



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Escuela de Psicología Clínica

**“TERAPIA DE GRUPO PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN
CÓNYUGES DE ALCOHÓLICOS”**

Actividad realizada en la Comunidad Terapéutica del Austro.

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título
de Psicóloga Clínica**

Autor: María del Carmen Peña Peralta

Director: Dr. Patricio Cabrera

Cuenca, Ecuador

2009

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis hijos, que son mi inspiración y a mi esposo, por su constante apoyo.

Carmen Peña

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Esteban Ullauri director de la Comunidad Terapéutica del Austro por la confianza y las facilidades que me proporcionó para que realice este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO.....	2
LA AUTOESTIMA.....	2
1.1 Introducción.....	2
1.2 Reseña Histórica.....	2
1.3 Definiciones.....	3
1.4 Clases de Autoestima.....	4
1.4.1 Autoestima Alta.....	4
1.4.1.1 Características de una Autoestima Alta.....	5
1.4.2 Autoestima Baja.....	6
1.4.2.1 Características de una Autoestima Baja.....	6
1.5 Definición de Autoconcepto.....	7
1.5.1 Relación entre Autoestima y Autoconcepto.....	7
1.6 Componentes de Autoestima.....	7
1.7 Determinantes de la Autoestima.....	9
1.8 Distorsiones Cognitivas.....	10
1.9 Obstáculos para el crecimiento de la Autoestim.....	11
1.10 La Autoestima en la relación de pareja.....	11
1.10.1 Características de las parejas con autoestima.....	12
1.11 Como mejorar la autoestima.....	12
CAPÍTULO 2.....	15
LA CODEPENDENCIA.....	15
2.1 Introducción.....	15
2.2 Historia.....	15
2.3 Definiciones.....	17
2.4 Hipótesis Etiológicas.....	18
2.4.1 El concepto del Niño-adulto y del Adulto-niño.....	19
2.5 Características.....	20
2.6 La codependencia como Trastorno de Personalidad.....	21

2.7	La recuperación.....	22
2.7.1	La psicoterapia individual.....	23
2.7.2	La psicoterapia grupal.....	24
2.7.3	Los grupos de autoayuda.....	26
2.7.3.1	Los Doce Paso.....	26
2.7.4	Literatura sobre el tema.....	27
2.8	Reglas básicas para el cuidado de sí mismo.....	28
2.9	Conclusiones.....	28
CAPÍTULO 3.....		31
EL ALCOHOLISMO.....		31
3.1	Introducción.....	31
3.2	Generalidades.....	32
3.3	Definición.....	32
3.4	Diagnóstico.....	33
3.5	Historia Clínica y Evaluación del consumo de alcohol.....	33
3.6	Trastornos relacionados con el alcohol.....	34
3.6.1	Trastornos por consumo de alcohol.....	34
3.6.2	Trastornos inducidos por el alcohol.....	34
3.6.1.1	Dependencia de alcohol.....	35
3.6.1.1.1	Criterios para el diagnóstico de dependencia de alcohol.....	35
3.6.1.2	Abuso de alcohol.....	37
3.6.1.2.1	Criterios para el diagnóstico de abuso de alcohol.....	38
3.8	Consecuencia.....	40
3.8.1	Consumo de alcohol y sida.....	41
3.8.2	Alcohol y conducción.....	41
3.8.3	Suicidios.....	41
3.8.4	Alcohol y violencia.....	41
3.8.5	Mortalidad.....	42
3.8.6	Problemas familiares.....	42
3.8.7	Problemas Laborales.....	42

3.8.8	Problemas Económicos.....	43
3.9	Tratamiento.....	43
3.9.1	Tratamiento con fármacos.....	44
3.9.2	Tratamiento ambulatorio.....	44
3.9.3	Psicoterapia Individual.....	44
3.9.4	Psicoterapia grupal.....	44
3.10	Terapia familiar o de pareja.....	45
3.11	Grupos de Autoayuda.....	45
3.12	Conclusiones.....	46
CAPITULO 4.....		48
TERAPIA DE GRUPO.....		48
4.1	Introducción.....	48
4.2	Reseña Histórica.....	48
4.3	Concepto de terapia de grupo.....	49
4.3.1	Objetivos.....	49
4.3.2	Ventajas.....	50
4.3.4	Selección y Organización del grupo.....	51
4.3.4.1	Criterios de inclusión.....	51
4.3.4.2	Criterios de exclusión.....	52
4.3.5	Composición.....	53
4.3.5.1	Ventajas de los Grupos Homogéneos.....	53
4.3.5.2	Ventajas de los Grupos Heterogéneos.....	53
4.3.6	Preparación del contexto.....	53
4.3.8	Inclusión de nuevos miembros.....	54
4.3.9	Papel del líder en la terapia de grupo.....	54
4.3.10	Atributos del Líder.....	55
4.3.12	Comienzo y mantenimiento del proceso terapéutico.....	56
4.3.13	Elementos de la terapia.....	56
4.3.14	Terminación Planificada.....	57
4.3.15	Evaluación de logros.....	57
4.4	Conclusiones.....	57

CAPÍTULO 5

TERAPIA DE GRUPO COGNITIVA CONDUCTUAL.....	60
5.1 Introducción.....	60
5.2 Historia.....	60
5.3 Definición.....	61
5.3.1 Ventajas de los Grupos Cognitivos Conductuales.....	61
5.3.2 Etapas de la psicoterapia.....	62
5.3.3 Normas para el grupo.....	62
5.3.4 Criterios de inclusión.....	63
5.3.5 Criterios de exclusión.....	63
5.3.6 Recomendaciones a los Terapeuta.....	63
5.4 Definición de Terapia Cognitiva.....	64
5.4.1 Elementos.....	64
5.4.2 Fases.....	65
5.4.3 Distorsiones Cognitivas.....	67
5.4.4 Restructuración cognitiva.....	68
5.4.4.1 Técnicas de restructuración cognitiva.....	69
5.4.4.2 Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento.....	69
5.4.4.3 Técnicas en resolución de problemas.....	69
5.4.4.4 Técnicas adicionales.....	69
5.5 Conclusiones.....	72
CAPÍTULO 6.....	73
TRABAJO PRÁCTICO.....	73
6.1 Objetivos.....	73
6.1.1 Objetivo General.....	73
6.1.2 Objetivos Específicos.....	73
6.2 Metodología de trabajo.....	73
6.3 Universo y Muestra.....	73
6.4 Técnicas e Instrumentos.....	74
6.5 Variables.....	74
6.6 Análisis de datos.....	75

6.7	Resultados de la aplicación del Cuestionario de Autoestima de Cooersmith.....	75
6.8	Plan de sesiones de la Terapia de Grupo en Cónyuges de Alcohólicos.....	77
6.8.1	Sesión Individual.....	77
6.8.2	Sesiones Grupales.....	77
6.8.3	Descripción de las Sesiones de la Terapia de Grupo en Cónyuges de Alcohólicos.....	77
6.9	Resultados de la aplicación del Cuestionario de Autoestima de Cooersmith.....	111
6.10	Informes Psicológicos.....	113
CAPÍTULO 7.....		129
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....		129
7.1	Análisis de los Resultados de la Aplicación de la Terapia de Grupo Cognitiva Conductual a Cónyuges de Alcohólicos.....	129
7.1.1	Edad.....	129
7.1.2	Estado Civil.....	129
7.2.3	Instrucción.....	130
7.1.4	Años de convivencia.....	130
7.1.5	Impacto Transgeneracional.....	130
7.1.6	Resultados obtenidos en la aplicación del Test de Autoestima de Cooersmith al inicio del Proceso Terapéutico.....	131
7.1.7	Resultados obtenidos en la aplicación del Test de Autestima de Cooersmith al final del Proceso Terapéutico.....	131
7.2	Conclusiones.....	131
7.3	Recomendaciones.....	132
7.4	Propuestas y seguimiento.....	133
BIBLIOGRAFÍA.....		134
ANEXOS		
Cuadros de Resultados.....		135
Ficha de Evaluación Psicológica.....		143
Escala de Autoestima de Coopersmith.....		145

RESUMEN

En este trabajo trato de realizar una intervención terapéutica para mejorar la autoestima en cónyuges de pacientes alcohólicos internos en la Comunidad Terapéutica del Austro. El tratamiento ha sido diseñado para que se realice en forma grupal, utilizando Técnicas Cognitivas Conductuales enfocadas en mejorar la Autoestima.

Al culminar la intervención terapéutica por medio de un Cuestionario de Evaluación que se aplicó al inicio y al final del programa se pudo verificar un notable incremento en el nivel de autoestima de las mujeres que participaron en el proceso.

Este tratamiento es un gran aporte para la sociedad, ya que puede ser utilizado en familiares de alcohólicos, contribuyendo en la recuperación personal e integral de las familias que tienen este problema, así también al trabajar sobre la principal causa del problema de estas personas, se puede reducir el tiempo del tratamiento.

ABSTRACT

This work deals with a therapeutic intervention in order to improve the self-esteem of partners of alcoholic in-patients in the Therapeutic Community of the South. The treatment has been designed to be performed in groups, using Behavioral Cognitive Techniques focused on improving self-esteem.

At the end of the therapeutic intervention, via an Evaluation Questionnaire used at the beginning and end of the program, a notable increase in the level of self-esteem in the women who participated in the process was shown.

This treatment is a great support for the society, as it can be used with families of alcoholics, contributing to the personal and integral recuperation of the families that have this problem; as well as working on the principal cause of the problem in these people, which can reduce the treatment time.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be the name Gabriela Estrella, written over the stamp.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo no sólo provoca daño al individuo que consume la sustancia, por estadísticas se sabe que por cada adicto activo mínimo tres personas en su entorno resultan afectados en menor o mayor grado.

El problema de la adicción al alcohol causa otro problema en los familiares, a este problema se le llama codependencia; es decir, los afectados indirectamente por la enfermedad son los hijos, el cónyuge, los padres e incluso los jefes y amigos cercanos.

El codependiente es una persona cuya atención, intereses, energía y, en general su vida gira alrededor del adicto en forma enfermiza. El sufrimiento del codependiente se manifiesta a través de miedo, resentimiento, inseguridad, y especialmente una baja autoestima.

La Autoestima está configurada por factores interno como externos, es un proceso dinámico que se construye y reconstruye a los largo de la vida por lo que podemos modificarla.

La Autoestima contiene aspectos actitudinales, cognitivos y conductuales por lo que creo conveniente realizar un proceso terapéutico mediante Técnicas Cognitivo Conductuales que permitan mejorar aspectos como: asertividad, autonomía personal, pautas de comportamiento, déficit cognitivos.

Siendo la característica principal de las codependientes una baja autoestima, la misma que es relevante en la vida de todo ser humano, al enfocar el trabajo terapéutico en mejorar la autoestima se puede contribuir a que los familiares de alcohólicos lleven una vida satisfactoria tanto personal como familiar, además realizar una investigación sobre el nivel de autoestima en cónyuges de alcohólicos al inicio y final del Proceso Terapéutico

CAPÍTULO 1

LA AUTOESTIMA

1.1 Introducción

Los seres humanos tienen la capacidad de indignarse cuando alguien viola sus derechos o son víctimas de la humillación, la explotación o el maltrato. Poseen la cualidad de reaccionar y enfurecerse cuando los códigos éticos se ven degradados. Pueden ejercer y defender sus derechos personales sin violar los ajenos.

Hay una zona intermedia entre sumisión y agresión en la que se realiza la verdadera capacidad humana de reconocerse individual sin ser individualista, de cuidarse a sí mismo sin descuidar a los demás y de crear salud mental aprendiendo a expresar adecuadamente lo que se piensa y se siente. (Bonet 1997)

En este capítulo se pretende definir el término Autoestima mencionando algunas propuestas ya existentes al respecto. Explicar como la familia y las instituciones educativas desempeñan un importante papel en el desarrollo de la Autoestima.

Señalar como los pensamientos negativos provocan una baja autoestima y son consecuencia de las distorsiones cognitivas. Finalmente sugerir algunas técnicas para mejorar la Autoestima.

1.2 Reseña Histórica (Bonet 1997)

La autoestima, como vivencia psíquica, es tan antigua como el ser humano. Pero la historia de la Autoestima (o autoconcepto) como constructo psicológico se remota a William James, en el siglo XIX. En su obra *Los principios de la Psicología*, James estudia el desdoblamiento del Yo-global en un Yo-conocedor y un Yo-conocido. De este desdoblamiento, del cual todos son conscientes en mayor o menor grado, nace la autoestima.

En opinión de Maslow, citado por Fadiman y Frager 2003, la mayoría de las personas que no han desarrollado un alto nivel de estima, nunca llegan a autorrealizarse, Maslow ha sido uno de los representantes de la psicología humanista quien más ha difundido el papel que la autoestima desempeña en la vida de la persona, al incluirla dentro de su conocida jerarquía de necesidades. Para Maslow existen dos tipos de necesidades de estima, la propia y aquella que proviene de las otras personas. Ambas necesidades las ubica jerárquicamente por encima de las necesidades fisiológicas, las de seguridad personal, las de amor y pertenencia.

La preponderancia de la psicología conductista hizo que durante algún tiempo se descuidara el estudio sistemático de la autoestima, ya que se consideraba una hipótesis poco susceptible de medición rigurosa, hasta que a mediados de este siglo, con el advenimiento de la psicología fenomenológica y de la psicoterapia humanista, la autoestima adquiere un papel central en la autorrealización de la persona y en el tratamiento de sus trastornos psíquicos (Burns 1998).

En este contexto destaca la contribución de Carl Rogers (el tercer teórico, después de Freud y Skinner, que más ha influido en la psicología contemporánea), cuya psicoterapia gira en torno a la autoestima. Para Rogers, la raíz de los problemas de muchas personas es que se desprecian y se consideran seres sin valor e indignos de ser amados, de ahí la importancia que le concede a la aceptación incondicional del cliente.

1.3 Definiciones

Burns (1990) citado por Bonet (1997, p. 17) define a la Autoestima como: “ El conjunto de las actitudes del individuo hacia sí mismo”.

Branden (1993) en su libro El poder de la Autoestima describe que la autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada persona, que comprende mucho más que ese sentido innato de autovalía, no solamente es una necesidad psicológica sumamente importante, en la actualidad se ha convertido también en una necesidad económica de la misma importancia, atributo necesario para adaptarse a un mundo cada vez más complejo, competitivo y lleno de desafíos.

Branden (1993, p.14) la define como: “La autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida. Más específicamente, consiste en:

1. Confiar en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida.
2. Confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos”.

Naranjo (2007) cita que Branden, en de Mézerville (2004, p. 25) manifiesta que: “La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos, Entiendo como factores internos, los factores que radican o son creados por el individuo ideas, creencias, prácticas o conductas. Entiendo por factores externos los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura”.

Para Satir (1978) citada por Naranjo (2007, p.2) “La autoestima es el concepto del valor individual que cada quien tiene de sí misma, es decir, la valoración que hace en privado del conjunto de sus pensamientos, sentimientos y experiencias que ha ido acumulando a en su vida principalmente en su infancia y la adolescencia”

1.4 Clases de autoestima

1.4.1 Autoestima alta:

Molina, Baldares y Maya (1996, p. 30) citado por Naranjo (2007) describen a las personas con alta autoestima de la siguiente manera: “Una persona con alta autoestima no se considera a sí misma como el centro del universo y mejor que los demás y las demás. Simplemente conoce muchos aspectos de sí misma, tiene auto-respeto y tiene consciencia de su propio valor como persona única e irrepetible. Reconoce sus cualidades buenas, pero no se cree perfecta. Al contrario, puede ser que tenga mucha consciencia sobre sus defectos y del hecho de que ella comete

errores. Pero no ve sus defectos y errores como representativos de alguien sin valor, ella los entiende como representativos del ser humano”.

1.4.1.1 Características de una autoestima alta

Bonet (1997) adaptados de Hamachek (1971). La persona que se autoestima suficientemente...

- 1- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesta a defenderlos, aun cuando encuentre oposición, y se siente lo suficientemente segura de sí misma como para modificarlos si nuevas experiencias indican que estaba equivocada
- 2- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, sin sentirse culpable cuando a otros no les parezca bien lo que haga.
- 3- No pierde el tiempo preocupándose en exceso por lo que le haya ocurrido en el pasado ni por lo que pueda ocurrirle en el futuro. Aprende del pasado y proyecta para el futuro, pero vive intensamente el presente, el aquí y ahora.
- 4- Tiene confianza básica en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar fácilmente por fracasos y dificultades. Y está dispuesta a pedir ayuda de otros cuando realmente la necesita.
- 5- Como persona, se considera y se siente igual que cualquier otra persona, ni inferior ni superior; sencillamente, igual en dignidad; y reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- 6- Da por supuesto que es interesante y valiosa para otros, al menos para aquellos que se asocia amistosamente.
- 7- No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar con ellos si le parece apropiado y conveniente.
- 8- Reconoce y acepta en si misma una variedad de sentimientos y pulsiones, tanto positivos como negativos, y está dispuesta a revelárselos a otra persona, si le parece que vale la pena y así lo desea.
- 9- Es capaz de disfrutar con las más diversas actividades, como trabajar, leer, jugar, charlar, caminar, holgazanear, etc.

- 10- Es sensible a los sentimientos y necesidades de los demás; respeta las normas sensatas de convivencia generalmente aceptada, y entiende que no tiene derecho a medrar o divertirse a costa de otros.

1.4.2 Autoestima baja

Naranjo (2007) menciona a Satir (1980). Una persona con baja autoestima tiene una gran sensación de inseguridad acerca de ella misma. Basa su autoestima, en gran parte, en lo que cree que las demás personas piensan acerca de ella, lo cual lesiona su autonomía e individualidad. En presencia de otras personas disfraza su baja autoestima, en especial cuando se propone impresionarlas. Estas personas tienen muchas esperanzas en lo que las demás pueden darles, pero a la vez tienen grandes temores, por lo que están muy expuestas a sufrir desilusiones y a desconfiar de las otras.

1.4.2.1. Características de una autoestima baja

Bonet (1997) Adaptado de Gill (1980). La persona cuya autoestima es deficiente suele manifestar algunos de los siguientes síntomas:

- 1- Autocrítica rigorista, tendente a crear un estado habitual de insatisfacción consigo misma.
- 2- Hipersensibilidad a la crítica, que le hace sentirse fácilmente atacada y a experimentar resentimientos contra sus críticos.
- 3- Indecisión crónica, no tanto por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- 4- Deseo excesivo de complacer: no se atreve a decir “no”, por temor a desagradar y perder la benevolencia del peticionario.
- 5- Perfeccionismo, o autoexigencia de hacer “perfectamente”, sin un fallo, casi todo cuanto intenta, lo cual puede llevarle a sentirse muy mal cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
- 6- Culpabilidad neurótica: se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar a perdonarse por completo.

- 7- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, que le hace estallar fácilmente por cosas de poca importancia.
- 8- Actitud supercrítica: casi todo le sienta mal, le disgusta, le decepciona, le deja insatisfecho.
- 9- Tendencias depresivas: tiende a verlo todo negro: su vida, su futuro y, sobre todo su sí mismo; y es proclive a sentir una inapetencia generalizada del gozo de vivir y aun de la vida misma.

1.5 Definición de Autoconcepto

Naranjo (2007) hace referencia que según Rice (2000), el autoconcepto es la percepción cognitiva consciente y la evaluación que las personas realizan sobre sí mismas, son sus pensamientos acerca de si mismas.

1.5.1 Relación Entre Autoestima Y Autoconcepto

Rogers citado por Naranjo (2007), señala que existe una ausencia de conflicto interno y de ansiedad cuando las personas descubren quienes son, lo que perciben que son y lo que quieren ser comienzan a converger, entonces pueden aceptarse a sí mismos sin conflicto. Sus autopercepciones y las relaciones con otras personas llevan a la autoaceptación y a la autoestima. Por otra parte, el desajuste psicológico ocurre cuando hay una divergencia entre el yo real, el yo en relación con otras personas, con respecto al yo que les gustaría ser.

1.6 Componentes de la autoestima.

De acuerdo con Gastón de Mézerville (2004) citado por Naranjo (2007) existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima. A partir de esta concepción, presenta un modelo propio al que ha denominado proceso de la autoestima. En este, se considera a la autoestima según dos dimensiones complementarias, una actitudinal inferida integrada por tres componentes: la autoimagen, la autovaloración y la autoconfianza; y una dimensión conductual observable conformada por otros tres componentes: el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.

A continuación se presenta una síntesis de este proceso de la autoestima y sus respectivos componentes, siguiendo las explicaciones de este autor.

