

Universidad Iberoamericana (UNIBE)



**Impacto de la autoestima en la recuperación del adicto: estudio de caso en pacientes de
la clínica Clarium by Fénix**

Sustentante:

Narcisa Helena Flores Benoit

Matrícula: 2022-0937

Maestría en Intervención en Psicoterapia

Asesor

Joan Noboa

Santo Domingo, República Dominicana

Junio, 2023

Impacto de la autoestima en la recuperación del adicto: estudio de caso en pacientes de la
clínica Clarium by Fénix

Narcisa Helena Flores

Universidad Iberoamericana (UNIBE)

Nota de autor:

Universidad Iberoamericana (UNIBE), Departamento de Psicología. Proyecto de investigación para optar por la Especialidad de Intervención en Psicoterapia. La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Narcisa Helena Flores Benoit, al siguiente correo electrónico: flores.helena@hotmail.com

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito comprobar por medio de dos estudios de casos el efecto de una terapia cognitiva-conductual sobre la autoestima como parte del tratamiento de adictos. En este estudio se busca confirmar que mientras mayor sea su autoestima más aumenta las posibilidades de adherencia al programa de recuperación de la adicción y disminuir las posibilidades de recaer en el consumo en los pacientes. Para la recolección de datos se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg (Vázquez et al., 2004). La población fue obtenida por medio de un muestreo no probabilístico y estuvo compuesta por dos personas que se encontraban bajo los criterios de ser hombre o mujer mayor de edad internos por al menos 2 meses dentro de la clínica Clarium by fenix. Posterior a las intervenciones, la persona que evidenció mejoras en la puntuación de la autoestima demostró mayor apego y puesta en práctica de las herramientas y técnicas aprendidas durante el proceso terapéutico. La persona que no logró mejoras en la puntuación de la autoestima mostró conductas de poco apego y seguimiento al programa. Finalmente se concluye con la comprobación de la hipótesis que establece que cuando se tiene mayor autoestima hay mayores probabilidades de que adherencia al programa de recuperación de la adicción y disminuir las probabilidades de la recaída.

Palabras claves. Adicción, Autoestima, recuperación, psicología clínica, estudio de caso

Introducción

La conceptualización de la palabra autoestima fue utilizada por primera vez en el 1890 por William James, la cual se refiere a la medida en que las personas se valoran así mismas respecto al éxito o fracaso que perciben en alcanzar sus objetivos. Desde aquel momento, la autoestima se ha considerado tradicionalmente un componente para evaluar al concepto de sí mismo (Enrique & Muñoz, 2014). Pérez, García & Pérez (2023) y Naranjo (2007) destacan que la autoestima ha sido evaluada por varios autores y varios modelos psicológicos, llegando a la conclusión que esta tiene que ver con la percepción subjetiva con relación a sentimientos de aceptación y valor.

La autoestima es un elemento esencial en la esfera social, cognitivo (Calero, 2016) y personal de cada individuo, que permea de forma directa aspectos como la satisfacción de sí mismo, el bienestar psíquico, los éxitos y fracasos y las relaciones sociales (Roa, 2013). Asimismo, Naranjo & González (2012), explican como la autoestima tiende a cambiar y ser influenciada por las circunstancias que se enfrenta la persona y tiene un impacto en su motivación. Además, la autoestima juega un papel en la regulación de la conducta (Calero, 2016).

Cabe destacar que este constructo psicológico ha sido desarrollado por distintos psicólogos pertenecientes a la psicología moderna como Carl Rogers, Abraham Maslow y Murray Bowen. Asimismo, a través de los años la autoestima ha sido objeto de un gran número de teorías e investigaciones que contribuyen al entendimiento de la importancia de la autoestima en el desarrollo personal y la vida humana (Enrique & Muñoz, 2014).

La autoestima baja puede ser un factor contribuyente en el desarrollo de adicciones (Ramírez & Caballero, 2009). Armendáriz et al. (2008) confirma que los bajos niveles de autoestima están relacionados al consumo de sustancias (Aguirre et al., 2010) (Huaytalla et al., 2016). De igual manera Contreras et al. (2019) consideran que una conducta llega a ser

adictiva cuando es motivada por el deseo de escapar o evitar circunstancias desagradables ya que la persona puede buscar en la sustancia o comportamiento adictivo una forma de aliviar su inseguridad y mejorar su percepción de sí misma o buscar refugio en estas, o sentirse mejor consigo mismas (Martínez et al., 2019). Sin embargo, esto puede agravar aún más la autoestima debido a la vergüenza y la culpa que puede sentir luego de la recaída.

Asimismo, aunque existen evidencias de la autoestima asociada al consumo, es importante analizar esta premisa desde un enfoque multidimensional (Jiménez, 2011). Musitu & Herrero (2003) en su estudio sobre el rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia, concluyen que la autoestima familiar y la autoestima académica inhiben las conductas que se asocian al consumo en este caso de drogas y alcohol, no obstante, la autoestima social estuvo asociada a un consumo mayor de estas sustancias.

De igual manera, Contreras (2021) plantea que la persona que está inmersa en la adicción, por ejemplo, de estupefacientes, genera una destrucción sobre sí mismo y su ambiente pues los efectos de este tipo de sustancia producen daños al autoconcepto personal compuesto por aspectos como su vitalidad y su círculo de apoyo. Fernández et al. (2011), Corvalán (2017) y Becoña (2017) agregan que la adicción a las drogas se distingue por consumo continuo y abusivo sin consideración de las consecuencias negativas que estas puedan tener y tiende a llevar al descontrol de la conducta.

En un estudio realizado en pacientes adictos a las drogas en Ecuador, se pudo demostrar que existía una relación entre los niveles de autoestima, resiliencia y el proceso terapéutico, pues mientras los pacientes se adaptaban al proceso terapéutico, sus niveles de autoestima y resiliencia se mantenían dentro del rango normal o medio. Esto favoreció de forma significativa su rehabilitación ya que tuvieron una percepción favorable respecto a su satisfacción personal o autoapreciación en distintos aspectos de su vida (García & Pibaque, 2020).

Asimismo, Sánchez (2016) expone que una buena autoestima podría ser un escudo protector contra el abuso de sustancias. Por tanto, las personas en el caso de este estudio tomarían decisiones más acertadas respecto a su futuro ignorando el qué dirán de sus semejantes. Sin embargo, la baja autoestima pudiese impulsarlos a elegir caminos dirigidos hacia la delincuencia o de consumo. De ahí que es importante abordar ambos problemas para lograr una recuperación sostenible. Esto puede incluir terapia individual o grupal, así como apoyo de seres queridos y un ambiente positivo.

Por dichas razones, la presente investigación tiene como objetivo comprobar el efecto de una terapia enfocada en la autoestima como parte del tratamiento de un paciente adicto a través de un estudio de caso si la autoestima es un factor esencial para la recuperación adicto. La hipótesis busca comprobar que mientras mayor sea su autoestima más aumenta las posibilidades que conecten con el programa de recuperación de la adicción y disminuir las posibilidades de recaer en el consumo en los pacientes de la clínica Clarium by Fénix en Santo Domingo, República Dominicana.

Esto podría seguir sustentando la evidencia sobre la autoestima como un factor protector para el consumo. Al mismo tiempo, podría generar el interés en el contexto dominicano que trabaja con esta población a fin de crear programas con un enfoque centrado en la mejora de la autoestima, para ayudarles a desarrollar una imagen positiva de sí mismos y fortalecer su resiliencia emocional.

Método

Participantes

La muestra fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión son los siguientes: ser hombres o mujeres mayores de edad, ubicados entre 18-50 años, internos por adicción con un mínimo 2 meses en la clínica Clarium by Fénix. Dentro de los criterios de exclusión se encuentran: Factores excluyentes: menores de edad, no internos por adicción, estar internos por un mínimo de 2 meses en la clínica Clarium by Fénix.

Instrumentos

Para fines de llevar a cabo este estudio de caso se recopiló información cualitativa a través de entrevistas en profundidad y la bitácora de la investigadora. De las entrevistas preguntas abiertas sobre historia familiar, límites, comunicación asertiva, pensamientos distorsionados y autoconocimiento.

Por otra parte, la información cuantitativa fue recopilada con la Escala de autoestima de Rosenberg, un instrumento psicológico utilizado para medir la autoestima que consta de diez ítems tipo likert de 1 a 4 donde 1 significa muy en desacuerdo y 4 muy en de acuerdo y posee un coeficiente alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,88. Esta escala se utilizó para evaluar autoestima antes de iniciar el proceso de intervención y posteriormente de esta. Para la corrección de la escala, se realiza una sumatoria de todos los ítems y teniendo en cuenta que los cinco primeros se colocan de forma inversa. Los valores de la escala se interpretan de la siguiente manera: una puntuación entre 0 a 25 significa autoestima baja, puntuación entre 26 a 29 dentro del nivel de autoestima moderada y finalmente de 30 a 40 indica autoestima alta (Vázquez et al., 2004).

Procedimiento

En primer lugar, se realizó la solicitud de forma escrita a la Clínica Clarium by Fénix para la debida autorización de realizar el presente estudio en las instalaciones y con las

personas internas en la clínica con su debido consentimiento afirmativo. A este requerimiento, el centro respondió concediendo la autorización de forma escrita.

Posteriormente, se procedió a obtener la confirmación y aceptación por el comité de ética de la universidad, del tema a desarrollar junto a el enfoque metodológico a utilizar y las consideraciones éticas establecidas para la investigación e intervención con poblaciones vulnerables como es el caso.

De igual manera, se procedió a la elaboración del consentimiento informado conforme al reglamento establecido por el comité de ética para posteriormente ser explicado y socializado con cada participante en donde se establecieron los criterios de participación y se les informó sobre sus derechos y deberes durante el transcurso de este estudio. Los datos recopilados en esta investigación fueron de carácter confidencial, no se revelará de forma pública la identidad de los participantes.

