempranas del tratamiento, pues con la terapia de grupo se consigue aumentar el apoyo social, se afrontan situaciones sociales, favorece la percepción de normalización, moviliza recursos personales, promueve las habilidades sociales y reduce el aislamiento. Además, la mayoría de los

pacientes se llegan a sentir satisfechos con este tipo de tratamiento y aceptan la intervención grupal para resolver sus malestares.

A partir de este espacio de terapia, la familia pudo enfrentar sus pensamientos y sentimientos con relación a la adicción, obtener diversos puntos de vistas, conocer de estrategias para relacionarse con el adicto y, sobre todo, pensar en sí mismos como centro de su propia responsabilidad y dejar de girar alrededor del adicto. Cada miembro aprendió sobre lo que le estaba haciendo daño y agravaba la situación de la paciente, y cómo mejorar su estado emocional, relacionarse mejor con su pariente en tratamiento y con ellos mismos. De esta manera, los indicadores que resultaron de las pruebas de ansiedad y depresión cambiaron considerablemente después de terminada la intervención.

Por tanto, se puede concluir, que se cumplieron los objetivos del estudio, demostrándose que la terapia de grupo puede tener efectos positivos en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión tal como evidencian estudios como los de Poves et al. (2010) en España.

No obstante, cabe destacar que los resultados obtenidos en las escalas, de disminución de los síntomas, se deberían comprobar mediante una entrevista a profundidad para constatar que estos resultados se deben a que la familia aprendió a manejar los pensamientos distorsionados. A su vez, se fortaleció la imagen de sí mismos y, por tanto, se dio dicha disminución de los síntomas psicósomáticos que padecían en un principio.

Visto los resultados de este estudio, se recomendó hacer una nueva evaluación en un período más largo de tiempo, luego de terminada la terapia, para constatar la perdurabilidad de los resultados y la evolución de cada miembro de la familia que participó en este estudio de caso. De igual manera, a los participantes se les aconsejó que podrían asistir a más

sesiones de terapia de grupo, de considerarlo necesario para su mejoría y estabilidad emocional. Inclusive que valoraran la pertinencia de asistir a terapias individuales.

Además, para futuros estudios, se recomienda valorar la posibilidad de utilizar otras técnicas cualitativas, como entrevistas a profundidad, para evaluar la evolución de los participantes. De esta manera se podría corroborar otros beneficios y limitaciones de la terapia de grupo en el trabajo con episodios de ansiedad y depresión, en niveles más graves que los aquí estudiados.

Por último, a nivel más general, se sugiere que estudios como este sean tomados como referencia para crear más espacios de terapia de grupo a nivel nacional, desde la salud pública y las organizaciones gubernamentales, que, con bajos costos, puedan satisfacer necesidades de atención de salud mental en la población dominicana con padecimientos tan comunes como los trastornos de ansiedad y depresión.

Limitaciones

Si bien fue cumplido el propósito de esta investigación, es válido destacar que la terapia grupal tiene sus limitaciones, pues el acompañamiento terapéutico no es tan cercano como en la terapia individual. A criterio de F.Zrebiec (2009) en la terapia de grupo los pacientes tienen menos tiempo exclusivo y menor atención que en las terapias individuales, además de que la confidencialidad tiene limitaciones y eso puede no gustarles a todas las personas.

Otra limitación de este estudio a considerar fue el tiempo de intervención de cuatro semanas. Es probable que los resultados pudieran ser más sostenibles en el tiempo y más profundos en las personas estudiadas, si el tratamiento fuera a más largo plazo, al igual que el período transcurrido entre las evaluaciones pre y post intervención.