- **La autoimagen:** consiste en la capacidad de verse a sí mismo o a sí misma como la persona que realmente es, con sus virtudes y defectos. La persona que tiene una autoestima saludable trata de estar conciente incluso de sus errores, por cuanto la autoestima no se vincula con ser perfecto o ser perfecta.
- **La autovaloración:** consiste en que la persona se considere importante para sí misma y para las demás. La autovaloración se relaciona con otros aspectos como la autoaceptación y el autorespeto y significa que se percibe con agrado la imagen que la persona tiene de sí misma.
- **La autoconfianza:** se caracteriza porque la persona cree que puede realizar bien distintas cosas y se siente segura al hacerlas. Esta percepción interna favorece una buena autoestima, sentirse cómodo o cómoda en la relación con otras personas y manifestarse con espontaneidad. La autoconfianza se traduce en que la persona crea en sí misma y en sus propias capacidades para enfrentar distintos retos, lo que a su vez la motiva a buscar oportunidades que le permitan poner en práctica y demostrar sus competencias.
- **El autocontrol:** se menciona que consiste en manejarse adecuadamente en la dimensión personal, cuidándose, dominándose y organizándose bien en la vida. Significa la capacidad de ordenarse apropiadamente y ejercer un dominio propio que fomente tanto el bienestar personal como el del grupo al que se pertenece. Por lo tanto, el término autocontrol incluye otros aspectos, tales como el autocuidado, la autodisciplina, la organización propia o el manejo de sí mismo o de sí misma.
- **La autoafirmación:** se define como la libertad de ser uno mismo o una misma y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez. Se caracteriza por la capacidad que tiene la persona de manifestarse abiertamente cuando expresa sus pensamientos, deseos o habilidad. Además,

incluye otras capacidades tales como la autodirección y la asertividad personal.

La meta de superación en el componente de la autoafirmación, consiste en encontrar formas saludables de expresar el pensamiento y las habilidades ante las demás personas y en conducirse de manera autónoma, sin llegar a los extremos de sobredependencia o autosuficiencia exagerada.

- **La autorrealización:** de Mézerville explica que consiste en el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades, de modo que la persona pueda vivir una vida satisfactoria y de provecho para sí misma y para las personas. Implica la búsqueda del cumplimiento de las metas que conforman el proyecto vital de su existencia.

1.7 Determinantes de la autoestima.

Para López (2001) las creencias que sobre sí tiene la persona no se basan en conclusiones obtenidas del estudio independiente del yo, sino que se van infiriendo de lo que se escucha decir a otras personas acerca de la naturaleza propia.

Así, las otras personas pueden influir de tal forma en la manera de pensar, percibir y asignar significado y valor que tal vez se pierda la propia perspectiva. Esas personas consideradas como importantes, podrían invalidar los juicios propios de la realidad y parte de esa realidad es la persona misma.

Las agencias y los agentes del proceso de socialización desempeñan un importante papel en el desarrollo de la autoestima, ya sea positiva o negativamente. Las agencias de socialización incluyen a la familia, las instituciones educativas y los medios de comunicación. Los agentes socializantes son aquellas personas que moldean la conducta de la persona en proceso de desarrollo, de modo que se ajuste a los requerimientos sociales. Así por ejemplo, los padres, madres, hermanos y hermanas, docentes e iguales son agentes de socialización. Pero a la vez, son también agentes de control social, pues controlan la conducta de la persona mediante amenazas, desaprobación o crítica; o bien, mediante la aprobación, el elogio o la

recompensa. De esta manera se va definiendo en la persona su identidad, su auto concepto y la valoración que hace de sí misma.

1.8 Distorsiones cognitivas

Este es un tema propio de los enfoques cognitivos y ciertamente, señala Naranjo (2004), el rasgo común más importante que unifica esos enfoques es el énfasis que se otorga a las cogniciones, tanto en la génesis de los trastornos como en el proceso de cambio. El término cognición incluye, entre otras, ideas, imágenes, creencias y expectativas; es decir, no se refiere únicamente a un proceso intelectual, sino a procesos complejos de significado en el que participan emociones, pensamientos y conductas.

Güell y Muñoz (2000) citado por Naranjo (2004) mencionan tres principios del enfoque cognitivo. El primer principio es que son las cogniciones o pensamientos los que crean todos los estados de ánimo; es decir, la persona se siente de una manera determinada porque tiene unos pensamientos concretos. El segundo principio tiene una gran importancia: los pensamientos negativos que provocan un bajo nivel de autoestima son consecuencia de grandes distorsiones. Aunque esos pensamientos parecen válidos, en el fondo son irracionales o falsos. El tercer principio se deduce de los dos anteriores: si se corrigen los sistemas equivocados de pensamiento, se puede controlar, en buena medida, los estados de ánimo y, entre otros, la autoestima.

Por otra parte, Beck y Ellis citados por Naranjo (2004), señalan que las situaciones no determinan los sentimientos, sino el modo como las personas las interpretan; es decir, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la circunstancia.

De acuerdo con lo mencionado, se puede decir que el verdadero origen de la autoestima está en el interior de la persona. Depende de sus propias ideas, pero muchas de ellas pueden ser distorsiones cognitivas. Estos son los elementos con los que la crítica patológica ataca la autoestima.

1.9 Obstáculos para el crecimiento de la autoestima.

Branden (1993) refiere que los padres crean importantes obstáculos para el crecimiento de la autoestima de su hijo cuando.

- Transmiten que el niño no es “suficiente”
- Lo castigan por expresar sentimientos “inaceptables”
- Lo ridiculizan o humillan.
- Transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tienen valor o importancia.
- Intentan controlarlo mediante la vergüenza o la culpa
- Lo sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza en sí mismo.
- Educan al niño sin ninguna norma, sin una estructura de apoyo, o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas. En ambos casos inhiben el crecimiento normal.
- Niegan la percepción de su realidad e implícitamente lo alientan a dudar de su mente.
- Tratan los hechos evidentes como irreales, alterando así el sentido de racionalidad del niño; por ejemplo, cuando un padre alcohólico se tambalea hasta la mesa, no acierta a sentarse en la silla y cae al suelo mientras la madre continúa comiendo o hablando como si nada hubiera sucedido.
- Aterrorizan al niño con violencia física o con amenazas, inculcando agudo temor como característica permanente en el alma del niño.
- Tratan a un niño como objeto sexual.
- Le enseña que es malvado, indigno o pecador por naturaleza.

1.10 La autoestima en la relación de pareja.

Según Yagosesky (1998) refiere que al igual que en cualquier contexto formado por personas, el funcionamiento de la pareja depende de la Autoestima de sus miembros. La formación de pareja es una necesidad del ser humano en la búsqueda de ensanchar su horizonte personal y de compartir lo que es, a través de distintas maneras de expresión. En la relación de dos, se abre un mar de posibilidades de

proximidad que reduce la sensación de soledad y vacío a través de la búsqueda y encuentro de intimidad física y psicológica.

1.10.1 Característica de las parejas con autoestima. (Yagosky 1998)

Visto de manera esquemática y sencilla, la pareja autoestimada se caracteriza por comportamientos positivos que tienden al bienestar y al logro. Algunos de esos comportamientos efectivos que reflejen conciencia, confianza, valoración y respeto, son.

- Dialoga frecuentemente y no evade los conflictos
- Expresa sus sentimientos abiertamente
- Acepta las diferencias individuales de sus miembros
- Se apoya mutuamente sin crear dependencia
- Se dedica a crecer
- Se comunica desde cualidades y coincidencias, y no desde defectos y diferencias
- Se desarrolla en torno a proyectos en común
- Respeta la individualidad del otro miembro de la pareja
- Se esfuerza por conocerse
- No depende de la aprobación externa. Es autónoma
- Vive con acuerdos, reglas y valores definidos
- Se compromete
- Se tiene lealtad y confianza mutua
- Evita depender y controlar
- Enfrenta las rupturas y separaciones con madurez.

1.11 Como mejorar la autoestima. (Branden 1993)

- Liberarse de conceptos negativos sobre sí mismo y las conductas autodestructivas.
- Reconocer qué no es la autoestima.
- Liberarse de la culpa.
- Vivir aceptándose.

- Ser auténtico en sus relaciones.
- Hacerse responsable de su propia felicidad y dejar de culpar a los otros y al mundo.
- Derribar barreras internas para obtener éxito en el trabajo y en el amor.
- Vivir activamente.
- Fomentar la autoestima de los otros.
- Hallar el coraje de amarse como persona y comprender que ése es su derecho.

1.12 Conclusiones

La autoestima es la percepción valorativa que la persona tiene hacia sí mismo.

- Es un proceso dinámico que se construye a lo largo de la vida y se desarrolla a partir de la interacción humana.
- Es la predisposición a experimentarse como competentes para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de felicidad.
- La familia, las instituciones educativas y los medios de comunicación desempeñan un papel importante en el desarrollo de la autoestima, ya sea positiva o negativamente.
- El autoconcepto y por ende la autoestima está determinada en parte por lo que la persona cree que otras, en especial aquellas que considera significativas, piensan de ella.
- Para que una persona tenga una buena autoestima debe aceptarse a sí misma.
- Un desajuste psicológico se produce cuando hay divergencia entre el concepto de sí mismo y el yo ideal.
- Existen una serie de aspectos interrelacionados que componen la autoestima: la autoimagen, la autovaloración, la autoconfianza, el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización.
- Existe una serie de conductas que si correlacionan tanto con la alta como con la baja autoestima, entre ellas: las expectativas hacia el futuro, la asertividad, los estilos para enfrentar el estrés, el autocontrol, la toma de riesgos, el temor al fracaso y el nivel de aspiraciones.

- El funcionamiento de una pareja depende de la autoestima de sus miembros, su comportamiento tienden al bienestar y al logro mutuo, fundamentándose en la confianza, en la valoración y el respeto.
- Las cogniciones crean los estados de ánimo. Los pensamientos negativos provocan una baja autoestima y son consecuencia de distorsiones cognitivas. Si se corrige el sistema equivocado de pensamiento se puede mejorar la autoestima.

CAPÍTULO 2

LA COODEPENDENCIA

2.1 Introducción.

En el presente capítulo se pretende definir el concepto de codependencia, este término relativamente nuevo se aplica a la forma de relacionarse de las personas que conviven con un alcohólico o adicto a otras sustancias.

Una característica importante de la codependencia es la baja autoestima, así como la necesidad de control sobre el otro. En primera instancia se pretende hacer una descripción de las características y las causas de la misma.

Se dará una visión clínica de la codependencia y los principales síntomas que se podría enmarcar como enfermedad.

Se señalarán aspectos importantes de los que habla la literatura y los grupos de autoayuda Al-nón

Finalmente se hará una descripción de las técnicas psicoterapéuticas con grupo de codependientes con la finalidad de ayudar a estas personas y a su familia

2.2 Historia

Beattie (1991). La palabra codependencia apareció en la escena del tratamiento psicológico a fines de la década de los setenta. No se sabe quién la descubrió, la palabra emergió simultáneamente en varios centros de tratamiento de Minnesota, de acuerdo con la información de la oficina de Sandra Smalley, un psicóloga con licencia y líder en el campo de la codependencia.

Robert Subby y John Friel, citados por Beattie (1991, p.52) describen que la codependencia “originalmente se usó para describir a la persona o las personas cuyas vidas se veían afectadas como resultado de su relación cercana con alguien que tiene una dependencia químicamente dependiente era visto como una persona que había desarrollado un patrón para contender con la vida del que no era sano, como una reacción hacia el abuso del alcohol o de las drogas que hacía otra persona”.

Al hacerse algunas investigaciones se pudo ver en los codependientes una condición física, mental, emocional y espiritual similar a la provocada por el alcoholismo parecía darse en personas no alcohólicas o no químicamente dependientes cercanas al alcohólico. Surgieron algunos sinónimos como: co-alcohólico, para alcohólico, no alcohólico.(Beattie (1991)

Beattie (1991) manifiesta que en la década de 1940, después del nacimiento de Alcohólicos Anónimos, algunas personas -Principalmente esposas de alcohólicos- formaron grupos de autoayuda para lidiar con las maneras en las que el alcoholismo de sus cónyuges les afectaba. No sabían entonces que más tarde se les llamaría codependientes. Pero si sabían que habían sido afectadas directamente por el alcoholismo de sus parejas. De modo que usaron el Programa de Doce Pasos de AA, revisaron las doce Tradiciones de AA y cambiaron su nombre por el de Al-Anón. Desde entonces, millones de personas han sido beneficiadas por esta agrupación.

En 1979 cuando surgió la palabra codependencia, era que los codependientes eran personas cuyas vidas se habían vuelto inmanejable como resultado de haber vivido en una relación de compromiso con un alcohólico.

La definición de codependencia se ha expandido desde entonces. Y se empezó a usar este término para los hijos y familiares de alcohólicos; gente relacionadas con personas emocional o mentalmente perturbadas, gente relacionadas con personas con una enfermedad crónica; padres e hijos con trastornos de conducta; personas relacionadas con gente irresponsable; profesionistas, incluso enfermeras, trabajadoras sociales. Hasta los alcohólicos y adictos en recuperación descubrieron que eran codependientes y que tal vez lo habían sido bastante antes de volverse dependientes químicos.

2.3 Definiciones

(Subby y Friel), citado por Beattie (1991) refieren que el común denominador para ser una codependiente era tener una relación con personas perturbadas, necesitadas o dependientes. Pero el segundo denominador común era las reglas tácitas, no escritas, que por lo general se desarrollan en el núcleo familiar y que marcan la pauta para otro tipo de relaciones. Estas reglas prohíben la discusión acerca de los problemas; la expresión abierta de sentimientos; la comunicación honesta y directa, lo que impide el equilibrio sano y beneficioso indispensable para el crecimiento.

Beattie (1991, p.56) en su libro “Ya no seas codependiente” la definió así: “La persona codependiente es aquella que ha permitido que su vida se vea afectada por la conducta de otra persona, y que está obsesionada tratando de controlar esa conducta”.

Subby (1984) citado por Barnetche (2005) define a la codependencia como: “Una condición emocional, psicológica y conductual que se desarrolla como resultado de una exposición prolongada y la práctica de una serie de reglas opresivas, reglas que impiden la expresión abierta de los sentimientos, así como la discusión directa de los problemas personales e interpersonales”.

Norwood (2006) describe a la dependencia emocional como obsesionarse con una persona y llamar a esa obsesión amor, permitiendo que ésta obsesión controle las emociones y el comportamiento, si bien, existe cierto grado de comprensión del impacto negativo de la relación sobre la salud y bienestar, no existe la capacidad de liberarse de ella.

Barnetche (1990, p.25) cita a Wefsheder-Cruse quien la define como “Una condición específica caracterizada por preocupación y extrema dependencia (emocional, social y a veces física) de una persona, a veces tan patológica, que afecta todas sus relaciones”.

También Barnetche (1990, p. 26) cita a Larsen definiendo a la codependencia como: “Aquellas conductas aprendidas, autodestructivas o defectos de carácter, que dan

como resultado una capacidad disminuida para iniciar o participar en relaciones amorosas”.

Risso (1999) ve a la codependencia afectiva como una adicción, el apego patológico muestra las características básicas de cualquier otra adicción con algunas peculiaridades. En la adicción afectiva la seguridad-dependencia no está relacionada con la droga sino con la seguridad de tener a alguien. Luego la adicción afectiva existirá también síndrome de abstinencia que será indicador de la presencia de apego patológico. Además describe como el sistema de autoesquemas está comprometido a nivel de cognición y afecto.

Las últimas conceptualizaciones sobre el tema elaboradas por clínicos tienden a ver la codependencia como un Trastorno de Personalidad. Mansilla(2002) citado por González (2002 [s.p.]), define la codependencia como una actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de otras personas y las relaciones. Según este autor, “El vínculo que el codependiente establece está colocado en la preocupación por lo que el otro piensa, en el miedo a la pérdida de la relación, sintiendo y vivenciando culpa y siempre tratando de reparar. Por eso su sintomatología se caracteriza por la necesidad de controlar a la persona y por hacer propios los problemas del otro, por una baja autoestima, por un locus de control externo, por un autoconcepto negativo, por la represión de emociones, por la evasión y negación del problema, por las ideas obsesivas y conductas compulsivas y por el miedo al abandono, a la soledad o el rechazo”.

2.4. Hipótesis etiológicas (González, 2002)

Irwin (1995) citado por Blanco (1999) sostiene que la codependencia del cónyuge del adicto puede haber sido adquirida durante la niñez. De esta manera se interpreta la codependencia como el resultado del desarrollo psicológico del sujeto dentro de una familia con algún tipo de disfunción (y por tanto no necesariamente relacionada con la alcoholdependencia). De esta manera en historia de vida de estas personas se encuentran frecuentemente las siguientes circunstancias: Familia de origen disfuncional, violencia intrafamiliar, presencia de adicciones químicas o emocionales

en la familia de origen, historia de rechazo, historia de abandono o historia de abuso sexual, sobrecontrol y sobreprotección parental.

En lo posterior se relacionaran con personas que puedan depender de ellos y no amenacen marcharse por lo que sus relaciones están determinadas por la necesidad de ser necesitados (Norwood, 2006). La estrategia de personalidad es cultivar relaciones de dependencia en las que se pretende asumir posiciones de poder y control, de esto depende su propia seguridad y valoración personal. Para esto suprime emoción y dirige su atención hacia los problemas de otros, así evade su propia realidad y sus sentimientos (Black, 1989). Por consiguiente la capacidad de estar en contacto consigo mismo está reducida. Es importante aclarar que el codependiente busca principalmente alguien a quien cuidar, contrario al dependiente "puro" que busca quien se haga cargo de él y adopta una estrategia de sumisión.

2.4.1 El concepto del Niño-adulto y del Adulto-niño

El rasgo más distintivo de una familia generadora de adicción según Washton y Boundy (1991) citados por Mayrialie (2008), es que deja sin satisfacer las necesidades de dependencia de sus hijos. Estas necesidades normales en la niñez no se ven satisfechas debido a que los padres no pueden hacerse cargo de ellos por distintos motivos (enfermedad física, mental, adicciones, ausencia física). En esta situación, los niños se ven obligados a depender y cuidar de sí mismos, hacerse cargo muchas veces de sus hermanos, cuando no de sus padres. De esta manera se genera un personaje niño-adulto, prematuramente enfrentado con responsabilidades que superan sus posibilidades emocionales.

Este Niño-adulto recurre a algunos mecanismos que son los que luego definen el perfil codependiente: negación (de sus propias necesidades emocionales) omnipotencia, perfeccionismo, control, etc. Cuando este niño llega a la vida adulta, nos encontramos con el Adulto-niño que ha desarrollado una cantidad de recursos para hacerse cargo, satisfacer las necesidades, y/o controlar la vida de los otros, mientras permanece enajenado de sí mismo.

2.5 Características

La literatura disponible sobre la codependencia enumera una serie de características que arrojan pistas sobre la identificación de la persona codependiente. Sin embargo, es difícil generar un perfil homogéneo que defina una entidad clínica específica. Una propuesta importante es la que desarrolla González (2002), quién dice que el codependiente presenta ciertas características como:

- Se relaciona con personas en dificultades.
- Miedo al abandono y/o temor a la soledad. Mantiene una relación no satisfactoria simplemente para no estar sólo o para no reexperimentar abandono y desamparo.
- Dificultad para renegociar sus relaciones y poner límites. Le es difícil identificar donde terminan los otros y empiezan sus propios derechos.
- Pensamiento obsesivo en relación a los problemas de la pareja, continuamente está tratando de idear nuevas estrategias para controlar y dominar la situación.
- La obsesión con el control interpersonal lo lleva a intentar frenéticamente impedir el desastre interpersonal por lo que su comportamiento es compulsivo.
- Necesidad de controlar y dominar las situaciones.
- Baja autoestima, baja autoeficacia, autoconcepto y autoimagen negativas, en diferentes grados.
- Es hipercrítico consigo mismo y con los demás. Suele evaluar con parámetros muy elevados que aplica a sí mismo y a otros.
- Esta más en contacto con las necesidades, deseos y sentimientos de otros que con los propios.
- Negación a nivel de la realidad propia y la de su pareja y entorno (no reconoce lo que realmente ocurre) y sus sentimientos al respecto (se desconecta y bloquea sus emociones presentes y pasadas).
- Tendencia a la depresión, a la ansiedad y a la angustia.

- Incapacidad para resignarse y elaborar pérdidas afectiva que se evidencia en la falencia para terminar la relación aun cuando ésta se percibe como dañina, no gratificante o maltratante.
- Depende de su pareja y otras personas para lograr la sensación de seguridad y valía personal.
- Frecuentemente padecen enfermedades relacionadas con el estrés tiende a la somatización, presenta úlceras, gastritis, dolores de cabeza, dolores de espalda, resfriados recurrentes, alergias.

2.6. La codependencia como Trastorno de Personalidad (González 2002).

González (2002) manifiesta que la codependencia es una condición clínica que se manifiesta principalmente en patrones de relación interpersonal claramente identificables que constituyen la estrategia codependiente y que consiste en cultivar patrones de relación en los que se comportan como la muleta psicológica de su pareja y de los otros significativos, de este patrón relacional obtienen la seguridad interpersonal que necesitan y creen eliminar la amenaza del abandono, la pérdida afectiva y la soledad a los que tanto temen. Se encuentran especialmente comprometidos los autoesquemas y el sistema general de creencias, y finalmente, estos factores dirigen a la persona a una estrategia relacional autodestructiva. La Codependencia, como patrón relacional, es supremamente estable y polivalente, compromete la estructura de la personalidad y por tanto es posible conceptualizarla como un trastorno de personalidad.

En el DSM IV (1994) citado por González (2002) el trastorno de personalidad se describe como: Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

- a. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
- b. Afectividad (p. ej. La gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
- c. Actividad interpersonal
- d. Control de impulsos.