Asimismo, se procedió al levantamiento o recolección de datos inicial en donde se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg a cada participante para así seleccionar a las dos de los casos observados con la puntuación menor de autoestima y estos ser intervenidos.

Las respuestas obtenidas en el proceso de recopilación e intervención fueron codificadas preservando el anonimato de los participantes y luego fueron guardadas en archivos de base de datos PDF, Microsoft Word y Excel encriptados con clave de acceso. Asimismo, la información recopilada en el presente estudio fue manejada únicamente por la investigadora y el asesor correspondiente. Es importante destacar que en el proceso de redacción de la presente investigación los términos “investigadora” y “terapeuta” se utilizan de manera indistinta para referirse a la autora del estudio.

Posterior a la recogida de información, se inició el análisis de los datos recopilados con softwares especializados como el IBM SPSS Statistics en el caso de los resultados

cuantitativos y en el caso de los resultados cualitativos para la realización del análisis se utilizó la bitácora de la investigadora.

Finalmente, luego del análisis de la información recopilada, se procedió a discutirlos realizando una triangulación teórica entre dichos resultados y literatura más reciente sobre la autoestima y su efecto en las adicciones.

Resultados

Paciente caso 1: JA

Presentación del caso

JA es un joven de 20 años nacido en los Estados Unidos. Actualmente es estudiante universitario. Su núcleo familiar está compuesto por 4 hermanos, de los cuales él es el segundo y sus padres ya divorciados, pero ambos presentes en sus vidas. Actualmente vive con su padre y uno de sus hermanos falleció.

En cuanto a sus relaciones familiares, no es cercano a su madre. Con su figura paterna tiene una relación cercana, pero de igual manera es distante con el resto de su familia. Durante el divorcio una de las razones por las cuales decidió irse a vivir con su padre es porque asume que su madre fue infiel a su padre y por lealtad, siente que debe quedarse con la figura de autoridad que hizo lo correcto.

Ha tenido dos muertes de personas cercanas y de forma repentina en su vida. La primera fue su hermano diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista quien falleció por un infarto. La segunda fue su mejor amigo quien se suicidó porque no le encontraba sentido a la vida. JA sufre de adicción a poli sustancias (alcohol, marihuana y cocaína) y ha cometido dos intentos suicidas porque, igual que su mejor amigo, dice no encontrarle sentido a la vida. Es por estas razones que ha sido ingresado en el centro.

Durante la presente intervención el paciente JA ha mostrado interés en la investigación y concedió el consentimiento informado.

Antecedentes

JA tuvo dificultades escolares desde la primaria y estas permanecieron por aproximadamente 5 años. Los compañeros de clase le hacían bullying y el externó querer ser cambiado de colegio a sus padres. Sus padres lo apoyaron durante el proceso y el niño que principalmente le hacía *bullying* se volvió su mejor amigo. A partir de ese momento su sentido de pertenencia al grupo mejoro y el bullying paró. Empezó a consumir alcohol a los 14 años porque en el colegio todo su grupo de amigos consumían. Luego a los 17 años JA comenzó a consumir marihuana de manera diaria porque en el colegio los compañeros llevaban Penn o cigarrillo electrónico y la gran mayoría de los varones consumían. Añadió que en ese momento de su vida consumía marihuana porque era una forma de no lidiar con la realidad de sus padres ya que sus padres tenían problemas y el “*siempre estaba en el medio*”. También estaba estresado porque estaba indeciso sobre qué estudiar en la universidad. En el momento de la cuarentena por COVID-19, el consumo aumentó ya que comenzó a comprar la marihuana.

A los 18 años JA comenzó a utilizar cocaína de manera ocasional ya que su mejor amigo la utilizaba y hasta el momento la siguió consumiendo de manera ocasional. Durante este período ocurrieron las muertes de su hermano y mejor amigo. El paciente expresó que no sintió nada hasta el momento de los funerales que fue cuando lloro y “*tuve un choque de realidad*”. También admite que estuvo fuera de la realidad por el mismo consumo de sustancias.

Durante su proceso ingresado en la clínica, hace consciencia de que carece de amor propio, traducándose a problemas de autoestima. Asimismo, expresa sentir la necesidad de complacer a los demás para tener el sentido de pertenencia. Por otro lado, hace consciencia de la dependencia emocional a su expareja y como esta afecta su bienestar emocional.

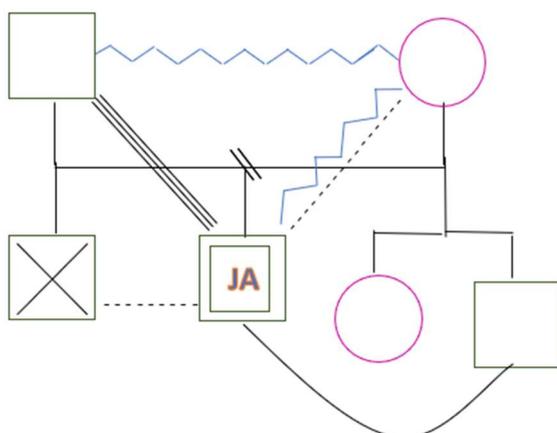
Evaluación inicial

En la primera intervención con el paciente se exploraron las relaciones con sus familiares cercanos a través del genograma (ver Figura 1) y con su círculo de apoyo. Inicialmente aclara que en general es bastante distante con sus familiares a diferencia de su círculo de apoyo que está compuesto por algunos amigos, de los cuales siempre está muy pendiente y se preocupa por estos. Explica que esta preocupación es recíproca pero que constantemente está preocupado que sus acciones puedan perjudicar estas amistades y se cuestiona por medio de escenarios irreales todos los posibles resultados que puedan causar sus acciones.

JA no está claro en su rol de hijo. El duelo por la pérdida del amigo y la relación de pareja, además del divorcio de sus padres son temas que se deben trabajar en la psicoterapia.

Figura 1.

Genograma paciente JA



Nota. Elaboración propia

Se pudo observar que el paciente JA tiene una relación muy cercana con su padre a diferencia que con la madre que la relación es distante y conflictiva. También se puede observar que los padres están separados y la relación entre ellos es conflictiva. JA mantuvo una relación distante con su hermano mayor y su hermana. En relación al hermano menor tiene una relación estable y general bien. El hermano menor murió.

Formulación del caso

Una forma en la que J.A. afrontó el acoso escolar que experimentó en el colegio fue siendo complaciente con los amigos. Esta conducta se ha generalizado en el tiempo y en otros contextos. Por ejemplo, dice que le fue infiel a su pareja debido a “la influencia de sus amigos”. De igual forma, argumenta que su consumo se debe a que se “dejaba llevar” para “poder pertenecer al grupo”. De hecho, cada vez que se reúne con sus amigos piensa “¿cómo me van a ver?” “que dirán de mi?”. A su vez, tiene pensamientos distorsionados ya que monitorea constantemente sus pensamientos buscando en ellos si sus acciones están en consonancia con lo que dijo (filtraje) que haría para asegurarse de que no ha cometido un error (pensamiento dicotómico).

De esta forma dichos pensamientos están manteniendo no solo la conducta de consumo sino una dinámica en la que JA se comporta de acuerdo a la visión que los demás tengan de él.

Durante la entrevista surge el tema de una pasada relación de noviazgo que tuvo durante dos años en donde había dependencia emocional de él hacia ella. El paciente comenta que, durante este período de relación, le fue infiel a su novia a causa de la influencia ejercida por sus amigos que son su círculo de apoyo. Luego de esto, su pareja quedó embarazada decidió abortar al bebé, razón desencadenante de malestar en JA lo que conllevó a que finalmente, la relación se tornara difícil y se terminara.

En cuanto a su círculo de apoyo, JA cuenta que su mejor amigo se suicidó hecho que lo afectó profundamente, y comenta que los ambos intentos suicidas que tuvo sucedieron luego de este hecho. En uno de los intentos de suicidio en casa de su padre, llamó a su madre para comunicarle lo que iba a acontecer buscando llamar su atención.

JA posee pensamientos negativos con frecuencia y se siente socialmente presionado pues todavía a su edad no ha logrado nada que él considere importante en su vida. Asimismo, el

consumo de sustancias inició siendo social, buscaba sentir pertenencia a un grupo ya que anteriormente había sufrido de bullying en la infancia durante varios años.

Tratamiento y curso

Para el tratamiento llevado a cabo se combinarán técnicas de la terapia cognitivo conductual y la terapia sistémica de Minuchin y Bowen. También se aplicará la terapia narrativa y psicoeducación.

Este proceso tiene previsto llevar a cabo de 6 a 8 sesiones donde además de las terapias el paciente llevara a cabo tareas que lo apoyaran en el logro del objetivo de mejorar su autoestima.

Sesión 1

En la primera sesión se conversó sobre su familia y la manera en que funcionaban. JA explicó que sus padres estaban pasando por un proceso de divorcio y él prefirió irse a vivir con padre, y no con madre que ya no se siente conectado con ella. Se trabajó un genograma de Minuchin en donde se pudo observar la forma de un triángulo Bowen con sus padres haciendo alianza con el padre para enfrentar a madre.

JA posee dificultades con la figura materna. Durante la terapia fue evidente que en su relación con la madre no realizaba el rol de hijo, con preguntas que se fueron realizando hizo consciencia cuál era su rol en la familia. Además, explica que su relación con madre es distante al igual que con hermanos, pero se siente más cercano a ella que a sus hermanos. También siente abandono por parte de su madre, esta pasaba mucho tiempo fuera de la casa laborando, su padre trabajaba remoto por lo que pasaba más tiempo con él y por esto siente cercanía.

Al finalizar la primera intervención, el paciente pudo identificar su rol familiar.

Asimismo, identificó que se encontraba atravesando un duelo por el suicidio de mejor amigo

y finalizar relación con pareja. JA reconoció a través de la terapia que buscaba agradar a los amigos sentirse querido y pertenecer y por temor al rechazo.