Referencias

- Antón-Menárguez, V. et al. (2019). *Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria*. Sociedad Española de Médico de Atención Primaria:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-eficacia-intervencion-psicologica-grupal-atencion-S1138359318302806>
- Barnhill, J. W. (2020). *Generalidades sobre los trastornos de ansiedad*. Manual MSD.
Versión para profesionales: <https://www.msdmanuals.com/es-do/professional/trastornos-psiquiátricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estrés/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (2019). *Ansiedad*. MedLinePlus:
<https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html#:~:text=¿Qué%20es%20la%20ansiedad%3F,una%20reacción%20normal%20al%20estrés.>
- Centro de Tratamiento CTVT. (2017). *Los familiares; una pieza fundamental en la recuperación de los adictos*. Centro de Tratamiento Valle del Tietar:
<https://www.ctvtietar.com/blog/los-familiares-una-pieza-fundamental-en-la-recuperacion-de-los-adictos>
- Centro Médico Psicológico Bonanova (14 de septiembre de 2017). *Depresión y terapia de grupo*. Centro Bonanova: <https://www.centrobonanova.com/depresion-2/#:~:text=La%20terapia%20de%20grupo%20es,relacionarse%20bien%20con%20los%20demás.>
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Micini, A. (julio de 2002). *La depresión desde la perspectiva cognitiva conductual*. Revista de terapia Cognitivo Conductual:
<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Decima, P. (2017). *La terapia de grupo en las adicciones*. Diario Puntual:

<https://www.fundacionclinicadelafamilia.org/la-terapia-de-grupo-en-las-adicciones/>

Espinal, M. (2018). 300 mil adolescentes consumen drogas en República Dominicana.

Periódico El Día: [https://eldia.com.do/300-mil-adolescentes-consumen-drogas-en-republica-](https://eldia.com.do/300-mil-adolescentes-consumen-drogas-en-republica-dominicana/#:~:text=300%20mil%20adolescentes%20consumen%20drogas%20en%20República%20Dominicana&text=Alredor%20del%208.7%20%25%20de%20los,%20hookah%20C%20anfetaminas%20y%20otros.)

[republica-](https://eldia.com.do/300-mil-adolescentes-consumen-drogas-en-republica-dominicana/#:~:text=300%20mil%20adolescentes%20consumen%20drogas%20en%20República%20Dominicana&text=Alredor%20del%208.7%20%25%20de%20los,%20hookah%20C%20anfetaminas%20y%20otros.)

[dominicana/#:~:text=300%20mil%20adolescentes%20consumen%20drogas%20en%](https://eldia.com.do/300-mil-adolescentes-consumen-drogas-en-republica-dominicana/#:~:text=300%20mil%20adolescentes%20consumen%20drogas%20en%20República%20Dominicana&text=Alredor%20del%208.7%20%25%20de%20los,%20hookah%20C%20anfetaminas%20y%20otros.)

[20República%20Dominicana&text=Alredor%20del%208.7%20%25%20de%20los,%](https://eldia.com.do/300-mil-adolescentes-consumen-drogas-en-republica-dominicana/#:~:text=300%20mil%20adolescentes%20consumen%20drogas%20en%20República%20Dominicana&text=Alredor%20del%208.7%20%25%20de%20los,%20hookah%20C%20anfetaminas%20y%20otros.)

[20C%20hookah%20C%20anfetaminas%20y%20otros.](https://eldia.com.do/300-mil-adolescentes-consumen-drogas-en-republica-dominicana/#:~:text=300%20mil%20adolescentes%20consumen%20drogas%20en%20República%20Dominicana&text=Alredor%20del%208.7%20%25%20de%20los,%20hookah%20C%20anfetaminas%20y%20otros.)

Félix Alcántara, M. P. (2019). Beneficios de la terapia psicológica grupal frente al

tratamiento estándar en el abordaje de la obesidad en el área de Vallecas. Universidad

Complutense de Madrid. Facultad de Medicina:

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/58528/1/T41595.pdf>

F.Zrebiec, J. (2009). *Terapias de Grupo*. Centro de Psiquiatría y Paidopsiquiatría de Londres:

http://www.centrelondres94.com/files/terapias_grupo.pdf

Gil Escudero, G., & Rodríguez-Zafra, M. (marzo de 2022). *Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo*. Revista de Psicoterapia:

<https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>

Gotta, A. (6 de agosto de 2021). *Terapia grupal de los familiares de pacientes adictos en un tratamiento de*. Universidad de Palermo, Buenos Aires:

<https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2320/Gotta%20C%20Agustina..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guelmes Valdés, E. L., & Nieto Almeida, L. E. (abril de 2015). *Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano*. Revista

Universidad y Sociedad:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202015000100004

- Guillén D.B., C., & González C.R., A. (junio de 2019). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos*. Psicología y Salud: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2563/4471/11926>
- Highhouse, S. (2002). A History of the T-Group and Its Early Applications in Management Development. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(4), 277-290.
- López Gómez, D. (2016). *Conceptos básicos de la terapia de grupo*. Reably.es: <https://www.reably.es/terapias/terapias/terapia-de-grupo>
- Martín Camacho, J. (2000). *Pensamientos Dicotómicos*. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo34.pdf>
- Martínez-Casasola, L. (15 de diciembre de 2020). *Triada cognitiva de Beck: ¿qué es este modelo teórico sobre la depresión?* Web Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/clinica/triada-cognitiva-beck>
- Melipillán Araneda et al. (julio de 2008). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos*. Terapia Psicológica: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Ministerio de Salud Pública. (20 de abril de 2021). <https://msp.gob.do/web/?p=11427>
Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana: <https://msp.gob.do/web/?p=11427>
- Monzó, A. (septiembre de 2020). *¿Cómo ayudar a la familia del adicto? ¿Qué es la codependencia?* Psicología Monzo: <https://psicologiamonzo.com/como-ayudar-a-la-familia-del-adicto-que-es-la-codependencia/>
- Muñoz Prieto, F. A., Fernández de Liger Basañez, S., Parada Torres, E., Martínez de Aramayona López, M. J., & García García, A. (2001). *Comunicación de malas noticias*. Madrid: Rev Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Depresión*. OPS:

<https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresión%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas.>

Ortega, C. (2023). *Investigación mixta. Qué es y tipos que existen*. Question Pro:

<https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-mixta/>

Padrós Blázquez, F. et al. (diciembre de 2020). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Becken población general de México*. Revista Ansiedad y Estrés:

<https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-propiedades-psicometricas-del-inventario-ansiedad-S113479372030035X>

Poves, S., Romero, R. & Vucínovich, N. (2010). Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un Centro de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(3), 409-418.

Rojas Arredondo, J., Torras Virgili, Eulàlia, M., & Vivas Elias, P. (2009). *Dinámica de grupos*. Universidad Abierta de Catalunya.

Sanz, J., Paz García-Vera, M., & Fortún, M. (2012). *"El Inventario de Ansiedad de Beck" (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos"*, realizada en 2012, por los autores de la. Universidad Complutense de Madrid, España: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf

Palomino, M. (2019). *Niveles de ansiedad en pacientes adolescentes y adultos que acuden a una clínica dental de la ciudad de Huancayo, 2019*. [Tesis de grado], Universidad Peruana Los Andes. <https://core.ac.uk/download/pdf/426952511.pdf>

Sanz, J., García-Vera, M. & Fortún, M. (2012). El “Inventario de Ansiedad de Beck” (BAI):
Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos
psicológicos. *Behavioral Psychology*, 20(3), 563-583.

Anexos

Anexo 1. Instrumentos de la investigación

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BDI-II

Fecha: _____

Nombre: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Educación: _____

Edad: _____ Sexo: _____ No. Expediente: _____

Instrucciones: Este cuestionario consiste de 21 grupos de preguntas. Por favor lea cada grupo de preguntas cuidadosamente, y luego escoja una de cada grupo que mejor describe como se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

1. Tristeza

- a. No me siento triste.
- b. Me siento triste la mayoría del tiempo.
- c. Me siento siempre triste.
- d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
- b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
- c. Siento que no tengo nada que esperar.
- d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. Fracaso Pasado

- a. No creo que sea un fracaso.
- b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
- c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
- d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. Pérdida de Satisfacción

- a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
- b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
- c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
- d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

BDI-II

Fecha:

5. Sentimientos de Culpa

- a. No me siento especialmente culpable.
- b. Me siento culpable de las cosas que he hecho o que debí haber hecho.
- c. Me siento culpable casi siempre.
- d. Me siento culpable siempre.