Sobre la base de lo expuesto, y siguiendo los criterios diagnósticos generales para los trastornos de personalidad, podemos afirmar que la dependencia emocional cumple con todos los requisitos: afecta la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos; es persistente, inflexible y abarca numerosas situaciones personales y sociales; es de larga duración y de inicio temprano; y no se debe a otro trastorno mental, a los efectos de sustancias o a enfermedades médicas. Como en otros trastornos específicos de la personalidad, la dependencia emocional se sitúa en el extremo de un continuo basado en un rasgo adaptativo, que en este caso es la vinculación interpersonal.

En suma, teóricamente es posible realizar el diagnóstico de codependencia como trastorno de personalidad, concretamente en el DSM IV se apelaría a la categoría de “Trastorno de Personalidad no especificado” en el Eje II, al margen de los diagnósticos que sean necesarios en el Eje I por la gran comorbilidad que presenta este cuadro.

2.7 La recuperación

La recuperación implica un notable trabajo de parte de quien la padece. Una vez que se ha producido la crisis que lleva a la toma de conciencia, se hace necesario revisar tanto las experiencias infantiles que han dado lugar a situaciones traumáticas, los modelos de funcionamiento, las identificaciones con progenitores disfuncionales, y los mecanismos defensivos para negar y defenderse de tanto dolor y falta de contención. Es fundamental hacer consciente y replantear profundamente el sistema de creencias adictivo.

Para la recuperación es de suma importancia pedir ayuda y trabajar los siguientes puntos: (P. de Cantú 2008)

- Observarse y hablar de sí misma con la finalidad de reconocer conductas repetitivas que crean estrés.
- Aprender a “soltar” a los demás y dejar de hacerse responsable por el “bienestar” de otros. Esto no quiere decir abandonarlos, sino simplemente permitir que los demás se hagan responsables de sí mismos y apoyarlos siempre y cuando no le acarreen consecuencias.

- Establecer límites personales (a sí misma) y respetarlos, es decir “hasta donde puedo o quiero dar o ayudar sin que me duela o afecte”. Aprender a decir no cuando la situación lo requiera y aprender a manejar la culpa que muchas veces acarrea.
- Buscar alternativas con conductas sanas, evitar los extremos del “todo o nada”
- Dejar de culpar a otros por su propio malestar y pensar “qué podría hacer yo para sentirme mejor en lugar de qué deben hacer ellos para que yo esté bien”. Trabajar resentimientos con el grupo, terapeuta o madrina para poder continuar sin el “ancla” que produce (el pasado) y así poder disfrutar la vida hoy.
- Muy importante informarse de La Quimico Dependencia Y Codependencia. Acudir al médico especialista para un chequeo si presenta molestias físicas o emocionales.
- Mencionamos además que deben chequearse con un médico Psiquiatra en caso de sentirse tristes, con alteraciones en el sueño, alteraciones en el apetito, desesperanzadas, desmotivadas, llanto fácil etc. lo que podría hablar de un cuadro depresivo. O si se encuentran con un estado de ansiedad importante, con preocupación constante, ideas obsesivas, sudoración, taquicardia, “falta de aire”, miedos, etc lo mismo, acudir al médico Psiquiatra para su valoración.

Probablemente algunos seres humanos sean capaces de hacer este camino de manera solitaria, pero la mayoría necesita encontrar apoyo en interlocutores válidos para lo cual existen distintas opciones.

2.7.1 La psicoterapia individual:

Es una psicoterapia en donde se pueden identificar, reexperimentar y elaborar las experiencias de pérdidas (duelos), abusos o traumas infantiles o de la vida adulta del codependiente. Este espacio permite además profundizar en aquellos aspectos de la codependencia que el sujeto va identificando a través de su participación en los grupos, tanto de autoayuda como psicoterapéuticos.

2.7.2 La psicoterapia grupal:

Los pacientes alcohólicos y adictos que han crecido en familias alcohólicas, probablemente actuarán sus dificultades y manifestaran francamente su patología de carácter; los pacientes no adictos provenientes de familias alcohólicas tienden hacer acting-in, ocultando su patología a los demás. De niños tiende a parecer buenos y pasan inadvertidos ante los profesores, consejeros y terapeutas familiares. Como resultado de esta habilidad aprendida de esconder sus conflictos y padecimientos internos, de adultos pasan inadvertidos a los profesionales de la salud.

Kaplan (1996) señala que mientras más trabajan los terapeutas con pacientes adictos, más caen en cuenta que muchos de los miembros del grupo han crecido en hogares en que uno o ambos progenitores eran alcohólicos. Muchos individuos que no llegan a convertirse en adictos terminan por relacionarse con personas que presentan problemas de alcoholismo.

2.7.2.1 Funcionamiento grupal

Dirigir un grupo compuesto exclusivamente con familiares de alcohólicos supone grandes dificultades para el terapeuta, ya que tienen la destreza para ocultar los sentimientos, comportarse adecuadamente y controlar sus acciones, conductas y afirmaciones, además un profundo temor a la vergüenza que supone el ser descubierto por los demás; lo que deja al terapeuta enfrentado a un grupo amable, dependiente, asustadizo y cumplidor que llegará a cualquier extremo antes que hacer daño o molestar a alguien, especialmente al terapeuta.

Para complicar más este proceso hay que contar con la tendencia de los familiares de alcohólicos a difuminar cualquier sentimiento con etiquetas y consignas que han aprendido en los programas de los 12 pasos. Vanicelli (1991) citado por Kaplan (1996 pag.482) recomendaba a los terapeutas explorar este uso de etiquetas autodefinitorias y sugería que pidieran respuestas específicas a la hora de describir sus conductas.

2.7.2.2 Estrategias psicoterapéuticas para la Terapia de Grupo (Kaplan 1996)

La mayoría de las estrategias que se recomiendan para el tratamiento de los pacientes alcohólicos y adictos se aplican a los familiares de alcohólicos.

Ambos grupos de pacientes tienen dificultades para establecer relaciones íntimas satisfactorias. Mientras los familiares de alcohólicos no sean capaces de lograr establecer relaciones satisfactorias, son tan vulnerables frente a sus necesidades obsesivas de responsabilidad y control absoluto, como lo son los pacientes alcohólicos de su necesidad obsesiva del alcohol o las drogas.

Mientras los pacientes alcohólicos tienden a actuar e inducir en el terapeuta (a través de la identificación proyectiva) agresividad y hostilidad. Por el contrario los familiares de alcohólicos tienden a actuar dentro de sí (criticando, culpabilizando y condenándose ante cualquier déficit o fracaso); su identificación proyectiva tenderá a generar en el terapeuta sentimientos de fracaso e incompetencia, provocando esfuerzos mayores y una mayor disponibilidad, para volver a fracasar sentirse decepcionados de sí mismos y de sus capacidades.

Es muy difícil intentar ayudar a los familiares de alcohólicos a renunciar a su necesidad absoluta de control y responsabilidad, ya que estas son las únicas fuentes de identidad y autovalía, el ceder el control no es sólo difícil sino doloroso y vergonzoso.

La mayoría de los familiares de alcohólicos sienten vergüenza por las actitudes de los alcohólicos, ya que creen ser responsables por las actitudes de los otros.

Alonso y Rutan (1988) citados por Kaplan (1996) califican la terapia de grupo como el método preferente para el tratamiento de la vergüenza debido a que:

- Al exponer los hechos que provocaron la vergüenza, supone la posibilidad de experimentar la aceptación por parte de los demás.
- El grupo supone la posibilidad de experimentar aspectos vergonzosos propios a través de la identificación con otras personas que sufren las mismas experiencias vergonzosas. A medida que llegan a aceptar en otros lo que es inaceptable para ellos, el grupo les ofrece un puente que permite

experimentar la aceptación de los demás. La premisa de que, antes de que las personas puedan curarse deben de saber qué es lo que cura a los demás.

2.7.3 Los grupos de Autoayuda

Según Mayrialle (2008) para la recuperación de cualquier clase de adicción, está indicado que la psicoterapia individual sea complementada con la asistencia a los grupos de autoayuda.

Los grupos de autoayuda brindan contención emocional para enfrentar situaciones angustiantes psíquicas y/u orgánicas y sus miembros se ayudan unos a otros, en tanto que simultáneamente adquieren la fortaleza del grupo como unidad. La función de estos grupos es ofrecer apoyo y enriquecimiento mutuo, fortalecer a los individuos y cooperar en su transformación. Se logra así comprender mejor la situación, intercambiar conocimiento y experiencias, y por lo tanto recuperarse de situaciones o enfermedades, o bien evitar su avance, limitando sus consecuencias..

Sus objetivos siguiendo habitualmente un "programa de 12 pasos" implican el crecimiento personal psicológico y espiritual. Al convertirse en observadores de sus propios procesos psicológicos y emocionales, van tomando consciencia de sus posibilidades de cambio, y del hecho de que los seres humanos pueden elegir su conducta cooperando con "las fuerzas superiores".

Tienen la cualidad de favorecer la protección que da la intimidad a la vez que buscan continuamente expandirse y cubrir las necesidades cada vez mayores de los miembros de la sociedad en que viven. Al no ser organizaciones verticales, dan lugar al respeto por el individuo al tiempo que se preocupan por el grupo como globalidad o por la comunidad y en este caso, los dos niveles no son excluyentes.

2.7.3.1 Los Doce Pasos: (Beattie 1991)

Creados por los grupos de Alcohólicos Anónimos se constituyen como el camino a seguir en la recuperación de cualquier adicción (versión apta para la recuperación de cualquier adicción). El estudio de estos pasos, es esencial para progresar en el programa de recuperación. Los principios que abarcan son universales y se aplican a

toda persona sea cual fuere su credo. En este caso son para los familiares y amigos de alcohólicos (grupos de familia ala-non y alaten).

1. Reconocer que somos impotentes con respecto al poder que podemos ejercer sobre otros, de tal manera que nuestra vida se ha vuelto inmanejable.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros podría devolvernos el equilibrio.
3. Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de él.
4. Sin temor hicimos un minucioso examen de conciencia.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otros seres humanos la naturaleza exacta de nuestros errores.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que nos librase de nuestras culpas.
8. Hicimos una lista de todas las personas a las que habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
9. Reparamos directamente el mal causado a estas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño o perjudicado a un tercero.
10. Proseguimos con nuestro exámen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas en el momento de reconocerlas.
11. Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, según nuestro propio entendimiento acerca de Él, y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
12. Habiendo logrado el despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas, y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

2.7.4 Lliteratura sobre el tema

La lectura del material de divulgación sobre el tema adictivo es uno de los elementos que sostienen la recuperación de cualquier adicción. En este caso, el material que se utiliza versa la tarea de recuperación en la Codependencia.

2.8 Reglas básicas para el cuidado de sí mismo (Beattie 1991)

- Desapego
- No ser una reaccionaria
- Libérate
- Aparta a la víctima
- No dependencia
- Vive tu propia vida
- Ten un romance contigo mismo
- Aprende el arte de la autoaceptación
- Siente tus propios sentimientos
- Maneja la ira
- Confía en tus capacidades mentales
- Fija tus propias metas
- Comunicación
- Haz un programa de Doce Pasos
- Aprende de nuevo a vivir y a amar.

2.9 Conclusiones:

- El concepto de codependencia se comenzó a utilizar para describir a la persona, sea ésta familiar o amigo, que tiene una relación directa e íntima con un alcohólico y que le facilita continuar con la adicción, llegando a involucrarse en situaciones de vida conflictivas, por lo que a adquirido características y conductas erróneas como las del propio adicto. Posteriormente se generalizó a familiares con otras dependencias, con enfermedades crónicas, e incluso profesionales de la salud.
- La codependencia hace referencia a una actitud obsesiva y compulsiva hacia el control de otras personas y las relaciones, fruto de la propia inseguridad. Y es condición necesaria que el trastorno o la enfermedad de la otra persona sea crónica, pero llevando asociada la esperanza de que puede ser curada.

- La codependencia puede ser vista como:

Como una enfermedad primaria de un sistema familiar disfuncional y que una vez desencadenada seguirá su curso y afectará a uno o más miembros de la familia.

Como un trastorno de personalidad previo de uno o más miembros de la familia en interacción con la conducta del adicto que facilitan la adicción, la encubren y la mantienen.

- La codependencia no necesariamente y únicamente está relacionada a las familias con problemas de abuso de sustancias psicoactivas, lo que sí está claro es que en los trastornos de personalidad las experiencias tempranas fueron determinantes, generando aprendizajes emocionales tipo impronta.
- La codependencia no se ajusta a los criterios diagnósticos del DSM IV bajo el Rótulo de Trastorno de Personalidad por dependencia pero que si podría definirse como un Trastorno no especificado de la personalidad que engloba rasgos patológicos dependientes y rasgos obsesivos compulsivos. Ya que afecta la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal y el control de los impulsos; es persistente, inflexible y abarca numerosas situaciones personales y sociales; es de larga duración y de inicio temprano; y no se debe a otro trastorno mental, a los efectos de sustancias o a enfermedades médicas.
- El codependiente se caracteriza por la necesidad de tener el control sobre el otro, por una baja autoestima, por un autoconcepto negativo, por la dificultad para poner límites, por la represión de sus emociones, por hacer propios los problemas del otro, por la negación del problema, por ideas obsesivas y conductas compulsivas, por el miedo a ser abandonado, a la soledad o al rechazo, por su extremismo (o son hiperrresponsables o demasiado irresponsables). Además se siente víctima porque sacrifica su propia felicidad, tiene dificultad para la diversión, padecen enfermedades relacionadas con el estrés tienden a la somatización.

- La codependiente debe buscar su recuperación personal para dejar de sufrir las consecuencias de la vida de los demás, así logrará obtener la libertad y energía para responsabilizarse de la manera en que puede y debe llevar su vida.
- La recuperación puede ser abordada de diferentes maneras: Terapia individual, terapia grupal dirigida o terapia con grupos de autoayuda (al-non o alateen).

CAPÍTULO 3

EL ALCOHOLISMO

3.1 Introducción

Actualmente el consumo de alcohol es uno de los principales factores que se relacionan con la salud de las personas y de las poblaciones, sus consecuencias tienen un gran impacto tanto en términos de salud como en términos sociales.

En nuestra sociedad debido a que el alcohol es considerada como una droga permitida y su consumo es reconocido por muchas personas como un factor de integración social, ya que es una de las bebidas embriagantes que, consumidas con moderación y en contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones placenteras.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas está claramente relacionado con el desarrollo de discapacidad y de distintas enfermedades, así como con violencia, maltrato infantil, marginación, conflictos con la familia y la escuela. El alcohol está presente en una proporción muy importante en los accidentes de tránsito, laborales y domésticos.

Por todas estas razones en la actualidad se admite que la ingestión de alcohol y especialmente la ingestión excesiva y prolongada, es la causa desencadenante del problema en casi todos los casos de enfermedad alcohólica, por lo que es necesario un tratamiento integral no sólo del alcohólico sino de todos los miembros de la familia.

3.2 Generalidades

Según Kaplan (1994) citado por Pacurucu (1996) refiere que se le llama alcoholismo al abuso y dependencia del alcohol, el alcoholismo no connota un trastorno mental específico, pero se asocia con trastornos relacionados con el uso excesivo de alcohol. Aunque la O.M.S. usa el diagnóstico de dependencia como sinónimo.

Actualmente el término alcoholismo es ampliamente utilizado y podría ser utilizado como sinónimo de todos los problemas relacionados con el uso de alcohol.

3.3 Definición

Las definiciones de alcoholismo varían de acuerdo a la cultura, no existe una conceptualización específica universalmente aceptada.

Según Moya (2007) define al alcoholismo como aquella pauta de consumo que puede implicar un alto riesgo de daños futuros para la salud física o mental, pero que no se traducen en problemas médicos o psiquiátricos actuales. Menciona que el grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel de consumo de alcohol, sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, pobreza, etc.

Para Keller (1982) citado por Toro (1997, p.68) define al alcoholismo como “un trastorno crónico del comportamiento, manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad y que interviene con la salud y con el funcionamiento social del individuo”.

Pacurucu (1996, p.29) refiere que en el DSM IV (1994) la definición de alcoholismo es descrita como: “Un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias psicotrópicas, alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes”.

3.4 Diagnostico (Moya 2007)

El Instituto Español de Investigación sobre Bebidas Alcohólicas (INESIBA 2001) propone una serie de signos de alarma que, si bien son inespecíficos, podrían alertar sobre consumo de alcohol en esta población:

- **Aspecto físico:** cansancio, indiferencia como expresión de falta de energía, pasividad, señales físicas como ojeras, ojos enrojecidos, etc.
- **Proceso de aprendizaje:** dificultades en la concentración, irregularidad en la asistencia a clases, ritmo de estudio desigual con alteración del aprendizaje, pasividad para resolver problemas.
- **Comportamiento:** cambios bruscos de humor, postura de resignación y falta de participación, frecuente tendencia al consumismo, incapacidad para tomar decisiones, inhibición de culpas y responsabilidades, rehuir conflictos, sentimientos de debilidad compensados por una falsa apariencia de fuerza, rechazo de ofertas de ayuda, comportamiento agresivo, infracciones de los reglamentos, estados depresivos.
- **Relación con los demás:** escasas relaciones con los demás, inhibiciones en el trato con los del otro sexo, mal comportamiento con sus compañeros, cambio frecuente de relaciones, tensiones en las relaciones con los padres, educadores y superiores, falta de comunicación sobre las dificultades e inquietudes personales, comportamiento sistemático de oposición.

3.5 Historia clínica y evaluación del consumo de alcohol

Según Martínez (2000) citado por Moya 2007 la historia clínica constituye el instrumento más valioso para la evaluación del paciente con problemas de alcohol.

Existen una serie de aspectos imprescindibles, relacionados con el alcohol, que deben recogerse en un primer momento y otros apartados que pueden ser aplazados para

otro momento en caso de que hubiera problemas de tiempo para finalizar la historia completa.

Aspectos imprescindibles:

- Cantidad de alcohol consumida
- Consecuencias del consumo
- Relación entre consumo y consecuencias
- Tiempo de evolución del consumo
- Pruebas de laboratorio

Aspectos secundarios:

- Historia familiar
- Antecedentes personales
- Historia de consumo
- Exploración física

3.6 Trastornos relacionados con el alcohol

Toro (1997, p. 72) refiere que según el DSM-IV los trastornos relacionados con el alcohol se divide en dos grupos: Trastornos por consumo de alcohol y Trastornos inducidos por alcohol, cada uno de los cuales incluye las siguientes categorías.

3.6.1 Trastorno por consumo de alcohol.

- Dependencia
- Abuso

3.6.2 Trastorno inducidos de alcohol:

- Intoxicación
- Supresión o Abstinencia
- Delirium por intoxicación alcohólica
- Delirium por abstinencia de alcohol
- Demencia persistente inducida por alcohol

- Amnesia persistente inducida por alcohol
- Trastorno psicótico inducido por alcohol, con ideas delirantes
- Trastorno psicótico inducido por alcohol, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol
- Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- Trastorno sexual inducido por alcohol
- Trastorno del sueño inducido por alcohol
- Especificar el inicio: si fue durante la intoxicación o la abstinencia.

3.6.1.1 Dependencia de alcohol

Es un conjunto de síntomas y comportamientos que indican que el alcohol tiene un papel central en la vida de la persona, que será difícil de cambiar y que se ha producido una neuroadaptación.

Se manifiesta por la presencia de conductas que demuestran la necesidad y pérdida de libertad frente al alcohol, con dificultad para controlar su consumo, así como por la existencia de tolerancia y síndrome de abstinencia.

La dificultad para controlar el consumo de alcohol incluye tanto la dificultad de controlar el ansia de beber (*craving*) como la incapacidad de parar de beber una vez se ha empezado. Los problemas sociales, laborales, familiares, se deben fundamentalmente a que el sujeto pasa cada vez más tiempo en actividades relacionadas con el consumo de alcohol.

3.6.1.1.1 Criterios para el diagnóstico de dependencia de alcohol

Toro (1997, p.71) manifiesta que en el DSM IV (1994) se precisan los criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas siendo los siguientes:

Patrón maladaptativo de uso de sustancias que lleva a trastornos clínicos que se presentan en los últimos 12 meses en algún momento.

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, síntomas característicos de abstinencia tales como:

- Interrupción o reducción de la ingesta de alcohol después de un consumo prolongado y abundante; y dos o más de los siguientes síntomas que aparecen horas o días después de la supresión o reducción:
 - Hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones).
 - Temblor distal de las manos
 - Insomnio
 - Náuseas o vómitos.
 - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias o ilusiones.
 - Agitación psicomotora.
 - Ansiedad.
 - Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

3. Sustancia tomada con frecuencia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

4. Sustancia con frecuencia toma en cantidades mayores o en un período más largo de lo que la persona intenta.

5. Deseo persistente o uno o más esfuerzos infructuosos para cortar o controlar el uso de la sustancia.

6. Mucho tiempo dedicado en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo: robo), tomar la sustancia (por ejemplo: fumar en cadena) o recuperarse de sus efectos.

7. Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando se espera cumplir un rol principal obligaciones del colegio, trabajo u hogar o cuando el uso de la sustancia es físicamente peligroso.
8. Actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes abandonadas o reducidas debido al uso de la sustancia
9. El uso de la sustancia continúa a pesar del conocimiento de tener un problema, social, psicológico o físico persistente o recurrente que es provocado exacerbado por el empleo de la sustancia.

Especificar:

- Con dependencia fisiológica (si se presenta tolerancia o abstinencia 1 y 2)
- Sin dependencia fisiológica (no hay tolerancia o abstinencia).