El paciente se mostró interesado en el proceso y cooperador. Hizo preguntas sobre el proceso de terapia y test realizado.

Cuando se realizaban las preguntas al contestar podía ver desde un nuevo ángulo lo sucedido y en repetidas ocasiones decía “ la verdad no lo había visto desde esta posición”.

Algunas de las técnicas utilizadas durante esta sesión fueron la psicoeducación, el genograma Minunchin, triángulo Bowen, monitoreo pensamiento y comprensión del funcionamiento familiar. JA se llevó unas tareas terapéuticas por igual. Está consistió en escribirle una carta a su amigo que se suicidó. Por igual debe hacer una lista de sus cualidades y defectos y preguntarle a su círculo de amigos cuales son cualidades y defectos que perciben de él.

Sesión 2

En esta sesión se hizo revisión de la tarea en sesión 1. También se pretendía conocer a profundidad sus pensamientos y emociones sobre los resultados de las tareas. El objetivo principal era identificar y hablar a profundidad sobre los pensamientos negativos que puede identificar que son recurrentes.

El paciente comentó que hacía mucho tiempo no pensaba en cualidades positivas sobre sí mismo. Explica que la tarea inicialmente fue retadora, por lo que inició con preguntarles a sus amigos lo relacionado sobre sus cualidades y defectos. JA dijo que fue agradable escuchar lo positivo de parte de sus amistades y que en relación a las debilidades le comentaron cosas sobre las que había hecho consciencia tales como su falta de límites e inconsistencia. Él estuvo de acuerdo sobre lo dicho por ellos y agregó otras debilidades como manipulador e irresponsable. En cuanto a fortalezas agregó que era una persona noble, respetuoso y estratégico. Así mismo, reconoció a través aplicación de la técnica de flecha

descendente de Aron Beck que con relación a sus relaciones de amistad siempre busca agradar y ser su mejor versión ante ellos. Un ejemplo de esto fue el siguiente diálogo:

Terapeuta: “Cuándo te reúnes con tus amigos ¿Cómo te comportas?”

JA: “Soy amable y complaciente.”

Terapeuta: “¿Cuándo tienes diferencias con ellos como reaccionas?”

Terapeuta: “Me callo y dejo pasar”.

También entendió por medio de esta misma técnica que en ocasiones por no enfrentar a los demás no pone límites ya que tienen miedo de no ser aceptado o querido si lo hace. Su respuesta es todo lo contrario con relación a su familia donde no busca ser querido y se muestra como es.

En relación a la tarea de crear una carta al amigo que se suicidó le permitió conectar con sus sentimientos, llorar y hablar sobre lo que significó para él la pérdida de ese ser querido que hasta la fecha no había podido llorar ni mostrar cómo lo afectó.

Siguiendo con los pensamientos negativos que logró identificar como “Ríndete, total sigues igual” y “No tienes futuro, quítate”.

Conversando a profundidad con el paciente el entiende que realmente no tiene futuro. Para el tener un futuro definió en esta sesión como realizar sus estudios universitarios, formar una familia, iniciar un negocio. Durante esta terapia se trabajó con la reconstrucción cognitiva de Beck, y a través de ese proceso se cuestionó este pensamiento magnificado donde él entiende que no tiene ni tiempo y capacidad para iniciar sus estudios universitarios, “que ya mi tiempo para estudiar paso”. Se analizó la distorsión sobre que miedos lo lleva a pensar sí. Se discutió el pensamiento sobre los razonamientos que tan ciertos o falsos son a través de preguntas como: ¿Qué es el éxito para ti? ¿Para una persona ser exitosa hay una edad específica para lograrlos? ¿Alguien a quien consideres exitoso a que edad lo logro el reconocimiento? ¿Que impide que retomes tu vida y trabajes para lograr éxito?

Se buscó sustituir el pensamiento: “Ríndete, total sigues igual, no tienes futuro, quítate”, por “estoy a tiempo”.

La terapeuta identificó la creencia central de JA como “No soy suficiente” y trabajó en esto en las siguientes sesiones.

En esta sesión algunas de las técnicas utilizadas fueron el monitoreo pensamiento, cuestionando sus pensamientos fatalistas y generalizados. Se trabajó la tríada cognitiva buscando una reestructuración cognitiva de Beck en la cual se analiza la creencia central, intermedia, la situación y pensamientos y las emociones. Como tarea debió responder esta pregunta: “¿qué es éxito para ti y que necesitas para alcanzarlo?”

Sesión 3

En esta sesión se habló de los límites y el valor que tiene para su diario vivir. Se psicoeducó sobre comunicación asertiva y hablar del cambio del pensamiento negativo tratado en la anterior sesión y sobre cómo el paciente ha aceptado el cambio del pensamiento.

En esta sesión el paciente dijo sentirse mejor y más esperanzado con relación a su futuro ya que entiende de manera racional es posible estar a tiempo.

Retomando la primera sesión donde hace conciencia que detrás de su amabilidad y bondad con los amigos busca aceptación y reconocimiento entiende que muchas veces por pertenecer a realizados actos que no lo hacen sentir bien consigo mismo y donde hace consciencia que muchos van en contra de sus principios. Aceptó que le cuesta decir no por lo que entiende esto afecta su opinión sobre si mismo. En esta ocasión salió a relucir que realmente las veces que fue infiel con la novia lo hacía porque los demás lo hacían y no quería decir no, aunque no se sintiera bien. Asimismo, comentó del uso del alcohol, la marihuana y cocaína por lo que entiende que es importante identificar qué acciones se siente bien y cuáles no. A través del proceso de preguntas entendió que aceptar todo por pertenecer

le hacía sentir mal consigo mismo por lo que era importante tener claro que cosas decir no o si con el fin de evitar sentirse mal consigo mismo y manejar culpa.

Se trabajó nuevamente con la flecha hacia abajo para llegar a la creencia central cuestionando al paciente sobre su pensamiento negativo de que “No tienes futuro, ríndete”. Se le cuestionó “Si eso es verdad ¿que significaría para ti?” y con la técnica de flecha descendiente de Aron Beck el paciente descubrió que su creencia central era “No soy suficiente”. Por otra parte, se procedió a explicarle que son los límites y se continuó enlistando situaciones en las que debía poner límites con el fin de sentirse bien consigo mismo. Se siguió un procedimiento para identificar como sus actos lo hacían sentir, en cuales situaciones tomaba conductas agresivas y en cuales pasivas y como se sentía posterior a la conducta.

Como resultado de esta sesión el paciente comenzó a tomar consciencia de los actos hacía para comprar aceptación, pero que le afectan sintiéndose culpable y con una opinión muy pobre sé si mismo y hacer consciencia de sus límites. Se utilizaron técnicas de psicoeducación y triada cognitiva para lograr la reestructuración cognitiva. Como tareas terapéuticas debe hacer listados de límites necesarios para su relación con la familia y amigos.

Sesión 4

En esta sesión se revisó la lista de límites y también que el paciente pueda identificar habilidades a desarrollar para lograr límites efectivos. A su vez, se psicoeducó sobre la comunicación asertiva.

Iniciando la sesión el paciente comentó que su bienestar depende mucho de la opinión de los demás. Reconoció que en ocasiones muestra un comportamiento sumiso ante los demás, pero realmente por dentro siente mucha ira. Además, se ha dado cuenta que cuando está en grupo el ruido excesivo y el desorden son retadores para él. El intenta callar a los demás, pero

se vuelve un malestar y la manera de comunicarlo puede no ser la mejor. Conversó que su madre tiene una situación similar en la que ella se comunica por medio de gritos y reproches.

Identificando los límites que debe establecer en su vida descubrió los siguientes aspectos: debe poner límites con sus padres, lo que se refiere a imponer su rol de hijo, no de hijo parentalizado. Comunicó a sus padres que no quería ser involucrado en los conflictos de pareja y que estos deben resolverlos entre ellos de manera directa. Límites con los hermanos, que se refiere a que les solicitó a sus hermanos no comentar de sus otros amigos en común que utilizan sustancias ilícitas ya que no era una información que le aportaba y le provocaba ansiedad saber de ellos. Por último, límite consigo mismo. JA explica cuando se reúna con sus amistades no halagará de manera exagerada a estos. Asimismo, evitará ponerse de acuerdo con situaciones u opiniones con las que realmente no lo está solo por conseguir popularidad.

En esta sesión se conversó sobre lo que es comunicación asertiva y lo importante de ver en qué situaciones se comporta de manera sumisa para evitar agresividad y conflictos al comunicar lo que no le agrada.

De igual manera, se inició el proceso de identificación de las situaciones que provocan malestar y la manera de comunicarlo de forma asertiva. Se trabajó con la psicoeducación sobre asertividad y límites.

Como tarea JA debió enumerar situaciones en las que se haya sentido inseguro con respecto a la forma de actuar con relación a la actuación de otra persona. “Tu comportamiento fue sumiso, agresivo o asertivo?” “Cuál es tu patrón de conducta general sumiso, agresivo o asertivo?” “¿Qué consecuencia positiva o negativa trae tu actuación?”.

Sesión 5

Se revisó la tarea anterior donde identificó como es su comportamiento, su patrón de conducta y consecuencia le trae su actuación. A su vez, se buscó identificar situaciones donde la comunicación no fue asertiva y revisión sobre cómo aplicar límites de forma asertiva.

Durante esta sesión JA admitió que de manera general con los amigos y conocidos asume un comportamiento sumiso, aunque se sienta molesto en su interior. Esto lo hace para evitar situaciones donde su reacción pueda provocar rechazo hacia él. JA prefiere callar, aunque se sienta molesto. Como consecuencia de esta forma de actuar se siente molesto con frecuencia y además maneja culpa por no ser auténtico y sentir que debe fingir siempre.

Identificó que la emoción principal que siente es ira cuando se ve en situaciones en las que otras personas le gritan o le exigen. Pero reconoció que solo tiene reacciones poco asertivas cuando el ataque es de parte de su familia, pero reacciona de forma sumisa cuando es de parte de sus amigos.