6. Sentimientos de Castigo

- a. No creo que este siendo castigado.
- b. Creo que puedo ser castigado.
- c. Espero ser castigado.
- d. Creo que estoy siendo castigado.

7. Disgusto Personal

- a. No me siento decepcionado de mi mismo.
- b. Me he decepcionado a mi mismo.
- c. Estoy disgustado conmigo mismo.
- d. Me odio.

8. Crítica Personal

- a. No creo ser peor que los demás.
- b. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser antes.
- c. Me culpo siempre por mis errores.
- d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos Suicidas

- a. No pienso en matarme.
- b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
- c. Me gustaría matarme.
- d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

BDI-II

Fecha:

10. **Llanto**

- a. No lloro más de lo de costumbre.
- b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
- c. Ahora lloro todo el tiempo.
- d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.

11. **Agitación**

- a. No estoy agitado más que de costumbre.
- b. Me siento más agitado que de costumbre
- c. Estoy bastante agitado que es difícil mantenerme quieto.
- d. Estoy tan agitado que tengo que mantenerme en movimiento o haciendo algo.

12. **Pérdida de Interés**

- a. No he perdido el interés por otras cosas o personas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas o cosas que de costumbre.
- c. He perdido casi todo el interés por otras personas o cosas.
- d. Es difícil que me interese en algo.

13. **Indecisión**

- a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- d. Tengo problemas para tomar decisiones.

14. **Falta de Valor Personal**

- a. Pienso que tengo valor, que valgo la pena.
- b. No me considero tan valorado y útil como antes.
- c. Siento que valgo menos la pena que otras personas.
- d. Siento sumamente que no valgo la pena.

BDI-II

Fecha:

15. Pérdida de Energía

- a. Tengo tanta energía como antes.
- b. Tengo menos energía de la que solía tener.
- c. No tengo suficiente energía para hacer mucho.
- d. No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. Duermo un poco más que antes.
 Duermo un poco menos que antes.
- c. Duermo mucho más que antes.
 Duermo mucho menos que antes.
- d. Duermo casi todo el día.
 Me despierto 1 o 2 horas antes y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b. Las cosas me irritan más que de costumbre
- c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
- d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito es un poco menos de lo que solía ser.
 Mi apetito es un poco más de lo que solía ser.
- c. Mi apetito es mucho menos de lo que solía ser.
 Mi apetito es mucho más de lo que solía ser.
- d. Ya no tengo apetito. Tengo deseos de comer todo el tiempo.

BDI-II

Fecha:

19. **Dificultad para Concentrarse**
- a. Me puedo concentrar tan bien como antes.
 - b. No me puedo concentrar tan bien como antes.
 - c. Es difícil mantener algo en mi mente por mucho tiempo.
 - d. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20. **Fatiga**
- a. No me canso más que de costumbre.
 - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Estoy muy cansado y fatigado como para hacer muchas cosas que solía hacer.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
21. **Pérdida de Interés en el Sexo**
- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo II. Carta de aprobación de la Clínica Clarium by Fénix

**CLÍNICA
CLARIUM
BY FÉNIX**

3 de Marzo de 2023

Señores
Universidad Iberoamericana
Unibe
Ciudad

Atención
Vanessa Espaillat
Coordinadora Especialidad Intervención en Psicoterapia
Postgrado Universidad Iberoamericana

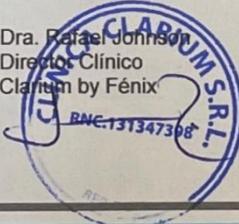
Estimada Lic Espaillat:

Por medio de la presente y a petición de la parte interesada, autorizamos a la estudiante de postgrado, Dianne Bisono Estrella, matrícula 06-0109, quien está actualmente cursando la **"Especialidad Intervención en Psicoterapia"** en esta institución, a que pueda realizar un levantamiento de datos en nuestra clínica, a través de cuestionarios y entrevistas semi estructuradas, a los familiares de los pacientes ingresados en la institución, para recopilar la información necesaria para llevar a cabo su proyecto final de tesis. La cual tendrá como título: **Efectos de la terapia de grupo en el acompañamiento de los familiares de los pacientes con la enfermedad de la adicción.** Se nos ha notificado que dicha investigación tendrá como objetivo evaluar los efectos positivos que la terapia de grupo puede tener en el acompañamiento de los familiares de pacientes con la enfermedad de la adicción, para reducir la ansiedad y la depresión que sienten los familiares sobre la enfermedad.

También se nos ha informado que estos datos obtenidos de nuestros participantes serán única y exclusivamente utilizados para dicho estudio y no se identificarán nombres ni datos personales de los familiares, quedando acordado de manera escrita a través del acuerdo de confidencialidad. De igual forma, el proceso de levantamiento de datos y la intervención al grupo focal, serán descritos detalladamente a los familiares para su entendimiento. Quedando claro también que los familiares podrán elegir participar de manera voluntaria y que podrán dejar de ser parte de la investigación en cualquier momento sin ningún tipo de repercusión.

Dicho lo anterior, reiteramos nuestra autorización y soporte logístico y profesional para que dicha investigación se pueda llevar a cabo y culminar de manera exitosa.

Dra. Rafael Johnson
Director Clínico
Clarium by Fénix



C/ VIRGILIO DIAZ ORDÓNEZ, No. 64, ENSANCHE JULIETA, SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA
TELÉFONO: 809-683-4029 • www.clinicaclearium.com • e-mail: clinicafenixsrl@gmail.com • RNC-1-31-34739-8

Anexo III. Aprobación del Comité de Ética de Investigación. UNIBE**Aplicación Completa para Estudiantes****Código de Aplicación** ACECEI2023-17**Nombre del Estudiante #1** Dianne Bisonó**Matrícula del Estudiante #1** 060109**Nombre del Proyecto de Investigación**

Efectos de la terapia de grupo en el acompañamiento de los familiares de los pacientes con la enfermedad de la adicción.

CAMBIOS APROBADOS DÍA Monday, March 27, 2023**ESTADO DE LA APLICACIÓN** APROBADO

Anexo IV. Consentimiento Informado para los participantes**Consentimiento informado**

Queremos invitarlo a que participe en el proyecto de investigación titulado "Efectos de la terapia de grupo en el acompañamiento de los familiares de los pacientes con la enfermedad de la adicción", que será realizada por la investigadora Dianne Bisonó Estrella, para optar por el título de Máster en la especialidad de Intervención en Psicoterapia, auspiciado por la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Esta investigación se realizará en el marco del programa de acompañamiento a los familiares de pacientes con adicción, que realiza la Clínica Clarium by Fénix semanalmente. Se le aplicará a los participantes una escala de medición de ansiedad y depresión, al comienzo del programa y después de un mes de intervención, para evaluar el impacto que puede tener la participación en terapias de grupos en la mejora del estado psicoemocional y familiar en que se encontraba el participante al llegar al centro.

Su participación es absolutamente voluntaria y anónima. Además, cualquier información obtenida en el proceso solo será utilizada para los fines de esta investigación, bajo un régimen de estricta confidencialidad, respetada por el investigador. No existirá ningún tipo de riesgo ni beneficio económico para los participantes en esta investigación.

Sabiendo esto,

Yo, _____, mayor de edad, declaro haber leído y comprendido este documento, y la necesidad de hacer constar mi voluntad, por lo que consiento participar en la investigación titulada "Efectos de la terapia de grupo en el acompañamiento de los familiares de los pacientes con la enfermedad de la adicción". Firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Firma: _____

Fecha: _____