Agregar sobre el curso clínico

Remisión completa inicial.

Remisión parcial inicial.

Remisión completa sostenida

Remisión parcial sostenida.

En terapia con agonistas (metadona)

En un ambiente controlado.

3.6.1.2 Abuso de alcohol

La característica esencial del abuso de alcohol consiste en un patrón de consumo que genera consecuencias adversas significativas y recurrentes. Puede haber incumplimiento de obligaciones importantes, consumo en situaciones peligrosas y múltiples problemas.

Los criterios para el abuso no incluyen una tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, se citan solamente las consecuencias dañinas del consumo repetido.

3.6.1.2.1 Criterios para el diagnóstico de abuso de alcohol

Toro (1997, p. 83) señala que en el DSM IV (1994) los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias son los siguientes:

- a) Un patrón de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítemes siguientes durante un período de 12 meses.

1. Consumo recurrente de la sustancia que provoca incumplimiento de las principales obligaciones laborales, escolares u hogareñas.

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que éste implica peligro físico (conducir un automóvil o manejar maquinaria).

3. Problemas legales recurrentes causados por el consumo

4. El consumo continúa a pesar de los problemas sociales o interpersonales recurrentes, causado o exacerbados por los efectos de la sustancia.

- b) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de alcohol.

3.6.3 Trastornos Médico Psiquiátricas producidas por el alcohol.(Toro 1997, p. 74)

1. Sistema gastrointestinal

Pancreatitis

Gastritis

Cirrosis en un 10% de alcohólicos

Várices esofágicas

Úlcera gastroduodenal

Insuficiencia hepática, coma hepático

2. Sistema Nervioso Periférico

Polineuritis alcohólica

3. Sistema cardiovascular

4. **Trastornos metabólicos y nutricionales**
5. **Efectos en el sistema inmune**
6. **Sistema nervioso central**

3.6.3 Trastornos Médico Psiquiátricas producidas por el alcohol. (Toro 1997, p. 74)

a. **Neurológicos**

Demencia alcohólica
Síndrome de Wernicke
Síndrome de Korsakoff
Convulsiones
Temblor alcohólico.

b. **Psiquiátricos**

Intoxicación patológica
Alucinosis alcohólica
Paranoia alcohólica
Síndrome de abstinencia leve, moderado, severo
Depresión
Psicosis

3.7 Causas (Toro 1997)

El alcoholismo no tiene una etiología única, intervienen en su aparición múltiples factores; en la causalidad del alcoholismo no sólo son importantes los factores sino la interrelación entre ellos, la cual juega un papel definitivo.

Entre los factores que intervienen y se relacionan están:

- **Factores Biológicos:** Entre estos son importantes los genéticos y bioquímicos.

Factores Genéticos: Los estudios de indicadores genéticos muestran que existe alguna forma de herencia alcohólica. Las tasas de alcoholismo entre familiares alcohólicos son más altas que en la población en general. Los estudios de adoptados apoyan también el componente genético en el alcoholismo.

Factores Bioquímicos: Algunos sostienen que el mecanismo de adicción tendría que ver con la presencia en el organismo de unas enzimas que estimularían la avidez por el alcohol. Debido a la inhibición de la deshidrogenasa aldehídica por el metabolismo de la dopamina se concentraría una tetraidropapaverolina, la cual es un alcaloide que produce analgesia y adicción.

- **Factores Psicológicos:** Diferentes factores psicológicos tales como personalidad, familias, estrés en el medio ambiente, falta de objetivos en la vida, etc.

Individuales: No existe un patrón de personalidad típicamente alcohólico pero algunos estudios muestran mayor incidencia de depresión, ideación paranoide, poco control de impulsos, irresponsabilidad, agresividad y baja autoestima. Se describen también los alcohólicos como más frecuentemente inmaduros, narcisistas, dependientes, hostiles y socialmente aislados, excepto cuando están bajo los efectos del alcohol.

Familiares: Dentro de este aspecto debemos considerar. La influencia de la familia ejerce en el desarrollo psicológico del individuo que llega a ser alcohólico.

La dinámica familiar, que a pesar de los esfuerzos conscientes en contra, conduce al mantenimiento del alcoholismo en el miembro enfermo.

Las consecuencias producidas en la familia del sujeto alcohólico, bien sea el padre, la madre, etc.

Hay mujeres que adoptan conductas de complicidad abiertas, o estimulan el alcoholismo indirectamente con sus críticas excesivas. Con el tiempo establece una relación complementaria patológica.

Medio ambiente: Es de mucha importancia la disponibilidad del alcohol en el medio ambiente, las actitudes socioculturales, religiones y las legislaciones.

3.8 Consecuencias

A más de los problemas médico- psiquiátricos mencionadas anteriormente, el consumo de alcohol se relaciona con otros problemas como:

3.8.1 Consumo de Alcohol y Sida

Pacurucu (1996) menciona que el alcohol por su efecto fármaco-psicológico desinhibitorio puede promover la actividad sexual, además el consumo de alcohol se convierte en una situación de riesgo para enfermedades como el sida ya que su consumo está ligado frecuentemente a situaciones de encuentros sexuales sin protección.

3.8.2 Alcohol y conducción

Moya (2007) hace referencia a que el consumo de alcohol constituye posiblemente el factor de riesgo más importante de accidente de tráfico y de lesiones asociadas al mismo. El alcohol deteriora la capacidad de conducir vehículos (Rendimiento psicomotor, visión, oído, comportamiento y conducta).

El alcohol además agrava las lesiones derivadas del accidente, incrementando la probabilidad de sufrir daños mortales y de padecer secuelas e incapacidades permanentes. La probabilidad de fallecimiento es cinco veces mayor entre los conductores y peatones que presentan una alcoholemia superior.

3.8.3 Suicidios (Moya 2007)

Los efectos depresógenos, tóxicos y desinhibidores del alcohol, así como los rasgos de personalidad, pueden contribuir a los comportamientos suicidas.

El consumo de alcohol (sobre todo de bebidas destiladas) parece asociarse con un incremento del riesgo de suicidio, de modo que la probabilidad de suicidio en pacientes alcohólicos es unas 60-120 veces mayor que en la población general.

3.8.4 Alcohol y violencia

Moya (2007) señala como el efecto depresor del alcohol facilita la desinhibición psico-motora y facilita la exposición a situaciones ansiógenas, aminora los miedos o la ansiedad, debilita las estructuras de reflexión previa. La alteración del nivel de conciencia y el entorpecimiento de los sistemas de proceso de la información facilita el error en la percepción y juicio de la realidad, facilitando la realización del deseo en

directo y la desproporción en la respuesta a los estímulos. La conciencia no sólo desciende de nivel sino que se estrecha en su espectro o amplitud del foco de atención, facilitando una mayor probabilidad de acciones violentas casi automáticas.

3.8.5 Mortalidad

Según Caballero (2004) El consumo de alcohol representa un problema de salud pública importante, ya que constituye un factor de riesgo asociado a muchas muertes prematuras. Cerca de 200.000 defunciones al año pueden ser completamente o parcialmente atribuidas al beber. El alcoholismo puede matar en muchas maneras diferentes. En total, reduce la esperanza de vida por 10 a 12 años. Entre más temprano una persona empieza a beber grandes cantidades de alcohol, mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves más adelante.

3.8.6 Problemas Familiares (Caballero 2004)

En el alcoholismo las tres consecuencias más importantes que tiene en la vida familiar son:

- La conflictividad familiar, matrimonial y con los hijos, que en muchas ocasiones llevará a la ruptura definitiva.
- La pérdida de autoridad moral y real ante los hijos, aunque se pretenda imponer con despotismo y arbitrariedad.
- El clima de conflictividad creado y la tensión inherente a estos hogares no es el más apropiado para la crianza y educación de los hijos.

3.8.7 Problemas Laborales (Caballero 2004)

Entre los problemas laborales debido al consumo del alcohol podemos citar:

- Retraso frecuente de la llegada al trabajo.
- Ausencia frecuente los días después de fiesta o al menos lentitud, torpeza e irregularidad en el trabajo. Desapariciones frecuentes del puesto sin justificación previa.

- Pequeño absentismo por enfermedades menores: catarros, gripes, o por pequeños accidentes ocurridos con periodicidad en el trabajo, fuera de él, en ruta.
- Cambio progresivo de actitud del sujeto considerado hasta entonces como buen trabajador, discusiones, críticas, pequeñas faltas de las que busca justificarse, pequeños accidentes de los que propone a otros o al material como responsable.
- Variaciones marcadas de humor, cóleras, pérdidas del interés por el trabajo.

3.8.8 Problemas Económicos (Pacurucu 1996)

Pacurucu (1996) señala que como consecuencia del consumo de alcohol se producen pérdidas económicas para el alcohólico, su familia y el país debido al desempleo, ausentismo laboral, baja productividad, prisión, hospitalización, accidentes de tránsito, laborales y domésticos, muerte prematura, reducción de la esperanza de vida, pago de seguros por interrupción del trabajo, enfermedad, invalidez y muerte.

3.9 Tratamiento

Moya (2007) cita a Rodríguez (1989) subrayando que el objetivo del tratamiento está orientado a motivar al paciente para que lo acepte, así como mantener al sujeto abstemio de por vida. Deberá plantear objetivos a corto, medio y largo plazo. Para lograrlo se combinarán técnicas farmacológicas y psicosociales.

- **A corto plazo:** Desintoxicación, que implica la supresión de la ingesta de alcohol y evitar el síndrome de abstinencia.
- **A mediano plazo:** Resolver la problemática física, psíquica y social, detener el deterioro biopsicosocial, que la persona se haga responsable de su tratamiento, mantenga abstinencia absoluta y que adquiera hábitos personales y habilidades sociales en sobriedad.
- **A largo plazo:** Lograr la recuperación integral del paciente, consolidar actitudes y hábitos adquiridos y fomentar el desarrollo personal.

3.9.1 Tratamiento con fármacos

Moya (2007) resalta la importancia del uso de fármacos para el tratamiento de desintoxicación alcohólica, los mismos que se utilizarán de acuerdo al caso requerido.

3.9.2 Tratamiento ambulatorio

Una vez que al paciente se le ha solucionado su problema agudo, se ha recuperado físicamente y admite su problema, sólo ha cumplido una etapa del tratamiento y debe continuar el tratamiento ambulatorio en forma indefinida, además debe vincularse con grupos de Alcohólicos Anónimos o terapia de grupo.

3.9.3 Psicoterapia Individual

Se trata de entender el lugar que el alcoholismo ocupa en la vida del paciente y la relación con su propia historia, brindándole oportunidad para clarificar sus problemas psicológicos y encontrar nuevas alternativas y medios de vida.

3.9.4 Psicoterapia grupal

Chamorro (1997) citado por Moya (2007) habla sobre la utilidad de la psicoterapia grupal, la misma que se basa en que promueve las relaciones interpersonales y el apoyo mutuo, aumenta la autoestima, la motivación, facilita la observación de conductas desadaptativas y la interpretación de defensas.

Entre los aspectos que se manejan dentro del grupo, y que son considerados como terapéuticos podemos citar: aportación de información sobre aspectos de la enfermedad, desarrollo de sentimientos de esperanza para el cambio, experiencias de universalización (que suelen disminuir la angustia y la culpa), fenómenos de catarsis (desculpabilización) que también alivian la ansiedad, altruismo (que refuerza la autoimagen), imitación y aprendizaje de nuevas habilidades sociales y, experiencias de cohesión y aprendizaje interpersonal.

3.10 Terapia familiar y/o de pareja (Moya 2007)

Estas terapias se basan en la presunción de que el paciente es reflejo de una disfunción de todo el sistema familiar, cuya dinámica hay que modificar.

Cabe reseñar que el papel de la familia es fundamental, ya que favorece o sufre las consecuencias de la enfermedad y favorece o dificulta la recuperación del enfermo, sin olvidar el posible desarrollo de patología en la pareja o familia nuclear del paciente alcohólico (coalcoholismo).

Esta terapia puede ser utilizada como método para incluir a los familiares del paciente en el proceso terapéutico como coagentes del cambio y/o para reorganizar sistemas familiares inadecuados que hayan promovido o perpetuado la conducta de consumo. El hecho de beber puede estar desempeñando una función «adaptativa», acaparando la culpa, siendo necesaria la reorganización del sistema familiar y la búsqueda de modos más apropiados de mantener la homeostasis.

En otras ocasiones se solicita a la familia que coopere en la realización de un análisis funcional operativo del problema (desencadenantes, consecuencias, etc.), solicitándoseles, igualmente, que generen posibles soluciones y colaboren de un modo concreto en las soluciones acordadas por consenso.

3.11. Grupos de autoayuda (Moya 2007)

Los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Al-Anon, Al-Ateen, etc.) actuarían reforzando la decisión de no entrar en contacto con el alcohol. Su objetivo principal es que los afiliados permanezcan abstinentes del alcohol, así como ayudar a otros alcohólicos a conseguir la sobriedad. La asistencia a estos grupos se pueden incorporar como un elemento más al resto de las intervenciones terapéuticas que se estén desarrollando. El único requisito para ser miembro es el deseo de abandonar el alcohol.

El trabajo consiste en la realización de reuniones, una o varias a la semana, en las que un miembro habla de algún tema particular o de su experiencia personal con el

alcohol para compartirla con el grupo, que lo apoya, sin juzgarlo, e inicia un intercambio de experiencias constructivo.

Se insiste en que cada miembro es incapaz de enfrentarse por sí solo a la adicción alcohólica, de la cual sólo es posible recuperarse con la abstinencia y estimula a la realización de un examen de los problemas psicológicos (culpa, tentaciones, tendencia a culpar a otros, etc.), fomentando la sinceridad y la esperanza en la recuperación.

Las finalidades básicas de los grupos de autoayuda serían, entre otras, las siguientes: motivación, tanto del propio paciente como de la sociedad, para el tratamiento y recuperación del enfermo alcohólico; colaborar en la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente alcohólico; seguir las fases de curación y rehabilitación de sus miembros; colaborar con los profesionales de los equipos asistenciales a alcohólicos; promocionar información sanitaria o social sobre el alcohol, apoyar la lucha preventiva contra el alcoholismo; colaborar en los estudios epidemiológicos, etc.

3.12. Conclusiones

El alcoholismo es una enfermedad o un trastorno de conducta; la misma que se caracteriza por el consumo repetido de una bebida alcohólica y que interfiere en lo físico; social; laboral y familiar de una persona.

La dependencia de alcohol se caracteriza por un conjunto de síntomas y comportamientos que indican una dificultad para controlar su consumo, así como por la existencia de tolerancia y síndrome de abstinencia, Los problemas sociales, laborales, familiares, se deben fundamentalmente a que el sujeto pasa cada vez más tiempo en actividades relacionadas con el consumo de alcohol.

Los criterios para el abuso no incluyen una tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, se citan solamente las consecuencias dañinas del consumo repetido.

La adicción al alcohol se debe a alteraciones neurobiológicas, y es el resultado de la interacción entre las características propias del alcohol y las variables inherentes al

sujeto como: la genética, el entorno social, la cultura, y la disponibilidad de las bebidas alcohólicas.

El consumo de alcohol no sólo produce lesiones crónicas que aparecen con el tiempo, sino que también produce lesiones agudas a corto plazo, con independencia de la antigüedad del consumo y del tipo de alcohol consumido.

Bajo los efectos del alcohol, se pueden desarrollar conductas agresivas y de riesgo, como embarazos no deseados y relaciones sexuales no protegidas, incrementa el riesgo de suicidio y muerte, deteriora la capacidad de conducir vehículos, etc.

El objetivo del tratamiento está orientado a motivar al paciente para que lo acepte, así como mantener al sujeto abstemio de por vida. Se deberá plantear objetivos a corto, medio y largo plazo. Para lograrlo se combinarán técnicas farmacológicas y psicosociales.

Una vez que el paciente ha solucionado su problema agudo, se ha recuperado físicamente y admite su problema, deberá continuar un tratamiento en forma indefinida, además debe asistir a terapia de grupo o vincularse con grupos de alcohólicos anónimos.

CAPÍTULO 4

TERAPIA DE GRUPO

4.1 Introducción

En la actualidad, la terapia de grupo surge como una respuesta a la creciente demanda de las personas en busca de soluciones y significados a su vida. Este tipo de terapia se constituye como un lugar de encuentro, donde las personas tienen la oportunidad de profundizar en su forma de vida, en su personalidad, en su estado afectivo y en sus formas de interactuar con los demás.

La terapia de grupo a diferencia de la terapia individual establece una red de intercomunicación e interacción con los demás. Pone énfasis en el crecimiento, desarrollo, autoconciencia y la superación de obstáculos para el crecimiento, éste es un proceso de reeducación y aprendizaje.

El objetivo del tratamiento consiste en que cada quien aprenda a confiar en sí mismo, a desarrollar intimidad, y a responder libremente a los demás asertivamente.

En este capítulo se pretende transmitir los conocimientos que se necesitan para el funcionamiento de un grupo Terapéutico. Se señalarán los objetivos, las ventajas de trabajar de esta manera

Se describirá las condiciones y atributos que debe tener el terapeuta. Finalmente se dará a conocer las normas y reglas que se requieren para este tipo de terapia.

4.2 Reseña histórica (Kaplan, 1996)

Por muchos años la terapia grupal se practicó como una técnica complementaria de la terapia individual, en la actualidad los métodos de grupo han logrado ahora más visibilidad y respeto.

Uno de los primeros en usar los método de grupo fue Joseph H. Pratt con pacientes tuberculosos en 1905, quién utilizó lecturas y discusión de grupo para ayudar a levantar el ánimo de pacientes deprimidos y promover su recuperación.

Una figura principal en el movimiento fue Moreno quien empezó a desarrollar algunos métodos de grupo en Viena a principios del siglo XX y, en 1925, introdujo el psicodrama a Estados Unidos. Moreno utilizó también el término terapia de grupo.

La utilización de pequeños grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de personalidad, comenzó en los Estados Unidos en 1930 con los trabajos de Wender, Paul Schilder, Slavson, Redl y Wolf.

Trigan Burrow fue un psicoanalista que uso el término relacionado análisis de grupo para describir sus procedimientos.

Con la Segunda Guerra Mundial (1945-1960) la terapia de grupo cobró un llamativo impulso y una creciente popularidad debido a la abundancia de casos psiquiátricos.

Kaplan(1996)cita a Whitehead (1952) quién habla como el pensamiento sistémico proporciona una metateoría útil para la comprensión de la conducta humana. Supone un cambio en que el individuo es el centro alrededor del que gira el grupo, hasta otra en que el individuo es un sistema incluido dentro de una jerarquía de sistemas: un sistema de sistemas.

4.3 Concepto de terapia de grupo

Según Saldivar (1998) la terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada sujeto que participe en dicha dinámica pueda pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

4.3.1 Objetivos

Para Saldivar (1998) En cualquiera de sus modalidades, los objetivos de la terapia de grupo son:

- Fomentar la salud mental de sus participantes.
- Aliviar los síntomas.
- Cambiar las relaciones interpersonales, facilitando la expresión verbal.
- Facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades.

4.3.2 Ventajas (Saldivar 1998)

Las ventajas de los grupos que le ha ganado esta aceptabilidad a los fines antes mencionados son los siguientes:

- La economía de recursos (tiempo, espacio, personal), que se logra mediante el trabajo con grupos.
- La información que el sujeto recibe en el grupo, es mucho más extensa ya que las fuentes de experiencias e informaciones se multiplican.
- El grupo no sólo posibilita el intercambio de experiencias sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe.
- El grupo posibilita nuevas posibilidades de aprendizaje interpersonal, donde sus integrantes pasan por un proceso en el cual, los comportamientos formales que inicialmente los mismos manifiestan unos en relación con los otros, se van tornando en comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos, no formales, los sujetos llegan a sentirse auténticos en su trato con los otros. Los individuos tienen la posibilidad de ensayar nuevos comportamientos.
- El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como “víctimas de su destino”.
- En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.
- El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes.

4.3.3 Diagnóstico en Terapia de grupo

(Kaplan 1996) refiere que el diagnóstico proporciona al clínico datos importantes tales como:

- Un conocimiento detallado de la vida tanto actual como pasada del paciente
- Determina si hay o no enfermedad mental y decidir si está indicado el tratamiento.
- El grado de motivación del paciente, las posibilidades de cambio, las fortalezas y puntos débiles de la estructura de la personalidad

En terapia de grupo se trabaja con una gran variedad de trastornos emocionales, incluyendo enfermedades mentales como: esquizofrenia, trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad. Problemas diversos, como alteraciones de la orientación sexual, alcoholismo y abuso de drogas, enfermedades psicosomáticas y síntomas especiales como trastornos del habla, sordera y retraso mental, enfermos terminales y pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA).

4.3.4 Selección y Organización del grupo (Kaplan 1996)

Para reducir la tasa de abandono, es imprescindible seleccionar adecuadamente a los candidatos, una selección adecuada contribuye al desarrollo de la cohesión, incrementa la tasa de asistencia y acelera el establecimiento de las conductas grupales que permiten el cambio.