Se tomaron varias situaciones donde gritó, dónde fue sumiso y practicó con el juego de roles la comunicación asertiva. Por otra parte, se analizaron los límites que debe tener en estas situaciones lo que le permitió hacer conciencia sobre la necesidad de establecer esos límites, pero también los beneficios de aplicar la comunicación asertiva.

En la sesión se utilizaron las siguientes técnicas: identificar pensamiento automático, entrenamiento en habilidades comunicación, role playing practicando comunicación asertiva. También comunicarse adueñándose de la situación y utilizando “yo” en vez de “tu” para sentirse que tiene un compromiso y responsabilidad de lo que habla.

Durante esta intervención JA pudo identificar el valor de comunicarse de manera asertiva. Reconoció que lo hace sentir entendido, comprendido y sobre todo que no generaba malestar ni culpa en él. Por igual veía una reacción positiva de los demás y lograba resolver la situación.

“Hablé asertivamente cuando me pasó lo del helado, en vez de decirles que deberían estar agradecidos porque lo repartí para que nadie se quedara sin helado cuando me reclamaron por el sabor, les explique de manera calmada.” “Lo hice así para que nadie se quede sin helado, discúlpenme que no sabía el sabor que quería, pero mi intención no fue darles el sabor que no les gusta, sino que diera para todos”

Ya finalizando la sesión comentó que había hecho consciencia que realmente necesita buscarle un nuevo rumbo a su vida, pero se siente perdido sobre cómo avanzar con este tema.

Sesión 6

En la sesión anterior el paciente entendió la importancia de definir el rumbo de su vida al finalizar el programa expresando su temor por la pereza que siempre lo ha acompañado y las consecuencias que le trajo a su vida.

El paciente en esta sesión reconoció el valor de las sesiones anteriores donde pudo identificar su rol en la familia, el rol de sus padres, la importancia de los límites para mantener su salud. Se conversó sobre algunas debilidades que ameritan mayor atención y trabajo constante de su parte tales como la comunicación asertiva y la instauración de límites claros.

Iniciando la sesión reconoce que dentro de programa lleva en el centro ha ido avanzando lo que le dio motivo de sentirse bien, pero también un poco de temor porque reconoce que poco a poco debe integrarse de nuevo a la vida cotidiana, lo cual se pudo observar en el siguiente diálogo:

Terapeuta: “Tienes una idea por lo menos de lo que quieres hacer con tu vida luego de salir del programa?”

JA: “La verdad estoy claro que necesito tener una estructura clara para mantenerme enfocado y seguir recuperado. He pensado mucho en las cosas que me

gustan y que quiero hacer en la vida. Esto me hace sentir bien. Hacer ejercicio, correr, levantar pesas, me gusta la música, explorar y conocer nuevas ciudades y países.

Cuando pienso en el futuro me gustaría ser recordado como alguien valiente que logro superar esta situación. Lo más importante de este proceso para hacer la diferencia es ser honesto conmigo, delatar lo que yo se me hace daño. Temo por la tentación con los amigos viejos a caer de nuevo en él consumo y a poner límites, pero sé que es para no hacerme daño... La recaída le temo, aunque son parte del procesomantenerme claro en lo que me hace bien y mal... No debo minimizar las alertas de cuidado porque el consumo afecta mi pensamiento y me siento incontrolable.”

“Cada ser humano es diferente y reacciona diferente y tiene diferentes recursos para responder a la realidad de la enfermedad. Sé que tengo la capacidad de lograr grandes cosas”.

JA reconoce que el programa está integrado en su persona y se siente seguro en el programa. Ha hecho una gran reflexión durante esta sesión y se siente confiado de que seguirá avanzando.

Tabla 1.

Puntuación paciente JA en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Prueba	Pre (PD)	Post (PD)	Interpretaciones
Escala de autoestima de Rosenberg.	21	33	Aumentó de nivel bajo a alta autoestima

Durante el proceso de intervención se le proporcionó al paciente diferentes herramientas para ayudarlo a mejorar la baja autoestima y trabajar con él su proceso de adicción. Las técnicas utilizadas partieron del marco de Terapia Cognitivo Conductual ya que este tipo de terapia es de corta duración y se centra en los pensamientos y creencias del paciente. En el caso de JA presento

una mejoría significativa. El primer logro obtenido por JA partió de la psicoeducación sobre límites y asertividad. A partir de esto pudo poner y comunicar límites claros con su familia y amigos, mientras iba entendiendo porque en el pasado la falta de estos lo habría afectado en relaciones amorosas e interpersonales. Esto permitió que JA tuviera mucho menos malestar en situaciones sociales y familiares.

La creencia central descubierta por JA fue “No soy suficiente” utilizando la flecha descendiente de Beck. La mayoría de sus pensamientos automáticos se centraban en esta creencia principal, que mientras fue cuestionada se pudo lograr avances en cuanto a la reestructuración cognitiva. Esta creencia por igual afectaba su autoestima, por lo tanto, su trabajo en terapia le permitió avanzar de manera positiva al entender porque él tiene esa percepción y auto criticismo hacia el mismo y que debe hacer para lograr cambiar la creencia y fortalecerse para afrontar dificultades en el futuro. Entendió que él es capaz de lograr metas y cambio el pensamiento de que su vida no tiene sentido.

En cuanto al ámbito familiar tuvo un cambio positivo por igual. Siendo su relación con su padre parentalizada y con su madre complicada, entendió que debe tomar su rol de hijo y poner límites cuando se sienta obligado a participar de problemas y discusiones de sus padres.

Por último, en el ámbito de sus relaciones interpersonales entendió que vocalizar sus opiniones y creencias no creará un problema mientras pueda hacerlo de manera asertiva. Por igual comprendió que la aceptación de su grupo de amigos no vale más que él, su cuidado y responsabilidades y por ende debe mantenerse firme y sin miedo de ser excluido por ir en contra de la voluntad del grupo.

Paciente caso 2: JGU

Presentación del Caso

JGU es una mujer de 40 años. Tiene 5 hermanos en total, de los cuales ella es la cuarta. En cuanto a su núcleo familiar vivió con sus padres hasta que se divorciaron a los 12 años. En el

momento del divorcio vive con su madre quién según expresa era violenta, pero permisiva. Su figura paterna por otro lado era estricta y aunque fue a vivir con él por un tiempo, no era una buena relación. Su padre le ofrecía bienes materiales, pero no la valoraba y todas sus muestras de amor eran hacia su nueva esposa. Aunque JGU no habló de las relaciones con sus hermanos, si expresó que tuvo un encuentro sexual con uno de ellos a los 10 años.

JGU tiene 3 hijos. De estos hay un varón y dos hembras de edades 20, 15 y 7 respectivamente. No tiene pareja en la actualidad y todas las relaciones amorosas anteriores han sido de corta duración y casuales. Su primer hijo, el varón, lo dejó a cargo del padre y no volvió a tener relación con el mismo hasta que cumplió 17 años de edad. Con las otras 2 niñas se hizo cargo de estas hasta el momento de ser internada en el centro. Ellas actualmente se fueron a vivir con la hermana de JGU a Nueva York. Cabe destacar que cada uno de sus hijos es de padres diferentes quienes no están presentes y fueron “relaciones fugaces”.

A los 21 años, JGU se fue de la casa de sus padres en donde el círculo de abuso continuó por parte de la familia de la pareja con la que se mudó. Duró años mudándose de casa y con diferentes parejas que ella clasifica como “fugaces, sexuales y casuales”. A los 25 años se dio cuenta que había perdido la relación con su familia y esto la puso en un estado de ánimo depresivo.

Fue internada en el centro Clarium by Fénix debido a que estaba pasando por depresión y ansiedad. Tiene grandes sentimientos de culpa por el abandono de su hijo mayor y porque debido a acciones de vida no es aceptada en la iglesia Testigo de Jehová. La paciente es adicta a poli sustancias (marihuana y cocaína) y cuando no tiene trabajo para conseguir dinero recurre a la prostitución. Adicional a esto ella expresa que siente que tiene muchas lagunas mentales que no le permiten recordar etapas y situaciones de su vida.

Antecedentes

JGU tuvo una infancia diferente. Su primer encuentro sexual fue a los 10 años con su hermano y en su casa la respuesta de esta situación fue guardarlo como un secreto y no mencionarlo nuevamente. Luego a sus doce años pasó por el divorcio de los padres y terminó viviendo con su madre quien era violenta con ella. De estas etapas de su vida no recuerda mucha información ya que dice tener muchas lagunas mentales.

Luego a la edad de 21 años se mudó de la casa de su madre para ir a vivir con su pareja y la familia de este. Inicialmente se sentía feliz de salir de su casa, pero tuvo que aguantar maltratos de parte de la familia de su pareja. Luego de estos vivió en varias casas y tuvo muchas parejas sexuales y casuales que nunca fueron de larga duración. Durante esta época también tuvo muchos abortos provocados. La paciente asegura que no le daba remordimiento serle infiel a sus parejas o provocarse repetidos abortos.

Aunque en las relaciones de pareja no muestra remordimiento, si lo hace sobre las relaciones de sus hijos ya que le da pena no haber estado presente en la crianza de su hijo y quien había estado ahí sea su padre y abuela paterna. Por igual muestra preocupación por sus hijas y como el consumo de las sustancias y sus decisiones de vida la pueden afectar.