Para realizar una selección de los pacientes se debe tomar en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

4.3.4.1 Criterios de inclusión: (Kaplan 1996)

- Capacidad del paciente para llevar a cabo la tarea del grupo
- Capacidad del paciente para dar y recibir feedback y ser empáticos
- Actitud del paciente para adaptarse a su semejante.
- Capacidad para exponer sus problemas delante del grupo.
- Nivel de tolerancia de la hostilidad y expresiones agresivas que puedan ser dirigidas hacia un individuo por parte de los otros participantes.

- El paciente debe haber tenido relaciones satisfactorias con al menos una persona especialmente durante su infancia

4.3.4.2 Criterios de exclusión: (Kaplan 1996)

- Personas con insuficiente contacto con la realidad
- Personas que no pueden tolerar la situación grupal y que adoptarían un rol desviado), que son reticentes a la aceptación de normas grupales, que se encuentran en una situación de crisis aguda y con bajo nivel de tolerancia a la ansiedad y frustración.(Yalom, 1996 citado por Kaplan, 1996)
- Personas que son demasiado auto-referenciales y paranoides (Friedman,1989 citado por Kaplan, 1996).
- Organicidad y bajo nivel de inteligencia probablemente generarán dificultades en el pensamiento abstracto indispensable para seguir los procesos grupales.
- Tartamudeo y balbuceo pueden agravarse por la condición de tensión del grupo.
- Pacientes con enfermedades médicas graves (como presión sanguínea lábil, ataques frecuentes de asma, epilepsia incontrolada y angina severa).

4.3.5 Composición (Kaplan1996)

Para la composición del grupo se debe tener en cuenta los parámetros específicos de homogeneidad y heterogeneidad en los que se incluyen la dinámica del paciente, clase social, raza, etnia, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil.

Weiner (1986) citado por Kaplan (1996) elaboró un listado de grupos homogéneos para; pacientes fóbicos, personas violentas, exhibicionistas, adictos a sustancias, alcohólicos, ludópatas, pacientes con ansiedad social, pacientes internados en servicios hospitalarios, obesos, pacientes medicamente enfermos y pacientes de cáncer.

4.3.5.1 Ventajas de los Grupos Homogéneos

Los grupos homogéneos cuajan más rápidamente que los heterogéneos, tienen tasa más altas de asistencia, son más cohesivos y ofrecen apoyo más inmediato, son menos conflictivos, y generan un alivio sintomático más rápido.

4.3.5.2 Ventajas de los Grupos heterogéneos

Son grupos orientados al insight y grupos interaccionales, suponen una disonancia suficiente para generar modelos de rol alternantes.

4.3.6 Preparación del grupo (Kaplan 1996)

En los primeros encuentros terapéuticos se establecen la interacción y transferencia entre paciente y terapeuta.

Es necesario explicar el funcionamiento grupal, ya que las deficiencias en su preparación conducen, frecuentemente, a una falta de cohesión y al incremento de abandonos. Algunos terapeutas utilizan cuestionarios de auto informe, videos, folletos para la transmisión de información.

4.3.7 Preparación del contexto (Kaplan 1996)

Los temas abordados en el proceso de preparación son los siguientes por parte del terapeuta:

1. Llegar a un acuerdo respecto a los objetivos del tratamiento, utilizando criterios específicos.
2. Definir los roles del paciente: compromiso con el concepto de cambio, apertura al feedback del grupo y hablar abiertamente.
3. Clarificar su propio rol: interpretar a nivel individual y grupal, reconocer la evolución de los pacientes, ayudar a los miembros del grupo a centrarse en el grupo y resolver las situaciones de vacío.
4. Tratar el lugar, hora y duración de las sesiones y la duración de la terapia, despejando cualquier expectativa irreal de soluciones inmediatas.

5. Explorar las fantasías y malentendidos del paciente respecto al grupo.
6. Explicar las razones fundamentales del grupo: aumentar el insight de las acciones y pensamientos del paciente, aumentar la comprensión de las conductas de otras personas, mejorar la auto-imagen y la confianza en sí mismo del paciente, así como las relaciones interpersonales por medio de una comunicación más empática.
7. Señalar los temas administrativos y de organización: puntualidad, asistencia, manejo de retrasos, cobros, aclarar la inaceptabilidad de la violencia física u desalentar a los miembros de mantener relaciones sexuales entre ellos.
8. Aclarar las características del grupo y sus consecuencias conductuales, las normas de confiabilidad, se desalienta a los miembros a mantener relaciones sociales entre sí fuera del grupo, etc.
9. Terapeuta y paciente deberán acordar la cobertura económica de las sesiones grupales.
10. Las decisiones vitales de importancia deben ser tratadas en el grupo y en ocasiones retrasadas temporalmente.
11. Anticipar posibles problemas y del grupo: pacientes molestos debido al feedback, dificultades en el logro del espacio para hablar, sentimientos de excesiva lentitud o velocidad, o la sensación de que los temas tratados no tienen relevancia para ellos.
12. Examinar los parámetros de terminación y comienzo para evitar turbulencias y acting.out posteriores.

4.3.8 Inclusión de nuevos miembros (Kaplan 1996)

Se incluye a un nuevo miembro cuando otro abandona o termina su terapia, en este caso se le prepara al nuevo miembro, igualmente al grupo para recibirlo.

4.3.9 Papel del líder en la terapia de grupo (Kaplan 1996)

El papel del líder en un grupo terapéutico conlleva responsabilidades como:

- Definir los objetivos del grupo
- Selecciona a los miembros,
- Establecer un contrato
- Iniciar y mantener un proceso terapéutico
- Evitar que los miembros se lesionen
- Dar por terminado un proceso terapéutico en el momento oportuno.

4.3.10 Atributos del Lider (Kaplan 1996)

Según Liberman, Yalom, Miles (1973) citados por Kaplan (1996), los terapeutas más eficaces resultaban ser los que estimulaban moderadamente las interacciones dentro del grupo al que dejaban suelto pero bajo control, eran cuidadosos con cada miembro y ayudaban a los individuos a lograr comprensión sobre sí y sobre lo que pasaba en el grupo. Por el contrario, los líderes negativos eran percibidos como abiertamente controladores, descuidados e incapaces o sin voluntad para ayudar o tomar conciencia de que estaba pasando en el grupo.

- **Autoexposición**

Que el terapeuta se muestre él mismo no estimula la apertura de los miembros del grupo, ni siempre tiene un efecto positivo. Los miembros del grupo tienden a estar más preocupados por la cualificación profesional del terapeuta que por él mismo como persona.

- **Formación**

Las habilidades requeridas para la terapia de grupo son similares a las exigibles a todo profesional de la salud mental, pero la duración, intensidad y característica de la formación de dichos profesionales es muy variable y resulta difícil hacer afirmaciones generales. Los terapeutas de grupo deberían tener un adecuado conocimiento teórico y práctico de psicopatología y de una serie de técnicas terapéuticas individuales como fundamento para formarse en terapia de grupo. También son necesarios los seminarios teóricos, las lecturas personales y las supervisiones de prácticas con grupos.

4.3.11 Encuadre de los objetivos del grupo

Kaplan (1996) manifiesta que los objetivos del grupo varían de unos a otros según su catalogación inicial. El objetivo habitual de un grupo educativo de breve duración es afrontar y hallar los medios para manejarse con una situación vital común a todos los miembros.

Los objetivos de los grupo educativos abiertos suelen orientarse a que los miembros aprendan más acerca de su enfermedad o situación psicológica y la forma de manejarse con ella.

La terapia de grupo interpersonal es útil para las personas que conciben sus problemas como de índole interpersonal, que tienen capacidad para comprender que los pensamientos y las emociones influyen poderosamente en el comportamiento, y que son capaces de soportar un contacto prologado con otras personas.

4.3.12 Comienzo y mantenimiento del proceso terapéutico (Kaplan 1996)

Una vez que se ha selecciona a los miembros del grupo y se ha acordado la fecha de la primera sesión, el terapeuta comienza a estructurar al grupo para alcanzar sus objetivos. Primero, se hace una presentación de los miembros, luego se discuten el contrato y los objetivos del grupo. Cuando se a llegado a un consenso, se pide a cada miembro que cuente algo sobre lo que le llevó a participar en el grupo. De esta forma se da por comenzado el proceso, el terapeuta empieza a conjugar los elementos de la terapia de forma que los miembros operen al nivel elegido por el líder.

4.3.13 Elementos de la terapia (Kaplan 1996)

- Interacción
- Estimulación de la esperanza
- Promoción de identificaciones
- Estimulación de la cooperación
- Sugerencia
- Manipulación
- Educación , incluyendo role-playing
- Restructuración

- Aliento para enfrentar conflictos emocionales
- Catarsis útil
- Desensibilización
- Feedback (retroalimentación)
- Atribución de significado
- Comprobación de percepciones
- Refuerzo
- Estímulo para el desarrollo de apoyos externos para nuevas conductas
- Elaboración, incluyendo repetición de conductas
- Manejo de la relación terapeuta-paciente
- Comunicación

4.3.14 Terminación Planificada (Kaplan 1996)

Cuando la terminación es planificada el terapeuta y el paciente están de acuerdo en que se han logrado los objetivos, que los pacientes están preparados para funcionar sin la ayuda del grupo, una vez que se han logrado las habilidades y fuerza del yo oportunas para afrontar los retos de la vida diaria; que sus síntomas han cesado, que tienen mayor control sobre sus vidas, que se han minimizado las distorsiones transferenciales y que una posible vuelta a la terapia no indicará un fracaso es ésta.

4.3.15 Evaluación de logros

El terapeuta de grupo tiene la posibilidad de evaluar su trabajo de diversos modos. Uno de ellos es la aplicación de test antes de iniciar el grupo, al acabarlo y algún tiempo más tarde.

4.4 Conclusiones:

La terapia de grupo es un tratamiento dirigido por un terapeuta entrenado en la que se reúnen personas con problemas emocionales para lograr cambios de conducta o personalidad mediante la interacción social. El objetivo del grupo es fomentar la salud mental de sus participantes y aliviar los síntomas.

Entre las ventajas de la terapia grupal podemos citar: la economía de recursos, mayor cantidad de fuentes de experiencia e información, aprendizaje interpersonal, universalidad en cuanto a la apreciación de sus problemas, mejor capacidad de resolver problemas, aumento de la comprensión y la sensibilidad hacia sí mismo y los demás.

Generalmente los terapeutas excluyen en el grupo a las personas que no pueden tolerar la situación grupal, que son incapaces de compartir y no muestran interés por los demás, personas con organicidad, con bajo nivel de inteligencia, con problemas de lenguaje, comunicación y problemas médicos.

Para la formación del grupo se debe tener en cuenta los parámetros específicos de homogeneidad y heterogeneidad los que incluyen la dinámica del paciente, diagnóstico, clase social, raza, etnia, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil.

Es necesario explicar el funcionamiento grupal, ya que las deficiencias en su preparación conducen, frecuentemente, a una falta de cohesión y al incremento de abandonos. Algunos terapeutas utilizan cuestionarios de auto informe, videos, folletos para la trasmisión de información.

El papel del líder en el grupo terapéutico tiene como responsabilidad: definir los objetivos del grupo, seleccionar a los miembros, establecer un contrato, iniciar y mantener el proceso terapéutico, evitar que los miembros se lesionen, dar por terminado el proceso terapéutico.

Los objetivos del grupo varían dependiendo de que sean: grupos educativos de breve duración, grupos educativos abiertos o terapias de grupo interpersonales.

El terapeuta grupal debe tener un adecuado conocimiento teórico y práctico de psicopatología y de una serie de técnicas terapéuticas individuales.

Una vez que se selecciona a los miembros del grupo y se fija una fecha para el inicio de la primera sesión, el terapeuta comienza a estructurar al grupo para alcanzar sus objetivos. Al comenzar el proceso el terapeuta tiene que conjugar los elementos de la terapia de forma que los miembros operen al nivel elegido por el líder

La terminación de la terapia grupal debe darse cuando el terapeuta y el paciente crean que se han logrado los objetivos que acordaron en la terapia. Al final se puede evaluar los logros mediante la utilización de test, los mismos que se aplican al inicio y final de la terapia.

CAPÍTULO 5

TERAPIA DE GRUPO COGNITIVA CONDUCTUAL

5.1 Introducción

Ya no se entiende al ser humano como una simple “caja negra”, que emite determinados estímulos discriminativos: las percepciones, las creencias, las expectativas, las interpretaciones, los esquemas cognitivos, se entienden ahora como responsables, en gran medida, de los problemas de la persona. Actualmente se reconoce el papel fundamental de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta; desarrollándose, por ello, técnicas específicas para modificar dichos componentes.

Basados en esta teoría en este capítulo se hace una descripción de objetivos, ventajas, normas, requisitos y técnicas que se utilizan en Terapias de Grupo Cognitivo Conductuales.

5.2 Historia (Kaplan 1996)

A principios de los años 60, con la llegada de la terapia conductista se hizo patente la posibilidad de utilizar la terapia de grupo en los tratamientos. Generalmente los grupos se componían con miembros con problemas similares. Se podía enseñar conductas concretas a los pacientes y se les podía reforzar con diferentes patrones de refuerzo dentro del propio grupo. Aprovechando la presencia de diversos modelos y fuentes de feedback del grupo, se podía llevar a cabo fácilmente un entrenamiento en habilidades sociales.

A finales de los 70 y a principios de los 80 la terapia conductista comenzó a incluir técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de intervención o manejo de situaciones y la relajación; más tarde se añadieron los métodos de exposición a estímulos, como estrategias fundamentales en la intervención, al refuerzo y al moldeamiento, basados en los principios de la teoría del aprendizaje social (Bandura 1977). La terapia de grupo conductista se empezó a

denominar terapia grupal cognitivo conductual. Del mismo modo que en los años 70 el entrenamiento en habilidades sociales era la forma más importante de terapia grupal, en los 80 y hasta la actualidad, el manejo del estrés y la agresividad se han convertido en los objetivos terapéuticos más importantes del enfoque grupal. Ambos objetivos utilizan la reestructuración cognitiva y el entrenamiento para la relajación (Beck, 1981). Además se ha incluido técnicas para la resolución de problemas.

5.3 Definición

Segura (2006, p.1) define la Terapia de Grupo Cognitiva Conductual como: “Un tratamiento científico de naturaleza psicológica que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Además el grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, evitando la cronificación y la disminución sintomatológica en las áreas afectadas por el trastorno”.

5.3.1 Ventajas de Los Grupos Cognitivos conductuales (Segura 2006)

Los grupos cognitivos conductuales:

- Favorecen la ruptura de dependencia con el terapeuta.
- Los miembros cuentan con un grupo de pertenencia.
- Tienen más modelos para imitar y aprender.
- Reciben permisos y protección para crecer.
- Permiten prácticas y ensayos para socializar.
- Entrenan para aceptarse y aceptar a los demás.
- Permiten expresar emociones auténticas sin miedo a la crítica.
- Ayudan a superar miedos de hablar en grupo.
- Enseñan a saber escuchar y observar tanto verbal como no verbal.
- Aumentan la capacidad para resolver problemas.
- Se logra información de diversos campos.
- La protección es tanto dentro como fuera del grupo.
- Ayudan a tomar conciencia del efecto que causa nuestro aspecto físico y forma de comunicarnos con los demás y corregirlas (el feedback).

- Reciben apoyo social para adquirir valores y normas éticas.
- El costo del grupo es menor.

5.3.2 Etapas de la psicoterapia

Segura (2006) menciona que la psicoterapia consta de las siguientes etapas:

- El Contrato Administrativo.-la contratación de los servicios profesionales.
- El Contrato Humano.-es la relación que se establece entre el terapeuta y el cliente.
- El Contrato Terapéutico.-es la fijación de los objetivos o metas de cambio.

5.3.3 Normas para el grupo

Según Segura (2006) el grupo será cerrado, con un número de participantes entre 10 y 16, con un promedio de 13, mayores de 18 años de edad, ambos sexos, el primer mes será de reclutamiento por lo tanto solo ese periodo será abierto después ya no. Durara como máximo 6 meses con sesiones de una vez por semana, con una duración de 2 horas por sesión.

- Se tendrá una hora de entrada y de salida fijas.
- Se dará temas anticipadamente para revisar en la primera hora
- Se aplicara el tema a los casos que tengan relación en el grupo en la segunda hora.
- Se tendrá un espacio de tiempo para comentar alguna experiencia en la semana.
- Tener presente el contrato (el o los objetivos planteados).
- Hablar directamente a la persona a quien se dirige, evitar comentarios con terceros, evitar formar subgrupos.
- Se trataran sobre temas que sean útiles para el grupo, evitar los pasatiempos.
- El terapeuta está facultado a mantener la posición ok y realista del grupo.
- Se permitirá expresar honestamente las emociones: auténticas y rebusques.
- La información es confidencial y todo lo que suceda en el grupo también.

- Todos pueden expresar todo lo que piensan y sienten.
- No se discute sobre religión o política.
- No se permite la agresión física, ni verbal.
- No se permite fumar, comer o masticar chicle en el grupo.
- El terapeuta es responsable de lo que dice y hace durante la sesión..
- Usar lenguaje responsable.
- No faltar sin motivo importante y avisar si se falta.

5.3.4 Criterios de inclusión (Segura 2006)

- Mayores de 18 años de edad, de ambos sexos
- Con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo, ansiedad, o depresión.
- Con capacidad de insight (de darse cuenta)
- Capacidad de expresar sus sentimientos
- Estar motivado a hacer los cambio y reconocer que tiene problemas.
- La disposición a resolver sus problemas
- Participación activa y respeto a la normativa del grupo.

5.3.5 Criterios de exclusión (Segura 2006)

- Personalidades dependientes.
- Personas toxicas y/o adicciones severas
- Horarios que no se adaptan
- Personas con cuadros paranoides, o psicóticos.
- Necesidad de secreto profesional.
- Personas muy conocidas
- Temas especiales y específicos
- Relación de dependencia entre dos miembros.

5.3.6 Recomendaciones a los terapeutas:

Segura 2006) recomienda a los terapeutas:

- Tener al día los objetivos de cambio de cada paciente
- Redactar un plan o estrategia global para cada caso.

- Después del alta programar un seguimiento.
- Proporcionar información a la familia sobre los avances del paciente y sobre su control que puede ser mensual al inicio y luego ir espaciando más.

Existen factores inespecíficos que determinan la eficacia de cualquier forma de psicoterapia y estos son algunos de ellos:

- Una relación emocional de confianza; de parte del paciente.
- Una aceptación por parte del paciente de la racionalidad del tratamiento;
- La entrega de nueva información;
- El refuerzo de las expectativas del paciente en relación a recibir ayuda;
- Brindarle experiencias exitosas; y
- Facilitar la percepción de su mundo emocional.

5.4 Definición de terapia cognitiva

Para Beck (2002, p. 13) “La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal”.

5.4.1 Elementos (Beck 2002)

Los elementos centrales de este modelo para la alteración emocional y conductual son los siguientes:

- **Los esquemas:** Las personas desarrollan en la infancia una serie de esquemas básicos que le sirven para organizar su sistema cognitivo
- **Pensamientos automáticos:** Las personas pueden tener pensamientos o representaciones mentales de modo automático, sin la intervención de un proceso de razonamiento previo.

- **Distorsiones cognitivas:** las personas pueden cometer distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información.

Los acontecimientos vitales estresantes pueden activar esquemas básicos disfuncionales.

La línea directriz de la terapia cognitiva, en definitiva, se encuentra en el principio de que “el modo en que construimos el mundo percibido (externo e interno de nosotros mismos) es lo que determina nuestras emociones y conductas”(Olivares y Mendez 1998). La tarea del terapeuta irá dirigida siempre a ayudar al paciente a darse cuenta de cómo ese modo de construir el mundo se encuentra en la base de sus emociones y conductas.

Para tal fin, el terapeuta se valdrá de distintas estrategias, unas “más cognitivas” y otras “más conductuales”: la meta siempre es la misma: que el paciente se dé cuenta de su papel activo en el control de sus emociones y conductas e introduzca la correspondiente modificación cognitiva.

5.4.2 Fases (Olivares y Mendez 1998)

Las etapas en las que puede ser dividido el proceso de la Terapia Cognitiva de Beck son cuatro:

- **Instruir al paciente en el modelo cognitivo**

Se debe intentar conocer qué creencias tiene el paciente sobre lo que le está pasando y por qué. La idea principal que debe comunicarse es que sus emociones y sus conductas están causadas por los pensamientos automáticos que se disparan a partir de una serie de condiciones previas, tales como los esquemas subyacentes y los eventos estresantes que potencialmente pueden activarlos.

El terapeuta tiene un papel activo. La misión es descubrir conjuntamente con el paciente qué pensamientos automáticos se disparan y en qué situaciones lo hacen. El objetivo será buscar evidencias a favor y en contra de dichos pensamientos, para determinar su validez.

- **Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos**

Lograr que el paciente observe y registre cuidadosamente sus pensamientos automáticos. El razonamiento es sencillo: si se supone que la base de la perturbación emocional y /o conductual está determinada proximalmente por los pensamientos automáticos, entonces, que se conozcan bien qué pensamientos automáticos se disparan es fundamental.

Ejemplo de Formulario para el autorregistro en la Terapia cognitiva.