Evaluación Inicial

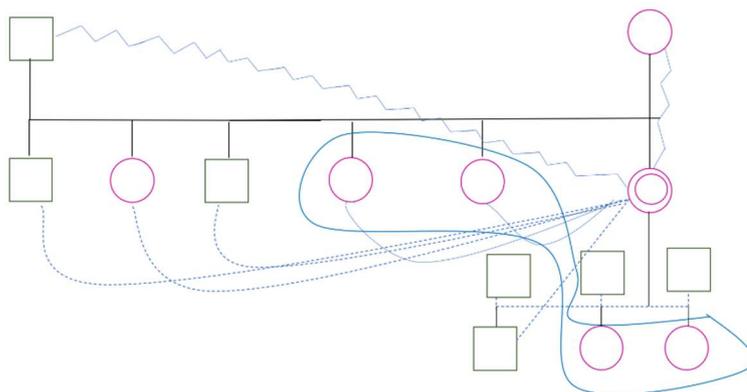
En la primera intervención con la paciente se exploraron las relaciones con sus familiares y relaciones de parejas pasadas. JGU aclara que tiene dificultades de recordar detalles y partes de su vida por lagunas mentales. Expresó como es su relación con sus hijos y como fue con su núcleo familiar.

Habla de que no encontrará ninguna pareja sentimental que “la quiera de verdad” por sus acciones de prostitución y de consumo de drogas. Por esto tiene muchas relaciones casuales, sexuales y cuando son serias termina siendo infiel. JUG presenta pensamientos y creencias sobre sí misma negativos y no reconoce las virtudes que posee.

Es una paciente que presenta un estado de ánimo cambiante reflejando una inestabilidad emocional y muchos vacíos de información en relación con diferentes etapas de su vida que la hace ver desconectada por momentos en el proceso.

Figura 2

Genograma paciente JGU



Nota. Elaboración propia

En este genograma se observó que la paciente es la hija menor del matrimonio, donde se pudo observar que posee 5 hermanos de padre y madre. La relación de la paciente con ambos padres es conflictiva. En el caso de los hermanos la paciente posee una relación estable con ellos. Se pudo observar que la paciente tuvo relaciones distantes y pasajeras con los padres de sus tres hijos. La relación de la paciente con el hijo mayor ha sido distante ya que lo entregó al cuidado del padre. En relación a sus dos hijas tiene una relación estable. Ambas hijas están siendo cuidadas por sus hermanas formando con ellas el hogar actual de sus hijas.

Formulación del caso

JGU afronta a los 10 años un encuentro sexual con su hermano, hablándolo con sus padres. Como consecuencia se convirtió en un secreto familiar y se silenció a JGU, impidiéndole expresar su malestar y protegiendo la reputación de su hermano.

Por igual, ella no encuentra virtudes sobre sí misma y tiene pensamientos negativos que hacen “que ella vea su futuro muy oscuro”.

JGU comenzó a utilizar marihuana y cocaína a raíz de la prostitución ya que la hacía sentir menos culpable. La prostitución inició como una solución a la falta de empleo y de recursos para mantener a sus hijas. Su madre, con quien vivía en los Estados Unidos, la maltrataba física y verbalmente, la echó de la casa con sus dos hijas y dice que la solución más fácil para ella fue prostituirse.

Por otro lado, esta su padre, quién es una persona muy arraigada a la religión. Al ella ser expulsada de la iglesia por estas actividades su padre le reclama y rechaza por igual. Por esto es por lo que la paciente entiende que fallo a su religión y no merece perdón de nadie. Dice no ser digna del amor de Dios y que La iglesia Testigo de Jehová no les darán la bienvenida.

Tiene apoyo económico del padre, aunque este la castiga emocionalmente ya que está disgustado y entiende que necesita ser castigada por sus acciones. También tiene una relación con una de sus hermanas que está a cargo de las niñas y viven con ella en Estados Unidos.

Su hijo mayor quien a los 17 fue que se acercó a él y decidió iniciar una relación. Hoy tiene 20 años y visita el centro y aunque no es una relación muy cercana y abierta, él está presente. Maneja mucha culpa y temor al rechazo. A su entender él ha sido mejor hijo que ella madre teniendo en cuenta que lo abandonó.

Cuando piensa en su futuro se llena de angustia porque necesita conseguir trabajo y buscar la forma de poder mantener a sus hijas y a ella misma. Quiere retomar su vida de madre, pero entiende que no va a ser un camino fácil ya que debe lograr darle rumbo a su vida. Cuando está enfocada en el futuro, le llega de manera constante el pensamiento " La vida es muy dura y difícil".

Al finalizar la primera intervención, la paciente pudo identificar que no es una persona con límites en su vida. Tiene una estructura interna en donde siente que sus valores humanos no son los mejores. Se siente muy mal por cómo es y no reconoce en ella ninguna virtud. Muestra arrepentimiento por su labor de madre y por sus acciones de consumo y prostitución

ya que en su opinión le impiden volver a la iglesia y encontrar una persona que “realmente la ame”

Tratamiento y curso

Para el tratamiento llevado a cabo se combinarán técnicas de la terapia cognitivo conductual y la terapia sistémica de Minuchin y Bowen. También se aplicará terapia narrativa y psicoeducación.

Este proceso tuvo previsto llevar a cabo de 6 a 8 sesiones donde además de las terapias el paciente llevara a cabo tareas que lo apoyaran en el logro del objetivo de mejorar su autoestima.

Sesión 1.

Durante esta sesión el objetivo principal fue conocer el programa y firmar consentimiento informado. Comenzar a conocer la historia del paciente y recopilar información. Por igual pasar escala de Rosenberg y psicoeducar sobre la autoestima.

La paciente conversó sobre lo que recordaba desde su niñez sin un orden cronológico y con frecuencia se detenía la sesión para que esta se pudiera ubicar en tiempo y espacio. Se volvía de atrás hacia adelante y viceversa. Cuando inició la sesión comunicó que le alegraba recibir estas sesiones porque entendía necesitaba subir su autoestima refiriéndose a autoestima como a la parte física por lo que se procedió a psicoeducar con relación al término, su importancia y hasta dónde abarca la autoestima. Durante la primera conversación comunicó que tiene pensamientos negativos todo el tiempo por lo que ve su futuro muy oscuro y difícil.

Las técnicas utilizadas en la sesión son la psicoeducación y el genograma Minuchin para entender el funcionamiento de la familia.

Por último, JGU se llevó de tarea crear un listado de cualidades /fortalezas y debilidades/ defectos sobre ella misma y solicitarle a 3 personas de las que más comparte en el centro que

identifiquen 3 cualidades y 3 debilidades. También deberá enlistar los pensamientos negativos recurrentes.

Sesión 2.

En esta sesión el enfoque fue dirigido a la revisión de tarea sobre listado de cualidades, fortalezas y debilidades. Por igual se analizó la lista de los pensamientos negativos.

Al inicio de la sesión se pudo observar que la paciente estaba inestable, incoherente y le costaba centrarse en el tema a tratar ese día en sesión. En esta ocasión tomó un tiempo para lograr desarrollar los objetivos de la sesión porque hubo que hacer mucha contención sobre lo que estaba pasando en el centro. Finalmente, la paciente comunicó que le costó mucho reconocer alguna virtud ya que solo tenía claras sus debilidades y defectos. Fue de ayuda para ella solicitarle a 3 compañeros el listado de cualidades y debilidades.

Esta lista la hizo reconocer que los demás no la veían así, como una mujer desleal, deshonesto e insegura; pero sí como una persona pesimista y que con frecuencia se victimiza. Por otro lado, se trabajó analizando situaciones de su vida cotidiana donde su forma de ser permite identificar cualidades como amable, bondadosa, humilde y muchas otras.

Durante esta sesión habló sobre su madre y los maltratos físicos recibía de manera continua y la falta de límites durante todos estos años.

Al conversar sobre los hijos se observó una gran tristeza provocada por no haber sido una madre presente para su primer hijo y comenta con sorpresa y admiración que su hijo mayor a pesar de ella no estar presente, se mostró abierto a tratarla y conocerla.

Por otro lado, la paciente tiene una gran preocupación sobre el bienestar de sus hijas, ya que dice que en Estados Unidos si le pasa algo a su hermana ellas podrían caer en custodia de extraños porque no hay ningún otro familiar que se pueda hacer cargo.

Durante este proceso con el pensamiento fatalista se hicieron preguntas como:

Terapeuta: “¿Por qué piensas que a tu hermana le puede suceder algo?”

JGU: “Porque es posible se realice una cirugía.”

Terapia: “Que tipo de cirugía es?”

JGU: “Apéndice y temo muera en medio del proceso.”

Terapia: “Has investigado sobre los riesgos de esta cirugía?”

JGU: “Si y dicen ser pocos y que es una cirugía sencilla.”

Terapia: “Tu hermana en general es una mujer sana o sufre de otras enfermedades?”

JGU: “Es sana.”

Terapia: “Si sucediera lo peor que no tiene por qué suceder tus hijas viven con ella y con quien más?”

JGU: “Con otra hermana.”

Terapeuta: “Entonces, si ella faltara tu otra hermana está presente... y tú siempre puede traerlas aquí contigo... ¿es así?”

JGU: “Sí, pero no tendrían los papeles de Estados Unidos.”

Terapeuta: “Si es cierto, pero te tendría a ti que eres su mama y en caso sea necesario vienen a vivir contigo aquí.”

Se sintió valorada y agradecida por sus compañeros como la perciben. Por otro lado, hizo consciencia de las mejoras debía hacer como es la deshonestidad, lo pesimista, la bondad extrema con los demás.

Conversando sobre su bondad hizo consciencia que lo hacía como una forma de ser valorada por lo demás y que esto trae consecuencias negativas porque muchas veces hacía cosas que no quería hacer con el fin de pertenecer. Esto la hacía sentir mal y poco honesta consigo misma.

En relación con el pensamiento negativo se sintió más tranquila y consciente que no es una preocupación real y no hay por qué pensar lo peor. Si llega a suceder algo con su hermana hay una solución para el tema de sus hijas por lo que no las pierde.

Expresó al final de terapia que muchas veces se siente mal consigo misma y maneja culpa porque le cuesta decir “no” aunque sepa que tendrá consecuencias negativas para ella. Igual que su manera de comunicarse no es asertiva y provoca malestar en ella y los demás.

Tomando en cuenta el cuadro clínico en que se encontraba la paciente llamó la atención como se venían desarrollando las sesiones y se sostuvo una reunión con el terapeuta de cabecera a cargo de la paciente en el centro y le comunique la preocupación por el estado ambiguo e inestable de la paciente en las sesiones realizadas hasta el momento. El terapeuta comunicó que esta paciente estaba pasando un estado de crisis emocional que no le estaba permitiendo enfocarse en las terapias grupales e individuales y poder desarrollar el proceso del programa como se esperaba. Algunas de las técnicas utilizadas en esta sesión fueron reconstrucción cognitiva a través de TCC y trabajo con los pensamientos fatalistas, cuestionando los mismos, pero cabe destacar que fue una sesión larga y atropellada debido al estado de ánimo y la conducta de la paciente.

Aun así se le asignaron algunas tareas a JGU. Una de estas es hacer listados de sus límites. ¿Con relación a tus relaciones interpersonales que cosas permites y cuáles no?. Por igual debe identificar momentos en que al comunicarse con los demás crea una situación incómoda y no logra hacerse entender.

Sesión 3

En esta sesión se habló sobre los límites. Psicoeducar en el valor que tienen para vivir de manera más sana y consciente. La paciente logró identificar los siguientes límites: ser honesta y decir lo que realmente piensa. Ser fiel con sus parejas y por último cumplir las reglas dentro del centro.

Otra situación que salió a colación fue que como regla del centro está prohibido que los pacientes se relacionen de manera sentimental porque esto afecta el foco en el proceso de

recuperación. En su caso llegó un nuevo paciente y se sintieron atraídos mutuamente, pero JGU trajo lo que estaba sintiendo. Un ejemplo de esto fue el siguiente diálogo:

JGU: “Lic. Debo comunicarle que me he sentido atraída por X, y aunque sé que no debo, no controlo lo que siento y además el me busca.”

Terapeuta: “¿Entiendes porque no es bueno que te relaciones emocionalmente con nadie?”

JGU: “Sí lo entiendo, pero me cuesta alejarme. Yo quisiera alguien me quisiera tal como soy.”

También dijo que, a pesar de sentirse atraída por un compañero, que estaba buscándola ella le comunicó que no era posible estar juntos porque eso iba en contra de las reglas del centro. Reconoció que colocar ese límite le trajo paz.

Como tarea debió identificar situaciones en las que su manera de comunicarse creó conflictos. Al final de la sesión se puede observar que la paciente entendió el valor de tener límites y ser honesta consigo mismo.

Sesión 4

En esta sesión se explicó el valor de comunicarse de manera asertiva y las consecuencias positivas que traía al momento de relacionarse con los demás.

La paciente identificó varias situaciones donde por su manera de comunicarse provocó un malestar en vez de que los demás la entendieran.

Explicó que hace unos días tuvo una sesión con su padre donde ella quiso informarle que aunque fue buen proveedor ella hubiera preferido más tiempo y cariño de su parte, además entendía prefirió su religión en vez de ella.

Durante la sesión conectó con la situación vivida con sus papas mostrándose de nuevo afectada y llena de culpa la llevó hacer nuevamente una crisis donde entiende no es merecedora de perdón según la relación que la familia pertenece y que ella profesó por un

tiempo lo que hizo sentir frustración y culpa porque quisiera ser perdonada y continuar perteneciendo a la iglesia.

Ante esta situación se realizó un role playing donde participé en una ocasión como hija modelando la manera de comunicarse de manera asertiva entre otras técnicas donde la paciente entendió la forma que debe comunicarse y como se siente la persona al escuchar el paciente.

Algunas técnicas utilizadas en esta sesión fueron utilizar yo en lugar de tú, psicoeducación sobre los límites y la comunicación asertiva. Role-play y cuestionar los pensamientos negativos. Aunque durante esta sesión JGU identificó el valor de comunicarse adecuadamente, duda de su capacidad de llevarlo a la práctica. Por igual, debido al comportamiento de la paciente durante la sesión se consultó nuevamente con el terapeuta de cabecera para poder saber qué pasos pueden tomarse para que la paciente se adueñe del proceso y cómo manejar de manera efectiva las crisis. Comunicó que en este caso particular de la paciente la evolución y curso ha sido lenta y las metas a alcanzar no se han podido llevar a cabo, por lo tanto, el pronóstico de la paciente hasta el momento es reservado o desfavorable.

Sesión 5

Al iniciar la sesión la paciente comunicó que se sentía muy mal consigo misma. En esta ocasión la paciente llegó a la sesión llorando y alterada. JGU expresó deseos de abandonar el programa ya que entiende que es rechazada por todos sus compañeros lo que me llevo a usar los primeros minutos para darle contención hasta lograr estabilizar e iniciar el proceso. Expresó su deseo de dejar el programa porque se vio involucrada en una situación con 2 compañeros y asumió que el resto del grupo estaba hablando de ella y rechazándola.

Ante esta situación, la terapeuta comenzó a conversar con ella sobre ese pensamiento de “nadie quiere estar conmigo y todos me rechazan” la creencia de “nadie me quiere”.

Un compañero le pidió entregará a otra compañera un objeto que está prohibido, la paciente JGU no identificaba de que se trataba el objeto por lo que preguntó a otros de que se trataba lo que trajo como consecuencia que ambos compañeros fueran amonestados. A partir de ese momento entendió que todos la rechazaban y que todos hablaban de ella de manera negativa. Durante esta sesión la paciente hizo conciencia de que parte del problema fue ocasionado por no poner límite cuando el compañero solicitó su ayuda.

La paciente por momentos lloraba y otros no conectaba con la situación, lo cual extendió la sesión a una hora y media para lograr el propósito. Se utilizó la técnica de flecha descendiente de Beck para cuestionar los pensamientos negativos y tratar de llegar a la creencia central.

Terapeuta: “¿Qué te hace sentir rechazada en esta situación?”

PGU: “Siento que todos me juzgan y se alejan de mí. La creencia que tengo es que ‘‘No soy querida’’.

Terapeuta: “¿Cómo te sientes cuando piensa que no eres querida?”

PGU: “Me siento deprimida, triste, sola.”

Terapeuta: “¿Qué te confirma que no eres querida por los demás?”

PGU: “Veo la actitud de los demás conmigo.”

Terapeuta: “¿Esa es una forma de interpretar la realidad, pero algunos de tus compañeros te han dicho que no les interesa compartir contigo?”.

PGU: “La verdad que no y pesándolo solo los dos compañeros tuve situación son los que no me hablan”.

Terapeuta: “O sea que el resto han hablado contigo?”.

PGU: “Si realmente”.

Terapeuta: “Entiendo que estas generalizando y lo que debieras hacer es preguntarles de manera asertiva que les sucede porque recuerda cada uno vive su proceso y no gira en torno a ti”.

Luego del proceso de preguntas la paciente entendió que por la actitud de enojo de los 2 compañeros ella estaba generalizando esa actitud negativa hacia las demás personas del programa. Entendió el valor de decir que no cuando sabe que no está de acuerdo con algo.

Al finalizar la sesión fue capaz de identificar las consecuencias que traía la falta de límites y que ese pensamiento negativo “ Todos me rechazan ” no era real porque logró ver que la mayoría era amable con ella.

Sesión 6

Durante esta sesión la paciente estuvo desenfocada, y con un estado de ánimo triste y desinteresado en la terapia. Se procedió a hacer contención ya que la paciente no tenía interés en trabajar los pensamientos y creencias y estaba emocionalmente inestable. Se procedió a pasarle la prueba de Rosenberg y fue todo lo que se pudo realizar en esta sesión.

Resultados de la intervención

Tabla 2.

Puntuación paciente JGU en la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Prueba	Pre (PD)	Post (PD)	Interpretaciones
Escala de autoestima de Rosenberg	16	21	Aumentó su autoestima, pero sigue dentro del nivel bajo

Durante el proceso de intervención se le proporcionó a la paciente diferentes herramientas para ayudarle a mejorar la baja autoestima y trabajar con él su proceso de adicción. Las técnicas utilizadas partieron del marco de Terapia Cognitivo Conductual ya que

este tipo de terapia es de corta duración y se centra en los pensamientos y creencias del paciente. En el caso de JGU presentó muy baja mejoría debido a crisis y situaciones que complicaron el proceso terapéutico. El primer tema trabajado con JGU fue el de psicoeducación sobre límites y asertividad. A partir de esto pudo identificar los límites claros con su familia y amigos, pero no pudo lograr aplicar lo aprendido fuera de terapia ya que se vio involucrada en situaciones complicadas y con mucho malestar tanto en el centro como con su padre.

La creencia central descubierta por JGU fue “Nadie me quiere” utilizando la flecha descendiente de Beck. La mayoría de sus pensamientos automáticos se centraban en esta creencia principal, que aunque fue cuestionada no pueden verse avances en el cambio de pensamiento, por lo que no se apreció una reestructuración cognitiva. Esta creencia por igual afecta su autoestima y por esto no se ven cambios significativos en su autoconcepto y desenvolvimiento en el centro. Entendió que ella es capaz de lograr metas y entendió que el pensamiento de que nadie la quiere es generalizado y duro para su autoestima, pero no tomó acción para cambiarlo.

En cuanto a la religión, JGU llegó con un pensamiento de que ella no tiene valor ya que la sacaron de la iglesia evangélica por la prostitución. Durante el proceso terapéutico pudo aceptar que había otras iglesias que le darían la bienvenida y le permitirían seguir su proceso espiritual, pero este avance se vio atropellado por la sesión terapéutica con su padre ya que este le reafirmó su pensamiento de que no vale nada sin importar en cual religión este.

Por último, en el ámbito de sus relaciones interpersonales entendió que el vocalizar sus opiniones y creencias no crearán un problema mientras pueda hacerlo de manera asertiva. Sintió malestar al no poder seguir sus deseos de tener una relación con otra persona del centro y comprendió que debe poner límites para lograr avance en su proceso de adicción.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo comprobar el efecto de una terapia enfocada en la autoestima como parte del tratamiento de un paciente adicto a través de un estudio caso. La hipótesis buscó confirmar que mientras mayor sea su autoestima más aumenta las posibilidades que conecten con el programa de recuperación de la adicción y disminuye las posibilidades de recaer en el consumo en los pacientes de la clínica Clarium by Fénix en Santo Domingo, República Dominicana.