Fecha y hora	Situación	Pensamientos Automáticos (% de creencia)	Emociones (Intensidad)	Cuestionamiento (% de creencia)	Emociones (Intensidad)
15/12/08 10:15	Viendo una película de terror. El corazón me late muy deprisa.	Me va a dar un ataque al corazón y voy a morir (80%)	Miedo (8 sobre 10)	El corazón late deprisa por que la película me tiene en tensión. La taquicardia es normal cuando nos emocionamos mucho (60%)	Miedo (3 sobre 10)

Tabla 5.1 Formulario para el autorregistro en la Terapia cognitiva. Fuente: (Olivares y Mendez 1998).

- **Examinar y someter a Prueba de Realidad los pensamientos automáticos**

El objetivo es que el paciente obtenga una visión más realista del mundo y de sí mismo, una interpretación de la realidad más apoyada en evidencias y datos empíricos. No se trata de que el paciente vea la vida “de color de rosa” el cometido consiste en analizar las distorsiones cognitivas que tienen lugar y someter a prueba las creencias básicas contenidas en sus esquemas.

El procedimiento se basa en el cuestionamiento socrático del apoyo empírico que sostiene a los pensamientos automáticos e imágenes generadas.

- **Detección y modificación de esquemas básicos**

Tras la práctica prolongada de detección de pensamientos e imágenes automáticos suelen hacerse evidentes ciertos patrones de pensamiento que

apuntan a determinadas creencias básicas. Cuando no es así se puede indagar sobre los supuestos básicos a través de diferentes estrategias:

- a) Determinar los acontecimientos o situaciones ante los cuales se experimenta especial alegría o bienestar, y qué emociones tiene el no alcanzar dichos criterios.
- b) Pedir al paciente que intente explicar porqué pueden sentirse bien o mal otras personas, ello permitirá arrojar luz sobre los supuestos básicos sostenidos.

Una vez detectadas las creencias básica es necesario proceder como si fuesen hipótesis de trabajo de se deberán validar conjuntamente entre terapeuta y paciente.

5.4.3 Distorsiones cognitivas (Olivares y Mendez 1998)

- **Inferencia arbitraria:** Extraer conclusiones que no están en consecuencia con la evidencia objetiva. Tender a un tipo de interpretaciones cuando son más apropiadas las interpretaciones neutras o de sentido contrario.
- **Lector de mentes:** Es un tipo particular de inferencia arbitraria. Consiste en concluir, sin tener la suficiente evidencia objetiva, que nuestro interlocutor está reaccionando negativamente ante nosotros.
- **Error del adivino:** Es un tipo particular de inferencia arbitraria. Consiste en anticipar, sin evidencia objetiva, que las cosas van a ir mal, dándose ya como inalterable esa predicción del futuro.
- **Personalización:** Atribuirse a uno mismo fenómenos externos cuando no existen datos suficientes para realizar dicha atribución.
- **Atribución selectiva:** Sesgar la información de modo consistente con un esquema disfuncional, desatendiendo la información que contradice a dicho esquema.

- **Sobregeneralización:** Aplicar conclusiones apropiadas para un caso específico a toda una clase de experiencias basándonos en las similitudes percibidas.
- **Magnificación:** Atender en exceso a, y exagerar la importancia de, aspectos negativos de una experiencia.
- **Minimización:** Descartar o infraestimar la relevancia de una experiencia positiva.
- **Pensamiento Dicotómico:** Evaluar las propias cualidades personales recurriendo a categorías extremas (blanco/negro).
- **Razonamiento emocional:** Suponer que las emociones negativas que sentimos reflejan, necesariamente, la realidad: “yo siento...; por tanto, yo soy...”
- **Descalificación de lo positivo:** Rechazar las experiencias positivas, insistiendo en razones de poco peso para descartar dichas experiencias.
- **Afirmaciones “Debería”:** Aplicar de modo rígido reglas sobre nuestras obligaciones o las de los demás.
- **Externalización de la propia valía:** Minimizar nuestro papel en aquellas cosas que nos confieren valor.

5.4.4 Técnicas de reestructuración cognitiva (Olivares y Mendez 1998)

Mahoney y Arnkoff (1978) citados por Olivares y Mendez (1998), mencionan tres tipos de técnicas cognitivas conductuales: las de reestructuración cognitiva, las de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y las de resolución de problemas.

5.4.4.1 Técnicas de reestructuración cognitiva:

Las técnicas de reestructuración cognitiva se encaminan tanto a identificar como a modificar las cogniciones desadaptativas del cliente poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones.

5.4.4.2 Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento:

Pretende que el cliente adquiera habilidades para hacer frente de forma activa a una variedad de situaciones estresantes.

5.4.4.3 Técnicas de resolución de problemas

Están enfocadas a entrenar al cliente a abordar los diferentes problemas. El proceso comprende diversas habilidades: análisis de los problemas, formulación de objetivos, generación de alternativas, valoración de las alternativas y selección de las más adecuadas, ejecución de las alternativas elegidas y valoración de los resultados.

5.4.4.4 Técnicas adicionales

- **Reatribución**

Consiste en determinar, entre terapeuta y paciente, qué porción de responsabilidad es razonable atribuible a otros factores, dadas las circunstancias de cada caso.

- **Búsqueda de interpretaciones alternativas**

Consiste en la investigación activa de nuevas interpretaciones o soluciones a los problemas que se le plantean al paciente.

Ejemplo de Técnica de las dos columnas

Interpretación original	Interpretaciones alternativas
Me mira serio porque no le gusta como estoy desarrollando mi trabajo.	<p>Me mira serio porque esa noche no ha dormido bien.</p> <p>Me mira serio porque es un poco alegre.</p> <p>Me mira serio porque es un jefe muy exigente con todos los trabajadores.</p> <p>Me mira serio porque prefiere trabajadores mayores que yo.</p> <p>Me mira serio porque prefiere trabajadores menores que yo.</p>

Tabla 5.2 Técnica de las dos columnas. Fuente: (Olivares y Mendez 1998).

- **Búsqueda de soluciones alternativas.**

En ocasiones los pacientes se pueden encontrar con problemas reales que están sin resolver y que necesitan solución. Muchos pacientes tienden a pensar que ya han probado todas las opciones posibles que se podían aplicar a dicho problema.

Es importante que el paciente defina cuidadosa y exhaustivamente el problema, lo que puede llevar a que el paciente genere espontáneamente nuevas alternativas de solución.

- **Cuestiona la evidencia**

Preguntar “¿Que evidencia tenemos de?” Puede ser una herramienta muy poderosa para la reestructuración cognitiva.

- **Técnica de la triple columna**

En ocasiones los pacientes cometen errores lógicos a la hora de analizar la realidad. Esta técnica permite ayudarles a tomar conciencia de los errores o distorsiones que cometen.

Ejemplo de Técnica de la triple columna

Situación	Interpretación	Error
Viendo una película de terror. El corazón me late muy deprisa.	Me va a dar un ataque al corazón y voy a morir (80%)	Inferencia Arbitraria
Mientras paseaba, un desconocido me miraba desde su coche	Me quiere hacer daño No hay ningún sitio seguro	Inferencia Arbitraria Sobregeneralización

Tabla 5.3 Técnica de la triple columna Fuente: (Olivares y Mendez 1998).

- **Descentramiento**

Muchos pacientes con ansiedad social suelen pensar que son el centro de atención de todos aquellos con los que interactúan. En ocasiones estos paciente piensan que pueden ser observados por los otros con tal capacidad de penetración, que están convencidos de que les pueden notar cómo se están sintiendo y que están pensando exactamente. Es como si atribuyesen poderes de lectura del pensamiento a todos menos a sí mismos.

Esta técnica persigue que el paciente logre ver que él no es el centro del universo y que esa capacidad de lectura del pensamiento que atribuye a los demás no es tan potente como cree. Se pueden diseñar experimentos que le permitan refutar tales creencias.

- **Contrastar predicciones catastróficas**

Es típico que el paciente ansioso anticipe consecuencias negativas, creando una visión un tanto catastrófica de las cosas.

Una forma de trabajar la tendencia a anticipar consecuencias catastróficas podrá ser el autorregistro sistemático de las predicciones que hace el paciente durante varias semanas para, posteriormente, verificar si se han cumplido o

no. Esta estrategia puede aportar nuevos datos para reducir el impacto de las predicciones catastróficas, aumentando la crítica del paciente frente a ellas.

5.5. Conclusiones

La terapia de grupo aparece a principios de los años 60, con la llegada de la terapia conductista. A finales de los 70 y a principios de los 80 la terapia conductista comenzó a incluir técnicas como la reestructuración cognitiva,. La terapia de grupo conductista se empezó a denominar terapia grupal cognitivo conductual, destacándose el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas para la resolución de problemas, el manejo del estrés y la relajación.

Según Beck “La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo”.

Las personas cometen distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información: los acontecimientos estresantes pueden activar esquemas básicos disfuncionales que determinan las emociones y conducta de las personas. la tarea del terapeuta es que el paciente se dé cuenta de su papel activo en el control de sus emociones y conducta e introduzca la correspondiente modificación cognitiva.

Entre las técnicas cognitivas conductuales tenemos: Técnicas de reestructuración cognitivas; el objetivo es identificar y modificar cogniciones desadaptativas.

Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento; el objetivo es adquirir habilidades para hacer frente de forma activa a una variedad de situaciones estresantes.

Técnica de resolución de problemas; el objetivo es entrenar en una metodología sistemática para abordar diferentes problemas.

Entre otra técnicas citaremos: reatribución, búsqueda de interpretaciones alternativas, búsqueda de soluciones alternativas, cuestiona la evidencia, técnica de la triple columna, descentramiento, contrastar predicciones catastróficas.

CAPÍTULO 6

TRABAJO PRÁCTICO

TERAPIA DE GRUPO PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN CÓNYUGES DE ALCÓHOLICOS

6.1. Objetivos

6.1.1. Objetivos General

- La autoestima en cónyuges de alcohólicos

6.1.2. Objetivos Específicos

- Evaluar la autoestima en cónyuges de alcohólicos
- Mejorar la autoestima mediante terapia grupal

6.2. Metodología de Trabajo

El trabajo planteado se realizó dentro de un Modelo Cuantitativo- Cualitativo.

Se realizó una cuantificación de la autoestima mediante la aplicación de test y retest, y un análisis cualitativo mediante las historias clínicas y las conclusiones obtenidas al final de cada sesión.

6.3. Universo y Muestra

Universo: el universo está constituido por las cónyuges de pacientes alcohólicos internos en la Comunidad Terapéutica del Austro.

Muestra: La selección de 16 mujeres que tengan a su esposo alcohólico interno en la Comunidad Terapéutica del Austro que cumplan los siguientes requisitos:

- Edades comprendidas entre los 15 y 60 años.
- Instrucción: primaria, secundaria y superior
- Estado civil: casadas

6.4. Técnicas e Instrumentos

Técnicas: Se utilizaron técnicas Cognitivas conductuales enfocadas a mejorar el nivel de Autoestima.

Al final de cada sesión se lleva un registro general de las reflexiones y conclusiones de cada terapia.

Instrumentos:

Historia Clínica Estructurada: la historia clínica se realizó previa a la aplicación de test.

Escala de Autoestima de Coersmith para la aplicación de los test, y tablas de evaluación y corrección.

6.5. Variables

Las variables que fueron consideradas son:

Edad: la edad es considerada de acuerdo al registro en la historia clínica, en escalas de 15 a 25, de 26 a 35, de 36 a 45, de 46 a 55.

Estado civil: En el momento de la entrevista que estén legalmente casadas.

Instrucción: El grado de conocimientos adquiridos a nivel académico: primaria, secundaria y superior.

Tiempo de convivencia: el tiempo será considerado desde el momento en que legalizaron su relación y los años de consumo de alcohólico, en escalas de 0 a 5, de 6 a 11 y de 12 en adelante.

6.6. Análisis de datos

Primero se utilizó test para realizar el diagnóstico inicial los mismos que fueron procesados y analizados en forma manual.

Al final de la terapia se aplicó un retest para comparar los resultados iniciales con los finales.

6.7. Resultados de la aplicación del Cuestionario de Autoestima de Coersmith

Tatiana

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 13 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Baja.

Mayra R

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 11 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

Mayra N

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 8 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

Esperanza

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 12 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media baja.

Marina

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 6 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

Karina

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 5 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

Janeth

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 13 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media baja.

Eulalia

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 9 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

Ximena

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 12 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media baja.

Rosario

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 12 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media baja.

Fabiola

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 14 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media baja.

Isabel

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 10 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

Elizabeth V.

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 5 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

Hortensia

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 14 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media baja.

Elizabeth G.

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 10 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

Marlene

En el test de autoestima de Coersmith obtuvo 4 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Significativamente Baja.

6.8 Plan de Sesiones de la Terapia de Grupo en Cónyuges de Alcohólicos

Se elabora un plan en el que se realizará una sesión individual y 12 sesiones grupales.

6.8.1 Sesión Individual

Para iniciar el proceso terapéutico se realizará una sesión individual con la finalidad de recoger los datos necesarios para elaborar la Historia Clínica y aplicar el Test de Autoestima.

6.8.2 Sesiones Grupales

Se realizarán 12 sesiones grupales una vez por semana, las mismas que tendrán una duración de dos horas.

6.8.3 Descripción de las Sesiones de la Terapia de Grupo en Cónyuges de Alcohólicos

PRIMERA SESIÓN

Presentación e introducción de tema Autoestima

Objetivos:

- Que los participantes adquieran conocimiento del tema en que se va a trabajar en el proceso terapéutico y de esta manera logren identificar sus falencias personales para poder trabajar en los mismos.

- Educar en la importancia de una autoestima sana para el crecimiento y satisfacción personal.

Desarrollo

Presentación del terapeuta y bienvenida a las integrantes del grupo.

Se les informa sobre el funcionamiento del trabajo en grupo resaltando normas específicas que se respetarán en el transcurso de las sesiones tales como:

- Compromiso para asistir a todas las sesiones.
- Asistencia puntual según los horarios convenidos.
- Participación en todos los ejercicios que se ejecuten durante las sesiones.
- Mantener el anonimato, debido a la importancia de la confidencialidad.
- Realización de las tareas propuestas por el terapeuta.

Exposición del tema: “Autoestima” con la finalidad de que las personas se informen sobre el tema en que se enfocará el trabajo terapéutico, así como la importancia de tener una autoestima sana para lograr una buena salud física y psicológica.

Puesta en común: Participación de las integrantes en la que expondrán vivencias propias concernientes al tema tratado, con el fin de que relacionen si su autoestima ha sido afectada de manera negativa al convivir con una persona que consume alcohol.

Tareas para la casa:

Identificar y traer escrito tres características referidas a su autoestima en la que crean que deben mejorar.

Conclusiones:

- Al relacionar el tema tratado con sus propias vivencias las integrantes llegaron a la conclusión que su autoestima había sido deficiente desde su infancia, ya que recibieron mensajes negativos por parte de sus padres, compañeros, etc. Luego fue degradándose progresivamente al convivir con un alcohólico.

- Se identifica que la mayoría de las pacientes provienen de hogares en que el padre consumió o consume alcohol.
- En otros casos los hogares de origen son disfuncionales, el padre les abandona o no reciben ninguna expresión de afecto.
- Que deben amarse a sí mismo para poder amar a los demás.
- Que nadie tiene derecho a ir en contra de su dignidad.

SEGUNDA SESION

Revisión de tareas: enfocar la importancia del cumplimiento de las mismas, ya que mediante el refuerzo se logrará los resultados esperados. Evaluar las deficiencias personales como referencia para trabajar en las sesiones posteriores.

Relajación grupal: al inicio durante 5 minutos.

Tema: El árbol de mi autoestima (Bonet 1997, p.38)

Objetivos:

- Tomar conciencia de cualidades y de aquellos logros de los que puedan sentirse fundamentalmente orgullosas.

Desarrollo:

Se divide una hoja de papel blanco en dos columnas verticales de igual anchura; encabeza una con el título de MIS LOGROS, y la otra con el título MIS CUALIDADES.

- En la columna correspondiente, haz una lista de tus logros, realizaciones, metas alcanzadas, éxitos de mayor o menor importancia en los campos del crecimiento personal, de las relaciones interpersonales, de la vida familiar, de la profesión, del trabajo, de los estudios, del deporte, etc. No tienen por qué ser cosas espectaculares, sino simplemente significativas personalmente para ti. Por ejemplo: ser capaz de hablar en público, concluir con éxito una carrera, reconciliarse con los padres, los hijos, con el cónyuge..., superar una adicción al tabaco...

- En la otra columna haz una lista de todas las cualidades (corporales, mentales, espirituales...) que poseas en mayor o menor grado, como podrían ser: inteligencia, determinación, alegría, generosidad, paciencia, serenidad, creatividad, etc.
- Después, encima del dibujo del árbol que se entregará en una hoja de papel, escribe tu nombre en mayúsculas y, en los frutos que cuelgan las ramas, algunos de tus logros. Luego en el rectángulo de la raíz correspondiente a cada uno de los frutos, escribe las cualidades concretas que te han permitido esos logros.
- Contempla el Árbol de tu autoestima durante unos minutos escuchando lo que dice de ti; escribe tu mensaje debajo del árbol. Comparte detalladamente el árbol con el grupo. Finalmente, colócalo en algún lugar donde puedas verlo a menudo y completarlo, a medida que obtengas nuevos logros y descubras otras cualidades.

Puesta en común

Tareas para la casa:

- Traer escrito en el mismo árbol dos cualidades que descubrieron durante esta semana y dos logros que alcanzaron.

Conclusiones:

- Reconocieron cualidades y logros que les hicieron sentir bien y que resultan difíciles a veces formularlos por el hecho de desconocer lo que otros reconocen en ellos sin dificultad.

Sé amigo de ti mismo. (Bonet José Vicente) Manual de Autoestima.

TERCERA SESION

Revisión de tareas: Compartir con grupo sobre las cualidades que descubrieron de sí mismas en la semana y sus logros alcanzados para mejorar el concepto de sí mismo.

Ejercicio: El niño herido

Breve explicación de cómo las formas de interacción son influidas desde su niñez y que interfieren en su desarrollo personal y en su forma de afrontar los problemas

Objetivos

- Descubrir formas de comportamiento; como un individuo puede comportarse en ocasiones como niño, en otras como adulto y en otras, repitiendo conductas propias de sus padres.
- Visualizar y sanar aspectos del niño interno herido, los mismos que influyen en la etapa actual de su vida.
- Examinar de que manera los mensajes y el afecto recibido por nuestros padres ha sido fundamental en la formación de nuestra autoestima.
- Que al tomar decisiones funcionen como un yo adulto, usando la lógica.

Desarrollo (Bradshaw, 1994, p. 133)

“Empiecen poniéndose cómodas y calmadas, comiencen a tomar conciencia de lo que les rodea... Sientan el contacto de la espalda con la silla... Sientan la ropa sobre su cuerpo... Escuchen todos los sonidos... Sientan el aire en la habitación... Por ahora, no hay ningún sitio al que tengan que ir, ni nada que tengan que hacer... Solo quédense aquí... Concéntrese en su respiración... Sientan el aire al entrar y al salir... Sientan como pasa por su nariz al inspirar y expirar... Si tienen pensamientos que interrumpan no importa... Pueden simplemente pasarlos por alto... Lo importante es saber que están ahí y dejarlos pasar... Siguiendo su respiración, pueden aguantarla tanto como quieran o pueden soltarla como saben... de forma que se permita la relajación... Lo han aprendido desde niñas... Y saben cuando aguantar y cuando soltar... Aprendieron el balance perfecto cuando aprendieron a respirar como un bebe... Aprendieron a inspirar... Y aguantar... Lo suficiente para oxigenar todas las células de la sangre... Y aprendieron a soltar... y a sentir el aire... De pequeñas, aprendieron a chupar del pezón de su madre... Aprendieron a chupar del biberón Y a soltar cuando sentían la leche caliente... Pronto aprendieron a aguantar su propio biberón... Y a soltarlo cuando habían terminado... Aprendieron aguantarse de pie en la cuna... Y a soltarse cuando estaban listas para tumbarse... Así que saben cuando

hay que aguantar y cuando hay que soltar... Y pueden confiar en si mismas para encontrar lo que necesitan para si mismas...

Ahora están sintiendo una especie de pesadez en los párpados... Dejen que se cierren bien... Sientan esa pesadez en su mandíbula... En sus brazos... Y manos... Sientan como si tuvieran un peso en sus piernas y en sus pies... Como si no pudieran moverse... O pueden sentir lo contrario, como si su cuerpo entero estuviera flotando... Como si sus manos y sus brazos fueran plumas... Saben lo que sienten... Y sea lo que sea es bueno para ustedes.

Ahora pueden empezar a experimentar algunos recuerdos de su infancia... Pueden recordar sus primeros días de escuela... Y su mejor amiga en esos días... Pueden recordar a un profesor cariñoso, a un vecino... Y pueden recordar la casa en la que vivían antes de ir a la escuela... ¿De qué color era?... ¿Era un apartamento?... ¿Vivías en la ciudad?... ¿En el campo?... Ahora pueden ver algunas habitaciones de esa casa... ¿Dónde pasaban el tiempo?... ¿Tenían una habitación para ustedes solas?... ¿Dónde quedaba el comedor?... ¿Quién está ahí?... ¿Qué sentían al vivir en esa casa?...

Recuerdan la casa en la que vivía su familia cuando nacieron... Imaginen que pueden abrazarse... Están ahí como un hada madrina... Están viendo su propia infancia... ¿Quién más está ahí?... ¿Qué sentían al vivir en esa casa?...

Recuerdan la casa en la que vivía su familia cuando nacieron... Imaginen la habitación donde dormían después de su nacimiento... Miren la bebe tan linda que eran... Escuchen su voz con sus gorjeos, llantos y risas... Imaginen que pueden abrazarse... Están ahí como un hada madrina... Están viendo su propia infancia... ¿Quién más está ahí?... Su mamá... Su papá... ¿Qué se siente el haber nacido en esa casa para esa gente?... ahora imaginen que ustedes son la preciosa bebe que están viendo todo eso desde afuera... Miren a su persona adulta... Mírense como una persona mágica... Como un Hada o como ustedes mismas... Sientan la presencia de alguien que les quiere... Imaginen que su adulto les coge y les carga... Escuchen cariñosamente decirse lo siguiente:

- Bienvenido al mundo, te estaba esperando.
- Me alegro que estés aquí.
- He preparado un sitio especial para que vivas en él.
- Me gusta tal como eres.
- No te dejaré, por ninguna razón.
- Tus necesidades me parecen bien.
- Te daré todo el tiempo que necesites para que consigas satisfacer tus necesidades.
- Me alegré que seas una niña.
- Quiero cuidar de ti y estoy preparada para ello.
- Me gusta darte de comer, bañarte, cambiarte y pasar el tiempo contigo.
- Nunca ha existido en el mundo alguien como tú.
- Dios sonrió cuando naciste.
- Déjate sentir lo que sientas cuando escuches estas afirmaciones.

Ahora permitan que su adulto les deje en el suelo... escuchen como les asegura que nunca les abandonará... Y que de ahora en adelante siempre estará a su disposición... Ahora se convierten en su ser adulto otra vez... Observen a su pequeño y precioso ser... Dense cuenta que lo han recobrado... Perciban la sensación de esa vuelta a casa... Esa bebe es deseada, amada y nunca volverá a estar sola otra vez... Salgan de esa habitación, de esa casa y miren hacia atrás mientras se marchan... sigan hacia delante por la línea de la memoria... Pasen por la escuela... Entren en su adolescencia... Entren en un recuerdo reciente... Entren en donde están justo ahora...

Sientan las puntas de sus pies... Muévanlos... Sientan la energía subir por sus piernas... Sientan la energía en su pecho al inhalar profundamente... Hagan ruido al exhalar... Sientan la energía en sus brazos y dedos... Agiten los dedos... Sientan la energía en sus hombros, cuello y mandíbula... Estiren los brazos... Sientan su rostro... y siéntense completamente presentes... Vuelvan del todo a su conciencia... Y abran los ojos.

Puesta en común

Tareas para la casa:

- Materializar a su niño herido mediante un símbolo (muñeca, almohada, etc.) y diariamente entregar el afecto que este necesite.
- Abrazar a sus familiares y transmitir mensajes positivos.

Conclusiones:

Luego de este ejercicio las participantes llegaron a las siguientes conclusiones:

- Su autoestima estaba muy afectada por que sus padres no supieron darles la seguridad, el afecto. Los mensajes que recibieron fueron deficientes; lo que influía negativamente en su manera de relacionarse con sus familiares, repitiendo este mismo patrón de conducta.
- Tomaron conciencia de la importancia de dar y recibir afecto, tanto físico como verbal.
- La necesidad de comprender y perdonar a los padres, ya que ellos probablemente también fueron víctimas o eran inconscientes del daño que podía causar
- Reconocer cuando actúa el Yo niño y tratar de actuar con el Yo adulto.

CUARTA SESIÓN

Revisión de tareas: Se manifestará la necesidad de expresar y proporcionarse amor así mismo, ya que son fundamentales en la formación y desarrollo de su autoestima

Ejercicio: Bote Salvavidas (Fidei, [200-], p.6)

Objetivos

- Simular tan dramática y tan claramente como sea posible la experiencia de un valor, en lugar de sólo intelectualizarlo.
- Identificar los sentimientos involucrados en un valor particular.
- Identificar deseos y aspiraciones aún no realizadas.
- Reconocer cualidades personales como del resto de personas.

- Confrontar las intelectualizaciones de los participantes con un entendimiento experimental del valor.

Desarrollo

Se pide a los participantes que se sienten en el medio del salón, sobre el piso, en una formación que parezca un bote o balsa. Se pone la escena pidiendo que se imaginen que se encuentran en un crucero por el Atlántico, que una seria tormenta se ha presentado y que su barco ha sido alcanzado por los rayos y que todos tienen que subirse a un bote salvavidas. Se explica que el principal problema que existe en ese momento es que el bote tiene comida y espacio suficiente sólo para nueve personas y hay diez. Una de ellas tiene que sacrificarse para salvar al resto. Se informa que la decisión la debe de tomar el mismo grupo: cada miembro va a "abogar por su caso", dando razones de por qué debe vivir y luego el grupo va a decir quién va a abordar el bote. Se les notifica que tienen una hora y media para tomar su decisión. Al finalizar el tiempo, el bote salvavidas se hundirá si aún hay diez personas en él. Se pone su reloj despertador junto a los participantes para que puedan oír el tic tac y fija la alarma para que suene en hora y media. Durante el proceso, el instructor notifica al grupo, a intervalos, el tiempo que les resta.

Puesta en común:

El instructor induce al grupo a discutir el proceso y los sentimientos que han surgido durante la actividad. Ya que la experiencia es fuerte, se debe permitir tener tiempo suficiente para que la tarea se haya cumplido con éxito.

Posteriormente dirige al grupo a una lluvia de ideas, de los valores que se encuentran implícitos en la situación que acaban de experimentar. Y hace las siguientes preguntas:

¿Qué clasificación de valores hicieron los miembros del grupo?

¿Sobre qué valores actuaron los miembros?

¿Qué aprendiste acerca de tus valores desde un punto de vista experimental?

A la luz de la experiencia, ¿Cómo valoras tu propia vida y la de los demás?

¿Cuál es tu valor?

¿Qué cualidades descubriste en ti misma y en el resto de personas?

¿Qué deseos y aspiraciones quisieras realizar?

Tareas para la casa:

Tratar de cambiar comportamientos que han sido identificados como negativos para mejorar relaciones.

Trabajar paso a paso para lograr deseos y aspiraciones identificadas en la terapia.

Traer anotado que es lo que hicieron y lograron en la semana.

Conclusiones:

Las integrantes manifestaron que se debe respetar sobre todo el derecho a la vida, por lo que defendieron y expresaron su necesidad de vivir.

Mejóro su autoestima al identificar y recibir por parte de sus compañeras elogios y halagos.

Se logró que detectaran fallas en su comportamiento y el deseo de cambio.

Identificar motivos y aspiraciones que se querían obtener.

Se identificaron valores como: espiritualidad, perdón, amor, tolerancia, respeto.

QUINTA SESIÓN

Revisión de Tareas:

Exponer sobre logros obtenidos en realización de tareas, los mismos que servirán para lograr cambios en su comportamiento.

Identificar obstáculos que impiden realización de las mismas para superarlos y llegar a los objetivos propuestos.

2. Ejercicio: (Alcántara, 2006, p. 42, 43)

La Asertividad: Breve exposición sobre la comunicación asertiva: definición, diferencias y ventajas frente a la comunicación agresiva y no asertiva.

Objetivos

- Discriminar entre comunicación asertiva, agresiva y no asertiva.
- Entender las razones por las que las personas actúan de manera agresiva y no asertiva.
- Comprender las ventajas de la comunicación asertiva.

Desarrollo:

Se solicita que se formen tres grupos entre las integrantes de la sesión. Un grupo dramatizará una situación reaccionando agresivamente, el otro responderá no asertivamente y el último grupo se comunicará de manera asertiva.

A cada grupo se le entrega una tarjeta en la que se les explica la situación y los detalles de cómo deben comportarse.

Situaciones a Dramatizarse:

Le presta su vajilla a su hermana y cuando ésta se la regresa encuentra que tiene dos platos y una taza rajados.

Queda con su mejor amigo (a) en encontrarse en una esquina a una hora determinada, usted llega puntual y él o ella se presenta cincuenta minutos tarde.

Para usted es muy importante que su hijo saque buenas notas y él viene con la libreta con cuatro jalados.

Se entera que su hija adolescente usa métodos anticonceptivos.

Su hijo de ocho años jugando a la pelota rompe el vidrio de la cocina.

Su esposo al planchar su pantalón preferido le hace un hueco.

Su esposo se olvida el día de su aniversario y le comunica que irá a jugar fútbol.

Reacción Agresiva

Eres una bestia a ti no se te puede prestar nada.

¿Qué te has creído? ¿que a mí me sobra el tiempo?

Eres un burro no sirves para nada, para eso gasto mi plata.

Eres una cualquiera con quién te andarás acostando.

Eres un torpe.

Eres un estúpido si es así no me hagas favores.

Si no eres capaz de acordarte de nuestro aniversario no mereces almorzar hoy.

Reacción no Asertiva

No te preocupes se puede pegar y no se van a notar.

Yo acabo de llegar, pensé que yo te iba a hacer esperar.

Hijito lindo ¿qué te pasó?, ¿qué hice mal?.

Qué lástima descubrir que no te comportas como te eduqué.

No te preocupes.

No te preocupes amor, a cualquiera le pasa, total ya estaba viejita.

Anda no más con tus amigos, tú tienes derecho a divertirte ya que trabajas mucho.

Reacción asertiva

Me molesta muchísimo que hayas estropeado mi vajilla, pero en fin ya está hecho.

Estoy hace una hora esperándote, me ha sido desagradable la espera, pero me gustaría escuchar tus motivos.

Me entristece que tengas cuatro jalados, lo importantes es que comprendas las razones por las que te jalaron para que el próximo bimestre apruebes todos tus cursos.

Estoy sorprendida porque en tu cuarto encontré estas pastillas anticonceptivas querías contarme desde cuando las usas, que información tienes sobre su uso.

Me molesta que hayas roto la ventana la próxima vez ten más cuidado y juega en otro lugar.

Me da mucha rabia que mi pantalón favorito lo hayas malogrado.

Recuerda que hoy es el día de nuestro aniversario y quiero que los celebremos juntos, no cada uno por su lado.

Puesta en común

Se pide a las participantes que expresen hablen sobre las diferencias entre la comunicación asertiva, agresiva y no asertiva.

Tareas para la casa:

Poner en práctica la comunicación asertiva.

Anotar las ventajas que obtuvieron con esta forma de comunicación para compartir la próxima sesión

Conclusiones:

Al término de la sesión se llegó a las siguientes conclusiones:

Las participantes desconocían totalmente el concepto de asertividad y la importancia de la misma.

Por temor a no ser aceptadas y perder la aprobación de los demás, sacrificaban sus necesidades personales.

Deberían expresar sus reacciones; especialmente sus sentimientos de dolor, rabia y decepción, sin atacar o herir los sentimientos de las otras personas.

El actuar asertivamente incrementa la Autoestima ya que la persona se siente capaz de satisfacer sus necesidades y lograr sus propósitos.

SEXTA SESION

Revisión de tareas: Compartir con el grupo sobre las tareas realizadas durante la semana para integrarlas en su persona y que sirvan para desarrollar y fortalecer su autoestima.

Ejercicio: Dinámica de las fortalezas y debilidades.

Objetivos:

- Reconocer cualidades y defectos.
- Aceptar las cualidades y defectos como parte integral de la persona.
- Mejorar las relaciones entre los miembros del grupo.

Desarrollo (Dávila Yolanda)

Se cierran los ojos y se visualizan todos nuestros defectos y todas nuestras cualidades y fortalezas.

Se da 5 minutos al grupo para que salga al exterior y busque una flor que represente las cualidades y una piedra que representa nuestras debilidades.

Se coloca en parejas y se comenta el uno al otro por que escogió.

Con la duración de un fósforo prendido el compañero comenta sobre lo que el compañero le contó.

Todos colocan en el centro las flores y las piedras.

Uno por uno los participantes pasan al frente. El terapeuta pregunta por que nombre le gusta que le llamen. Todos gritan su nombre.

Puesta en común

Conclusiones:

Se pudo observar que las integrantes incorporaron sus cualidades y defectos como parte de sí mismos.

Que al aceptar defectos, no los rechazan sino que podían mejorar para lograr cambios.

Se logró conocerse , identificarse y una mayor aceptación entre las integrantes del grupo.

SEPTIMA SESION

Técnicas de resolución de problemas

Objetivos:

- Que las participantes incorporen y trasmitan el método de resolución de problemas en su vida personal y familiar.
- Hacer que estén disponibles una variedad de alternativas de respuestas potenciales eficaces para enfrentarse a situaciones problema.
- Que las participantes apliquen el método con la finalidad de reconocer las ventajas

Desarrollo (Olivares y Méndez, 1998, p. 499)

Exposición teórica sobre el método.

Orientación del problema.

Desarrollar una actitud facilitadora a la hora de resolver problemas, esto supone mejorar la actitud previa que el sujeto posee para enfrentarse a los problemas en general, es decir que piense que es capaz de resolver sus problemas y que puede controlarlos

Enseñar a que no se debe responder impulsivamente cuando se intente resolver una situación-problema.

Aprender a identificar las situaciones- problema y pensar en las causas de forma objetiva, evitando culpabilizaciones destructivas.

Formulación y definición del problema.

Que evalúe el problema e identifique una solución realista

Le ayudamos a que exponga el problema en forma precisa:

Que busque la información relacionada con el problema

Que especifique operacionalmente el problema, empleando términos claros y concretos.

Que intente determinar las causas que favorecen la aparición o mantenimiento del problema.

Formular y fijar objetivos concretos y realistas.

Generación de alternativas

Proponer o buscar el mayor número posible de alternativas

Que elija las alternativas más apropiadas:

Valorar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa a corto, medio y a largo plazo.

Estimar el grado de probabilidad de ocurrencia de las consecuencias de cada alternativa.

Comparar los resultados esperados en cada alternativa con los objetivos que nos hemos propuesto, que desechemos las propuestas menos idóneas a simple vista, y luego nos quedamos con las más apropiadas.

Ejecución y verificación de resultados:

Aplicar en la vida real, observando y registrando resultados. Si el problema se ha solucionado finaliza el proceso. Si la valoración es negativa habrá de analizar e intentar delimitar las variables responsables; si se debiera a un fallo en la ejecución el sujeto deberá mejorar la puesta en práctica, sino es así deberá de repetir el proceso parcial o totalmente.

Ejercicio: (Alcántara 2006 p.47, 48)

Se dividen en grupos pequeños para que los participantes discutan casos.

A cada grupo se le entrega un caso para que discutan una situación en la que tienen que utilizar el método.

Después que cada grupo ha terminado de analizar el caso que se le asignó, se reúne, explicando la situación y el proceso de resolución de problemas y el fundamento en la elección optada.

Casos:

Una adolescente es invitada a salir con el chico que le gusta, pero sabe que a sus papas no les agrada.

Una mujer tiene dos hijos con su esposo quién cada cierto tiempo desaparece y no da señales de vida. Ella ya está cansada de esta situación, ha encontrado un empleo bastante bien remunerado y se enteró que su esposo quiere regresar con ella.

Una pareja de jóvenes ha decidido mantener relaciones sexuales pero desean tener hijos.

En una familia el padre hace dos semanas ha sido despedido de su trabajo y todavía no encuentra empleo, la mamá nunca ha trabajado porque su esposo considera que las mujeres no deben trabajar. Las cuentas se están acumulando y las deudas aumentan. A la mamá le ofrecen un trabajo que ella puede realizar en la que le van a pagar bastante dinero.

Reflexiones personales

Tareas para la casa

Aplicar la técnica aprendida en algún problema que se presente durante la semana y traer por escrito ventajas y desventajas para evaluar en la próxima sesión.

Conclusiones:

Las integrantes del grupo llegaron a las siguientes conclusiones que:

- Maximizaban los problemas.
- Podrían manejar los problemas de otra manera, si buscaban otras alternativas.
- No se debe actuar impulsivamente ante un problema.
- Si ejecutan los pasos aprendidos podrían mejorar sus actitudes y su vida en general.

OCTAVA SESIÓN

Revisión de tareas: Evaluar ventajas y desventajas obtenidos mediante aplicación de técnicas de resolución de problemas, los mismo que ampliaran su visión ante las diferentes situaciones que se presenten.

Tema: Distorsiones Cognitivas. (Monbourquette , Ladouceur y Aspremont, 2004, p. 96)

Al final de la sesión anterior se entrega un folleto con la siguiente información para que sea leída en la casa.

Durante la presente reunión se explicará y trabajará sobre los puntos descritos.

Ejercicio: Sustituir las expresiones nocivas para la autoestima por expresiones constructivas

Objetivos

- Tomar conciencia de las formas de expresarse nocivas para la autoestima.
- Detectarlas en la propia expresión verbal.
- Reemplazarlas por formas de lenguaje útiles para la autoestima.

Explicación

Hay formas de expresarse que a menudo reflejan rarezas cognitivas nocivas para la autoestima. Sin ser consciente de ello, la persona puede aprisionarse en formulaciones erróneas y limitadoras.

Se trata de identificarlas ante todo en uno y, a continuación, en los demás: en uno para evitarlas y optar por emplear expresiones susceptibles de favorecer la autoestima; en los demás para poder denunciarlas (al menos mentalmente) y no dejarse manipular.

Estrategia

Identificar las formas de pensar y expresión nocivas, nombrarlas y corregirlas

La tiranía mental de las obligaciones

Identificar

Se identifican obligaciones en las expresiones siguientes: es preciso, tendría que, debo, debería, estoy en la obligación, es necesario, y en su forma negativa.

Todas estas expresiones presuponen una o varias normas implícitas que dirigen los actos y coartan la libertad. Para detectar esta norma inconsciente puedes preguntarte: “¿Qué es exactamente lo que me obliga a hacer tal cosa o a no hacer tal otra?”.

Ejemplo: Debo irme. Ante esta obligación, me pregunto: “¿Qué me obliga a irme y qué mi ocurriría si no me fuera?”.

Tomando conciencia de esta norma, protegerás cada vez más tu libertad de actuar.

Corregir

En lugar de someterte a imperativos categóricos, trata de emplear verbos que expresen tu libertad: “Elijo...”; “Decido...”; “Prefiero...”; “Opto por...”; “Quiero...”; en lugar de decir: “Debo irme”, di: “Quiero irme” o “No quiero irme”.

La opción por la impotencia

Identificar

La impotencia se detecta en las expresiones siguientes: no soy capaz, no sé, me es imposible, no veo modo de... La creencia en la propia impotencia es una actitud aprendida, una táctica utilizada a menudo por personas que carecen de confianza en sí mismas.

Corregir

Para vencer esa sensación de impotencia, puedes preguntarte: “¿Qué es lo que me impide hacer o decir tal o cual cosa?”.

Gracias a esta pregunta, tomas conciencia de tu, por así decir, “impotencia” y del hecho de que la alimentas tú mismo. La segunda etapa consiste en preguntarte: “¿Qué recursos necesitaría para realizar este proyecto? ”, recuérdate situaciones en las que hayas apelado a esos recursos.

Las respuestas a estas preguntas te permitirán liberar tu espíritu de iniciativa, despertar tu creatividad, crecer en libertad interior, creer en tu capacidad de realizar un proyecto y buscar copartícipes que te ayuden en la realización de un proyecto.

Ejemplos:

No sé la respuesta	Si la supiera, ¿qué responderías? ¿Es que hay alguien que la conozca?
Soy incapaz de hablar en público.	¿Qué te lo impide? ¿Qué aprendizaje necesitarías?
No soy capaz de pedir un favor.	¿Qué te impide pedirlo? Si decidieras hacerlo, ¿Qué pasaría?

Generalizaciones

Identificar

Identifica las generalizaciones en los términos siguientes: nunca, siempre, todo el mundo, todos, hay quien nadie.

Si quieres matizar tu pensamiento, no emplees más que rara vez las generalizaciones. Esfuérzate por ser preciso preguntándote: “¿Quién exactamente?” o “¿Qué persona concreta?”.

Corregir

Ejemplos:

En lugar de decir:

Cometo constantemente errores.	Algunas veces cometo errores.
Nadie me quiere.	Hay quien no me quiere (nombrar a las personas de que se trate).
Aquí todo el mundo se comporta de manera extraña.	Algunos actúan de manera extraña.
No llega nunca a tiempo.	Suele llegar tarde.
La clase me critica.	Un alumno (nombrarlo) me critica.

Ilusión de control emocional

Identificar

Varias expresiones dan únicamente una ilusión de controlar emocionalmente la situación: me hace reír, me entristece, me vuelve loco, me enerva, me hace sentirme importante, me ha herido, etc.

De hecho, mediante estas formulaciones es como si dieras a los demás un cierto poder sobre tus emociones. Estas formas de expresión provienen de relaciones

fusionales que has vivido y en las que tus emociones se han mezclado con las del otro, y entonces te sientes impotente para controlar tus propias emociones.

Corregir

Cuando te sorprendas empleando ese tipo de expresiones, detente y hazte estas preguntas. Por ejemplo, si te dices: “Me ha herido”, pregúntate: “¿Qué ha hecho para herirme?”. Responderás: “Me ha dicho palabras hirientes. Pregúntate entonces: “¿De qué otra manera puedo reaccionar ante esas palabras a fin de no sentirme herido por ellas?”.