Previo a la intervención se realizó un proceso de prueba con el test de Autoestima de Rosenberg. Los once pacientes que cursan actualmente el programa realizaron la prueba y de estos se seleccionaron dos para continuar a la fase de intervención porque los resultados indicaron que obtuvieron puntuaciones de autoestima baja.

Durante el tiempo de intervención se les proporcionó a los pacientes diferentes herramientas para ayudarlos a mejorar la baja autoestima y apoyar su proceso de adicción. Las técnicas utilizadas partieron del marco de Terapia Cognitivo Conductual ya que este tipo de terapia es de corta duración está centrada en los pensamientos y creencias del paciente (Aguilar, 2018) (Arteaga & Rodríguez, 2016). De acuerdo con Solórzano-Soto et al. (2017) la terapia cognitivo-conductual para el adicto pretende ayudar a reducir el riesgo de conductas de consumo y a manejar sus emociones y estrés por medio de actividades recreativas para hacer la rehabilitación permanente.

Con ambos pacientes se inició la intervención escuchando la historia familiar y de esta manera creando un genograma para identificar el tipo de relación familiar del paciente con cada miembro y el funcionamiento del sistema familiar haciendo hincapié en el paciente. El genograma le facilita al terapeuta la comprensión y exploración de las relaciones familiares, además, proporciona una base sólida para el trabajo terapéutico ya que permite que este pueda sugerir y psicoeducar sobre herramientas para lidiar con el sistema familiar y tener

mejores relaciones (Solórzano-Soto et al., 2017). En ambos casos este instrumento mostró que los pacientes tenían dificultades con la figura materna y paterna, pero haciendo hincapié que el malestar es mayor con ambas madres.

Bowen et al. (1986) expresan que la familia es un conjunto interdependiente y organizado, de personas en constante interacción, que es regulado por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior. Se procedió a utilizar el triángulo de Bowen para JA en donde se pudo ver que JA sirve como estabilizador o mediador tanto para la madre como el padre cuando estas en conflicto. Esto se debe a que JA es un hijo parentalizado que ocupaba dependiendo de la situación, el rol de su padre o de su madre olvidándose de su verdadero rol, el de hijo. Por su parte, el triángulo de Bowen representa la relación de la familia. Este triángulo permite indagar la estabilidad en las relaciones, porque Bowen explica que una relación de dos personas es muy inestable y por eso debe haber un tercer elemento el cual sirve como estabilizador (Vargas et al., 2021).

Durante las sesiones coincidieron varios aspectos en ambos casos, mientras JA rechazaba a su madre por su manera de comunicarse y por su sospecha de que le fue infiel a su padre, JGU rechaza a ambos padres, ya que estos la han maltratado su vida completa. Al momento de profundizar sobre estas relaciones familiares se pudo ver que su modelo de conducta en todos los demás tipos de relaciones parte de la interacción en el núcleo familiar. Muñoz et al. (2012) expresan que las creencias de varios miembros que están en constante conflicto por las diferencias crean y mantienen situaciones de dificultad y comportamientos desadaptativos. Cuando se trabaja en Terapia Familiar Cognitivo Conductual se atienden estas creencias disfuncionales por medio de la reestructuración cognitiva, trabajando comunicación asertiva y la negociación para crear un ambiente positivo, afectivo y funcional.

Algunas de las características y estados emocionales que afectan y crean mayor probabilidad de una adicción son la impulsividad, la búsqueda incesante de experiencias

nuevas y la baja o nula tolerancia de estímulos no placenteros. Igualmente, pueden partir de un problema de personalidad, donde la baja autoestima y los estilos de afrontamiento a las dificultades son erróneos (Echeburúa et al., 2005). Esto es visto en el caso de JGU, donde la impulsividad y la búsqueda de nuevas experiencias se ve presentada en su vida amorosa cambiante y fugaz y ciertamente en el uso de sustancias ilícitas. En el paciente JA pueden observarse otras características, como carencia de afecto y estado de disforia constante que lo llevan al consumo. Las características arraigadas en ambos son la baja autoestima y autocrítica constante. Esto evidencia lo propuesto por Echeburúa et al. (2005) que una persona con dificultades en su relación familiar y social y con baja autoestima, es una persona que probablemente recurra al hábito de consumir sustancias ilícitas porque le permite una recompensa instantánea.

Partiendo de estas características las sesiones terapéuticas se trabajaron con tres herramientas principales: psicoeducación, reestructuración cognitiva y la técnica de la flecha descendiente de Beck (Rojas, 2007). Los pacientes pudieron apreciar mediante estas técnicas sus creencias centrales, distorsiones cognitivas y cómo reestructurar las mismas. Para JA la creencia central es “No soy suficiente” mientras que JGU es “No merezco amor”. Con la flecha descendiente de Beck se cuestionaron los pensamientos automáticos que están distorsionados para llegar a la creencia central y poder lograr la reestructuración cognitiva. Esta última parte es sumamente compleja porque se trata de un proceso en el que recordando y volviendo a vivir situaciones pasadas se puede evaluar las emociones y respuestas que se dieron en ese momento, además de tener otra mirada de dicha situación para poder cambiar las emociones y respuestas asociadas a la misma (León, 2010).

Luego, se procedió a cuestionar ambos pensamientos en varias sesiones porque el malestar partía de pensamientos arraigados a estas creencias. Con JA su conducta descuidada y complaciente con las personas a su alrededor partía del miedo al rechazo. En el caso de

JGU, su conducta de consumo y desdén en todas las relaciones amorosas partían de sentir que no tiene valor por sus acciones pasadas. Por dichas razones, se psicoeducó en ambos casos sobre herramientas necesarias para mejorar el malestar que sentían y cambiar estas creencias. Sin embargo, los principales temas abordados fueron límites y comunicación asertiva, ya que eran dos habilidades que ambos no poseían. La comunicación asertiva es la capacidad de comunicarse de manera verbal y no verbal de acorde al contexto social y cultural para lograr un objetivo personal (Laca & Mejía ,2017). Las personas que son asertivas tienen mayor satisfacción en su vida y promueven relaciones interpersonales fuertes y saludables pues son más conscientes, reflexivos y confiados en sí mismos. Una persona asertiva hace reflexiones constructivas de sus problemas, es más feliz y maneja bajos niveles de ansiedad (Calua et al., 2021).

Por su parte, los límites son normas claras e inquebrantables que delimitan las reglas sociales, posiciones personales y convenios en las relaciones interpersonales para demarcar lo que es propio de una persona. Estos permiten que las personas que se encuentren en situaciones estresantes y de conflicto puedan gestionarlos adecuadamente para la búsqueda de su bienestar y estabilidad (Fernández, 2022).

Conjuntamente, JA aprendió por medio de la intervención que su rol en la familia era de hijo parentalizado, y las herramientas que utilizó para mejorar su malestar y situación en casa fueron implementar límites y comunicarse de forma asertiva. En el ámbito familiar JGU logró identificar los límites que debía instaurar con su familia, pero no los puso en práctica. También entendió la necesidad de utilizar la comunicación asertiva, pero se sentía poco capaz de aplicarlo a su diario vivir por miedo al rechazo. Por último, entendió que hay posibilidad de ser aceptada en otra religión y que tendría el chance de poder desarrollar su espiritualidad.

Asimismo, JA tuvo un cambio positivo con su familia ya que los límites le permitieron no sentirse manipulado por sus padres y tomar su puesto como hijo en la familia. JGU por su

parte, tuvo muchas dificultades familiares y se sintió muy cohibida en las sesiones en las que su padre asistía ya que este la criticaba por su forma de vivir. En la intervención no hubo un seguimiento del programa, pues, cinco de las sesiones terapéuticas fueron de contención de problemas y de preocupación por el estado de sus hijas, y esto se puede ver en el genograma familiar ya que sus relaciones más cercanas y sin conflictos son con ellas (ver figura 2).

En el ámbito psicológico, ambos demostraron que su adicción depende del nivel de autoestima, pero ese no era el único factor. El consumo de JA inició por presión social y aceptación grupal. Por medio de la intervención entendió que muchos de sus pensamientos automáticos negativos parten del miedo al rechazo. Es por lo que su autoestima está arraigada a la aceptación del grupo y sus acciones van ligadas a lo mismo. En la intervención, JA comprendió que sus opiniones y acciones son importantes ya que cuando las externa no tiene un malestar general con los demás y no siente ira. Por igual logró comprender que no harán que el grupo lo rechace, que es su miedo principal y por el cual hace cosas que no van de acuerdo con sus pensamientos. Por otra parte, JGU mostró que su autoestima depende de la aceptación de sus padres, la iglesia y su hijo quien había abandonado desde pequeño. Una de las consecuencias positivas que tuvo JGU fue lograr reconectar con ese hijo con quien tenía esa relación distante y esto creó que se sintiera positiva las primeras sesiones terapéuticas, pero luego la actitud cambió.

Asimismo, durante el proceso se procedió a psicoeducar con relación a los objetivos y valor de cada sesión. En este caso se habló sobre la importancia de conocerse mejor, proceso que permite hacer consciencia de sus propias emociones, la forma que se relacionan con los demás, de los principios, valores, prioridades. Según Bandura (1997), el autoconocimiento es esencial para el desarrollo personal y la autorregulación. Permite el conocimiento propio y cómo interactuar de manera efectiva con el entorno. A través del autoconocimiento, se puede

mejorar la autoeficacia y tomar decisiones más informadas para el logro de metas y así como la adaptación a los desafíos de la vida.

Por otra parte, la terapia conductual es uno de los tratamientos que ha demostrado mayores beneficios eficacia con los pacientes con dependencia de sustancias. Esto se debe a que su estructura permite cambios de la conducta y cognición, lo cual trae como resultado cambio en sus acciones, creaciones de nuevos hábitos y sentimientos de control sobre sí mismo. Estas habilidades son clave para el adicto ya que su enfermedad se caracteriza por impulsividad, conductas delictivas y agresivas y sensación de pérdida de control en diferentes áreas de la vida (Aguilar, 2018) (Arteaga & Rodríguez, 2016).

Del paciente JA, quien durante todo el proceso estuvo emocionalmente estable y enfocado en las intervenciones y tareas terapéuticas, se pudo apreciar en este caso que con cada intervención el proceso de cambio era paulatino y constante. Por el contrario, en el caso de JGU se trataron los mismos temas que en el de JA, pero debido al estado de ánimo del paciente JGU los resultados fueron muy diferentes, ya que la paciente no lograba enfocarse en el proceso de terapia de igual manera.

Cabe destacar que hubo algunos factores en contra del estudio como el tiempo que el paciente podía poner en práctica las técnicas y herramientas aprendidas ya que se encontraban internos en una clínica con limitada interacción con los demás. Otra desventaja importante fue que el estado de ánimo tuvo mucha fluctuación en el caso de JGU, lo cual no permitió que se llevara a cabo el plan en el tiempo estipulado de 6 sesiones.

Se observan las diferencias entre JA y JGU. El paciente que sube el nivel de autoestima tiene mayores herramientas para afrontar la adicción, presiones sociales y dificultades familiares que lo hicieron llegar a esta. Por otra parte, la paciente poco apegada al proceso de intervención sobre autoestima es igualmente poco apegada a su proceso de recuperación en el centro. La autoestima es una necesidad fundamental de las personas y su propósito es mejorar

su calidad de vida porque les permite a los individuos crear compromisos, sentirse capaces de sus responsabilidades, asumir nuevos retos y tener una autopercepción positiva. Asimismo, permite tener autonomía y enfrentar críticas, frustración y dificultades a lo largo de la vida (Giraldo & Holguín, 2017).

Por su parte, Liberini et al. (2016) sustentan la hipótesis de que la autoestima alta protege a los individuos de incurrir en actos de consumo porque permite que las personas puedan afrontar dificultades preservando el bienestar mental, físico y social. Por su parte, Sistol (2023) corrobora que las personas adictas a estupefacientes, en especial aquellos que ya han tenido varias recaídas, muestran bajo o muy bajo nivel de autoestima y por esto es una arista que se debe trabajar en la terapia con adictos. Es por tanto que, a través de este estudio se pudo comprobar que la autoestima influye de manera positiva en el nivel de apego al programa de rehabilitación permitiendo que el paciente lleve a cabo un proceso más consciente de su gestión y de las herramientas utilizadas.

Con este estudio se puede concluir que la autoestima es una característica importante en el proceso de recuperación del adicto porque le permite sentir y comprender que tiene valor y capacidad para lograr mejoría; y por ende se siente capaz de adoptar y mantener en el tiempo un programa de adicciones.

Por último, si bien es cierto que trabajar la autoestima en el tratamiento de adicción es muy favorable para su proceso de recuperación, es recomendable observar las fluctuaciones en el estado de ánimo o disociación que impidan el avance en el proceso terapéutico del paciente. Por ende, es necesario proceder a evaluar el estado de ánimo y los niveles de traumas en el paciente con las escalas correspondientes para conocer si el paciente está listo para trabajar la autoestima o se debe antes iniciar un proceso de psicoterapia para trabajar los traumas que causan su inestabilidad emocional. De esta forma, una vez que el paciente pueda regular su estado de ánimo, entonces proceder a trabajar la autoestima.

Referencias

- Aguilar, K. (2018). *Programa de intervención cognitivo-conductual para la prevención de recaídas con adictos a la cocaína*, [Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]. riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/572/AUVKZN08T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Armendáriz, N. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural del Nuevo León, México. *SMAD*, 4(1), 01-16. pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180669762008000100006&script=sci_abstract&lng=es
- Arteaga, N., & Rodríguez, M. (2016). *Factores psicosociales y el proceso de recaída en pacientes del centro integral de tratamiento de adicciones Benito Menni, de Quito, Período abril - septiembre 2016*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3401
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 118-125.
- Calero, A. (2016). *Inteligencia emocional durante la adolescencia: Su relación con la participación en actividades, el consumo de alcohol, el autoconcepto y la autoestima* [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de La Plata]. sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/56745#:~:text=Inteligencia%20emocional%20durante%20la%20adolescencia%3A%20su%20relaci%C3%B3n%20con,2016%20Tipo%20de%20documento%3A%20Tesis%20de%20doctorado%20Resumen
- Calua, M., Delgado, Y., López, O. (2021). Comunicación asertiva en el contexto educativo. *Boletín Redipe*, 10(4), 315-334. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7917878

- Contreras, J., Martínez, M., Almaguer, J. M., Ramírez, A., & Miramontes, A. (2019). Adicción a Internet. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 34-45.
www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/55
- Contreras, S. (2021). *Distorsiones cognitivas y su repercusión en la autoestima de un adulto en rehabilitación fundación COTEMAC CETAC - QUEVEDO*. [Tesis de grado, Universidad Técnica de Babahoyo]. dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10926
- Corvalán, P. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 186-189. www.scielo.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0186.pdf
- Echeburúa, E., Corral, P. & Amor, P. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*, 13(3), 511-525.
behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Echeburua_13-3oa.pdf
- Enrique, M., & Muñoz, R. (2014). El problema de la autoestima basado en la eficacia. *PSOCIAL. Revista de Investigación en Psicología Social*, 1(1), 52-58.
publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/download/168/536
- Fernández, G., Rodríguez, O., & Secades Villa, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 159-165.
www.redalyc.org/pdf/778/Resumenes/Abstract_77818544005_2.pdf
- Fernandez, M. (2022). *Mis limites*. Direccion de Asesoramiento y Desarrollo Estudiantil. Universidad Metropolitana. <https://www.unimet.edu.ve/unimetsite/wp-content/uploads/2022/06/Limites-saludables-DADE.pdf>
- García, M., & Pibaque, C. (2020). Resiliencia y Autoestima en Pacientes Drogodependientes de la Comunidad Terapéutica de Mujeres Maranatha. *Identidad Bolivariana*, 5(1), 01-12. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8377986

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Grall Hill Education.
- Huaytalla, K. C., Rodríguez Vega, S., & Jaimes Soncco, J. (2016). Riesgo de adicción a redes sociales, autoestima y autocontrol en estudiantes de secundaria. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 9(1), 09-15.
revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/236/236
- Jiménez, T. (2011). Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61.
scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592011000100006
- Laca, F., & Mejía, J. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 66-75. www.redalyc.org/pdf/292/29251161006.pdf
- León, M. (2010). *Técnicas Cognitivas de Aaron Beck, en adolescentes con problemas de consumo de drogas en la unidad educativa "Javeriano"* [Tesis de grado, Universidad del Azulay]. dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5444
- Liberini, S., Rodríguez, G., Romero, N. (2016). El rol de la autoestima, la personalidad y la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia. *PSOCIAL Journal of Research in Social Psychology*, 2(1), 27-37.
publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/1469/1513
- Martínez, H., Rodríguez, A., & Vincés, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 23(93), 82-89.
uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/148

- Muñoz, E., Canales, A., Bados, A., & Saldaña, C. (2012). Terapia familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos. *Anuario de Psicología*, 42(2), 259-272.
www.redalyc.org/pdf/970/97026840009.pdf
- Musitu, G., & Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 13(1), 285-306. www.redalyc.org/pdf/654/65413111.pdf
- Naranjo Pereira, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 01-27. www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311
- Naranjo, M., & González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 389-404. biblat.unam.mx/hevila/Actualidadesinvestigativaseneducacion/2007/vol17/no3/10.pdf
- Pérez-Rodríguez, M., García-Hernández, J., & Pérez-Tejero, J. (2023). Autoestima en personas con daño cerebral adquirido según práctica de actividad física. / Self-Esteem in People with Acquired Brain Injury According to Physical Activity. *International Journal of Medicine & Science of Physical Activity & Sport / Revista Internacional de Medicina y Ciencias de La Actividad Física y Del Deporte*, 22(89), 271–281.
cdeporte.rediris.es/revista/inpress/artautoestima1449e.pdf
- R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255.
psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/10/Escala-Autoestima-Rosenberg.pdf

- Ramírez, L., & Caballero, M. J. (2009). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes. *Inventio, la génesis de la cultura universitaria en Morelos*, 5(10), 51-56.
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA* (44), 241-257.
doi.org/https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/678
- Rojas, L. (2007). *Fases del proceso de la terapia cognitivo conductual de Beck*. [Tesis de grado, Universidad del Azulay].
dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1064/1/06249.pdf
- Sánchez, D. (2016). *Programa para mejorar la autoestima a partir de la TRE, en adolescentes con problemas de consumo*. [Tesis de grado, Universidad del Azulay].
dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5785?mode=full
- Sistal, I. (2023). Intervención psicoeducativa para personas con problemas de adicciones en comunidad terapéutica. *MLS Psychology Research*, 6 (1), 02-21.
doi.org/10.33000/mlspr.v6i1.1270.
- Solórzano-Soto, R., Márquez-Allauca, V., Márquez-Allauca, K. (2017). Terapia cognitivo-conductual para rehabilitación- reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 752-769.
dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325886#:~:text=Las%20adicciones%20son%20un%20problema%20social%2C%20la%20ONUUD,factores%20biopsicosociales%20que%20dieron%20origen%20a%20las%20adicciones.
- Vargas, J., Ibáñez, E., Mendoza, M., Palomino, L. (2021). Exploración de la dinámica familiar a través de la teoría de Bowen. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 24(4), 1662-1678. www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2021/epi214q.pdf

Vázquez, A., García-Boveda, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/10/Escala-Autoestima-Rosenberg.pdf