Ejemplos:

En lugar de decir

Me hieres con tus palabras.	Me dejo herir con tus palabras.
Le hago dichoso con mis actos	Se siente dichoso con mis actos.
Me entristece con sus actos.	Me entristezco con sus actos.
Su comportamiento me enerva.	Me enervo debido a su comportamiento.
Hago su felicidad con mis caricias	Logra la felicidad con sus actos

Lectura del pensamiento ajeno

Identificar

El hecho de pretender leer los pensamientos ajenos se identifica en las expresiones siguientes: sé que estás pensando; adivino tus ideas; sé lo que quieres; siento tu pena, se los que vives, etc.

Das así a entender que posees conocimientos ultra sensoriales, ya sea por intuición, ya sea por adivinación.

Corregir

Si empleas esas expresiones o si tu interlocutor las utiliza, hazte las preguntas siguientes: “¿Por qué indicios puedo saber lo que piensa?; ¿no puedo interpretar esos indicios de otra manera?”.

Ejemplos:

En lugar de decir

Guardas silencio; sé que estás enfadado conmigo.	Me pregunto qué significa tu silencio
Sé lo que vives.	No sé a ciencia cierta qué es lo que vives, pero ¿podrías hablarme de ello?
No me mira; sé que me rechaza.	¿Podría interpretar de otro modo su mirada huidiza?

El filtraje negativo de los comentarios ajenos

Identificar

En lugar de acoger un comentario o una observación de manera objetiva, descartas el aspecto positivo y supones un potencial aspecto negativo. Cuando te hacen un cumplido, supones que oculta una crítica negativa disfrazada. Identificas ese filtrado negativo a los comentarios ajenos cuando te sientes constantemente herido, tratado injustamente, escarnecido, estúpido, trastornado, olvidado, víctima de la ingratitud, etc.

Ejemplos:

Si te dicen: “Trabajas con cuidado”, tu interpretas: “Pierdes el tiempo”

Si te dicen: “Deberías poner un esquema en el pizarra”, tú interpretas: “Careces totalmente de pedagogía en tu enseñanza”.

Corregir

Aprende a aceptar un cumplido, a que te resulte provechoso y a decir, sencillamente, gracias.

Cuando recibas una crítica negativa, acógela sin dramatizar. Pide más explicaciones y, si la crítica está fundamentada, intenta modificar tu comportamiento.

La personalización

Identificar

Te sientes responsable de la miseria en el mundo, de un suceso lamentable, de un defecto ajeno (la descortesía de tu cónyuge). Sientes vergüenza o te sientes humillado pese a no tener ninguna responsabilidad personal en la situación.

Ejemplos

Te excusas cuando tu interlocutor deja caer un objeto.

Cuando un niño causa algún daño, su madre pide perdón.

Corregir

En lugar de presentar excusas o pedir perdón, puedes optar por ofrecer ayuda a la persona para salir del apuro.

El todo o nada

Identificar

El todo o nada consiste en clasificar las cosas sin matices en dos categorías: buenas y malas

Ejemplos:

Si no soy un héroe, soy un desastre.

Dices siempre la verdad o es un mentiroso.

Se es siempre ganador o perdedor.

O se rebela, o se somete.

Las personas afinidad por esta distorsión todo en blanco o todo en negro. Habitualmente, estas personas están paralizadas por el miedo al fracaso. Tienen tanto miedo a no dar en el clavo que prefieren no hacer nada. No aprecian sus pequeños progresos y avances, por mínimos que sean. Son personas condenadas a desestimarse o subestimarse

Corregir

Para corregir esta costumbre del todo o nada, es importante aprender a matizar los juicios

Puesta en común

Reflexiones personales

Tareas para la casa:

Al surgir un problema aplicar la técnica aprendida y traer por escrito ventajas y desventajas para evaluar en la próxima sesión.

Conclusiones

- Las integrantes pudieron identificar formas de comunicación, sentimientos y pensamientos erróneos que impedían una autoestima sana.
- La mayoría se identificaron en creer que se sentían incapaces en realizar logros y poder expresar sus sentimientos con sus parejas.
- Generalizaban sus vivencias en todas sus situaciones y que esto le creaba desconfianza.
- Se creía responsable de las actitudes y problemas de sus esposos.
- Cualquier actitud y comentario lo interpretaba que era en contra de ella.
- Que ser perfeccionistas les llevaba a ser muy exigente con su familia.

NOVENA SESIÓN

Revisión de Tareas: Compartir sobre pensamientos y actitudes inadecuadas identificadas y modificarlos para lograr reestructurarlos

Tema: Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos.

Objetivos

- **Educativa:** Instruir al paciente en el modelo que ofrece la Terapia Cognitiva
- **Entrenamiento:** Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos.
- **Aplicación:** Examinar y someter a Prueba de Realidad las imágenes y los pensamientos automáticos.

Aplicación: Detección y modificación de esquemas básicos.

Desarrollo (Olivares y Méndez, 1998, p. 420)

Se instruirá al paciente en el modelo que ofrece la terapia cognitiva

Explicar con algunos ejemplos como sus emociones y sus conductas están causadas por los pensamientos automáticos que se disparan a partir de una serie de condiciones previas, tales como los esquemas subyacentes y los eventos estresantes que potencialmente pueden activarlos.

La idea es descubrir que pensamientos automáticos se disparan y en que situaciones lo hacen. El objetivo es el mismo: buscar evidencias a favor y en contra de dichas creencias básicas, para determinar la validez de las mismas.

Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos

Se entregará a cada participante un formulario para el autorregistro de la terapia cognitiva en la que observe y registre cuidadosamente sus pensamientos automáticos.

Se pedirá que lo rellenen cada vez que se sientan mal. En ese momento deberán consignar los siguientes elementos:

Fecha y hora aproximada en la que tiene lugar el registro

La situación o recuerdo que le hace sentir mal

Los pensamientos automáticos y las imágenes que tienen lugar, así como el grado de credibilidad que le otorga a dichos productos (por ejemplo, valorado en un porcentaje).

Las emociones que experimenta, así como la intensidad de las mismas (valoradas en una escala de 1 a 10).

Corregir las distorsiones contenidas en los pensamientos automáticos por pensamientos racionales, así como el grado de credibilidad que les otorga y la nueva intensidad alcanzada por las emociones.

Examinar y someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos.

Se analizará las distorsiones cognitivas que tienen lugar para que sometan a prueba las creencias básicas contenidas en sus esquemas, con el objetivo de que hagan una interpretación de la realidad más apoyada en evidencias y datos empíricos.

Detección y modificación de esquemas básicos

Instruir para que pongan en práctica lo aprendido y hacer evidentes ciertos patrones de pensamiento que apuntan a determinadas creencias básicas.

La tarea será modificar los esquemas que puedan generar temores y resistencias, debido a que dichos esquemas suponen formas básicas de canalizar el procesamiento de la información que son establecidos en las etapas más tempranas de la vida y, por tanto, constituyen el modo en el que las personas han aprendido a entenderse a sí mismo y al mundo. Tratar de mitigar la preponderancia del esquema básico, pero no su eliminación. (Olivares y Méndez, 1998, p. 420)

Ejercicio

Cada participante expondrá una situación y se le ayudará a llenar el autorregistro para que logren un mejor conocimiento de esta técnica y puedan aplicarla durante la semana, además de prever inconvenientes para la realización de la tarea.

Tareas para la casa

Llenar autorregistro durante la semana.

Examinar y comprobar mediante evidencias

Conclusiones:

- Las participantes lograron darse cuenta de que sus conductas desadaptativas estaban relacionadas con su forma de pensar.
- Que se puede disminuir la intensidad de las emociones mediante la sustitución de pensamientos racionales.

DÉCIMA SESIÓN

Revisión de tareas: Revisión de autorregistro de pensamientos automáticos para analizar las distorsiones cognitivas, hablar sobre evidencias encontradas sobre los mismos. Reforzar la importancia de trabajar con el autorregistro para lograr cambio tanto en sus emociones como en su conducta.

Adquirir la habilidad de pedir lo que se necesita (Monbourquette, Ladouceur y Aspremont , 2004, p. 211)

Explicación

Las personas, por no atreverse a hacer demandas, viven tristes y frustradas...! No hacer demandas claras o dejar que los otros adivinen nuestras necesidades es fuente de un gran número de conflictos en las relaciones sociales.

Objetivos

Identificar las propias necesidades, nombrarlas y expresarlas.

Tomar conciencia de las maneras personales de pedir sin pedir.

Saber pedir de manera eficaz.

Estrategia

Primera parte

Conocer las propias necesidades y expresarlas bien

Antes de hacer una demanda, es importante saber qué se quiere.

Se invita a los participantes a hacer una lista de sus necesidades:

Materiales: los objetos necesarios en la vida cotidiana (un nuevo ordenador, ropa, etc.);

Psicológicas: necesidad de seguridad, de ser amado y de ser objeto de muestras de atención y afecto;

Sociales: necesidades relativas a las relaciones, el trabajo, el status social y la reputación;

Espirituales: búsqueda de sentido, necesidad de creer, de vida espiritual y de vivir experiencias espirituales.

Segunda parte

Identificar la manera personal de pedir sin pedir

Se entrega una lista de ejemplos de maneras de hacer una demanda sin demandar.

Dejar al otro adivinar lo que quieres conseguir.

Hacer únicamente alusión a tu necesidad o andarte con rodeos.

Poner mala cara para atraer la atención de alguien y para que haga la demanda en tu lugar.

Dar a los demás lo que querrías pedir para ti.

Mostrarte frustrado debido a que el otro no ha comprendido tu necesidad

Reprochar al otro que no haya adivinado tu necesidad.

Hablar de personas cercanas que tienen cosas que tú no tienes.

Hacer saber al otro que, si te amara verdaderamente, debería saber lo que necesitas.

Demandar sabotando la demanda, es decir, dando a tu interlocutor razones para responder a ella.

Hacer la demanda sin ninguna convicción.

¿Qué resultados se obtiene pidiendo de este modo?

Tercera parte

Ejercitarse en pedir de manera clara y firme

Condiciones que es preciso respetar para formular una demanda de forma clara y precisa.

Formularse con precisión el objeto de la demanda primero a si mismo.

Comenzar la demanda por un mensaje en “primera persona” y de manera firme, coherente y convincente. Utilizar expresiones como “me gustaría”, “necesito”, “querría”, “quiero”, “no quiero”...

Elegir el momento propicio para plantearla.

Asegurarse de que el interlocutor ha entendido bien la demanda y darle tiempo para reflexionar sobre ella.

Ejercicio

Se invita a los participantes a formular una demanda relativa a una de las tres necesidades seleccionadas de su lista (primera parte).

La demanda debe ser formulada de manera clara y precisa

Se comenta la demanda teniendo en cuenta los puntos siguientes: claridad, precisión, firmeza de tono, convicción, postura, tono, etc.

Si es necesario se repiten las demandas teniendo en cuenta las observaciones.

Cuarta parte

Pedir una muestra de atención o afecto que gustaría recibir.

Juego de roles

Se invita a cada integrante del grupo a encontrar una muestra de atención o afecto que le gustaría recibir en un determinado momento de la vida de parte de una persona importante para él: padre, madre, hermano, hermana, profesor, amigo, jefe, etc.

Se pide a los participantes que elijan a una persona del grupo de la que les gustaría recibir esa muestra de atención o afecto y que representará el papel de la persona importante para ellos.

El demandante es A, y la persona que da la muestra de atención o afecto es B.

A explica a B las circunstancias en las que le habría gustado recibir esa muestra de atención o afecto. A describe a su compañero la muestra de atención o afecto que le habría gustado recibir.

Ejemplo: me habría gustado que mi padre me hubiera felicitado cuando me licencié.

B se asegura de haber comprendido bien la situación y la muestra de atención o afecto demandada

B se toma un momento de interiorización e imagina la situación en la que se encontraba A.

Ejemplo: B se pone en la piel del padre, orgulloso de su hija.

B desempeña el papel de la persona en cuestión y da a A la muestra de atención o afecto lo más correctamente posible.

Ejemplo: “Te pido perdón por mi frialdad. Quiero decirte lo orgulloso que estoy de ti. Quiero felicitarte por tu trabajo y tu determinación”.

A acoge en silencio la muestra de atención y toma conciencia de lo que vive interiormente. Se concede tiempo para dejarse nutrir de esa muestra de atención o afecto.

B toma también conciencia de lo que siente cuando da una muestra de atención o afecto.

A da las gracias a B. Si lo desean, A y B se hacen mutuamente partícipes de sus impresiones.

El ejercicio prosigue con otros compañeros.

Puesta en común de la experiencia vivida

Reflexiones personales

Tareas para la casa: Identificar sus necesidades propias y expresarlas en forma clara y precisa, según la aprendido.

Conclusiones

- Las participantes lograron reconocer sus necesidades tanto sociales como psicológicas y aprendieron a expresarlas asertivamente.

- Se logró una catarsis emocional en el ejercicio de cambio de roles, logrando sanar heridas pasadas, además en este ejercicio se realizaron ensayos conductuales, los mismos que podrán ser puestos en práctica en la vida diaria.

DÉCIMO PRIMERA SESIÓN

Revisión de tareas:

Puesta en común de logros obtenidos mediante aplicación de pedir asertivamente y recalcar la importancia de respetar sus sentimientos y emociones mediante la expresión de los mismos.

Ejercicio

Tema: Collage (Fidei, [200-], p.9)

Objetivo

Facilitar la comunicación

Expresar una síntesis visual y detallada de lo que cada una considera que es su identidad en la actualidad.

Darse cuenta de la imagen que se quiere alcanzar.

Desarrollo

Se entrega a los participantes cartulina, pegamento tijeras, revistas, plumones

En un tiempo límite de una hora se pide que realicen un collage donde exprese ¿Quién soy? ¿Qué quiero ser?, con recortes pegados a la cartulina.

Cada uno de los integrantes interpreta el “COLLAGE” de cada participante. Luego el autor explica o aclara su obra.

Una vez que los equipos han terminado se hace una mesa redonda con el objeto de evaluar la experiencia, comentarios, impresiones, aflorar

Ejercicio de Visualización: Armando el futuro (Loew y Figueroa, 1998, p.139)

Ensueño secuencial progresivo a un año

Objetivo

Dar a conocer la importancia y ventaja de una adecuada planificación en la vida de los individuos.

Evaluar las posibilidades de concretar cosas, modificar situaciones y los cambios en el transcurso del próximo año.

Encontrar dificultades que obstaculicen el avance hacia metas y tratar de superarlas.

Desarrollo

Se pide que se concentren en sí mismos.

Ahora repasen, tomándose un buen tiempo todas las áreas de su vida, en el día de hoy...vean cómo están: el área de pareja... que cambios quiere lograr (pausa)... área padres e hijos... que cambios quieren (pausa)... a nivel del cuerpo...cambios a lograr (pausa)...cómo tienen el tiempo libre y diversiones... cambios a lograr (larga pausa).

Pasaron tres meses... vamos a repasar qué sucedió en cada área... comenzamos con el área de pareja... (y se repasan todas las áreas). Luego se continúa. Pasaron tres meses más... y se repasan todas las áreas).

Pasaron tres meses... (repasso de áreas). Pasaron tres meses más...vamos a evaluar los cambios logrados en un año (se repasan todas las áreas). Si es posible se centren en donde está la dificultad para cambiar y qué cosas concretas necesitamos trabajar para lograr ese cambio. Tómese tiempo y lo estudian con todo detalle (larga pausa).

Se pide que cada integrante anote en un papel como está en todas las áreas, que cosas quiere cambiar y dónde surgen las dificultades para lograr ese cambio.

Puesta en común

Conclusiones:

- Las integrantes lograron conocerse más profundamente.
- Expresar su identidad actual
- Mejorar comunicación, conocimiento y cohesión grupal.

- Visualizar metas y dificultades a corto y largo plazo, para trabajar en obstáculos encontrados y lograr los objetivos deseados.

DÉCIMO SEGUNADA SESIÓN

Aplicación de retest del Cuestionario de Coersmith y valoración cualitativa de los cambios y logros obtenidos.

Ejercicio: Autografía de valores (Fidei, [200-], p. 10 y 74)

Objetivos

- Explorar los valores que una persona a formado
- Practicar el uso de indicadores de valores como un medio para descubrir dichos valores.
- Compartir valores con otros, con el fin de aumentar el desarrollo personal.
- Encontrar metas, aspiraciones, actitudes , intereses, creencias

Desarrollo

Se entrega una lista de preguntas a cada participante en la que constan las siguientes preguntas las mismas que servirán para hacer una evaluación cualitativa de los cambios logrados.

¿Cuáles son las decisiones importantes que has hecho en tu vida y que han tenido consecuencias felices para ti?

¿Cuál es la versión ideal de lo que vas hacer con tu vida

Haz una lista de actividades en las que has dedicado una cantidad considerable de tu tiempo.

Si pudieras estar haciendo lo que a ti te gusta. ¿Qué estarías haciendo?

¿Cuál es tu pasatiempo favorito?

¿Cuál es tu plan de vida? (En relación con mi pareja, con mi familia, con mi persona, cuales son mis metas, como voy a lograrlo)

Haz una lista y describe a la gente importante en tu vida.

Haz una lista de las cosas, las ideas y de la gente que te agrada y describe lo que te gusta de ellas.

De los valores que recibiste de tu familia, ¿Cuáles has aceptado y cuáles has rechazado?

Cuál consideras que es tu mayor potencial?

¿Qué clase de persona serás dentro de diez años?

¿Qué cambios has logrado desde que asistes al grupo (en tu persona, en tu vida, en relación con las personas, decisiones que tomaste, etc.)

¿Qué te llevas de todo lo que se ha compartido en el grupo?

Puesta en común

Reflexiones personales

Conclusiones

Durante el cierre de esta sesión se puede ver claramente que se ha logrado los objetivos de mejorar la autoestima en las cónyuges de alcohólicos mediante las terapias recibidas.

Las integrantes manifestaron:

- Sentirse capaces de lograr cambios en su vida personal, familiar, social y laboral.
- Haber podido verse a sí mismas, aceptarse tal como son, reconocer cualidades y errores para a partir de los mismos lograr cambios, tener mayor seguridad y confianza.
- Mejoraron relaciones y comunicación con familiares y personas cercanas.
- Entendieron que sus vacíos y necesidades tenían que ser cubiertos por sí mismas.
- Que su comportamiento actual estaba determinado desde su niñez debido a ideas y creencias con los que crecieron y que fueron inadecuados ya que la mayoría creció en hogares disfuncionales.

- Se han dado cuenta de la importancia de amarse a sí mismas, de dar y recibir amor, de merecer el respeto y la consideración de los demás.
- Ven los problemas de diferente manera y tratan de solucionarlos asertivamente.
- Descubrieron ideales, metas y motivaciones para luchar por los mismos.
- La necesidad de mantenerse en un grupo de Al-anón y el compromiso de asistir frecuentemente.

6.9. Resultados de la aplicación del retest del Cuestionario de autoestima de Coersmith.

Al finalizar el proceso Terapéutico, se realiza en la última sesión la aplicación del retest del Cuestionario de Autoestima a doce mujeres que concluyeron el proceso obteniendo los siguientes resultados:

Tatiana

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 19 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Mayra R.

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 16 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media.

Mayra N.

En el retest de autoestima de Coersmith obtuvo 13 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Baja.

Esperanza

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 15 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media baja.

Karina

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 13 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Baja.

Eulalia

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 16 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media.

Ximena

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 19 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Rosario

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 18 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Isabel

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 17 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Hortensia

En la aplicación del retest de autoestima de Coersmith obtuvo 17 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Elizabeth G.

En la aplicación del retest de autoestima de Coersmith obtuvo 14 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Baja.

Marlene

En la aplicación del retest de autoestima de Coersmith obtuvo 11 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media B.

6.10. Informes Psicológicos

Tatiana

Tatiana es un mujer de 22 años, que actualmente trabaja como vendedora en una boutique, terminó el colegio y está casada desde hace 3 años, su cónyuge está interno en la Comunidad terapéutica del Austro desde aproximadamente un mes debido a consumo de alcohol, refiere haber sido enamorada de su pareja desde los 16 años, fecha desde la cual ya consumía alcohol, desde hace 6 meses su cónyuge falta al trabajo con frecuencia y presenta conductas agresivas por lo que decidió internarlo.

Respecto a sus antecedentes disfuncionales manifiesta que su padre viaja al exterior cuando ella tenía 4 años y posteriormente se divorcia de su madre, manifiesta que no tiene una buena comunicación con su padre y esto le afecta negativamente ya que cree que su padre no le quiere. Actualmente vive con su suegra.

Asiste a la terapia desde la primera sesión, durante el proceso Tatiana ha mostrado mucho interés en su recuperación participando activamente durante todas las sesiones, ha faltado dos veces debido a problemas de salud.

Pronóstico: Durante el desarrollo del programa terapéutico ya hubo cambios en la vida de Tatiana, mejoró su comunicación de manera asertiva con su padre, esposo y suegra, demostró mayor confianza y seguridad en sí misma, su principal meta a corto plazo es continuar con sus estudios superiores.

Actualmente asiste a un grupo de al-anón que se formó al término del proceso por lo que probablemente mejore en varios aspectos de su vida.

Mayra N.

Mayra es una mujer de 20 años de edad, terminó sus estudios secundarios, es propietaria de un una despensa, conoce a su pareja a los 14 años, refiere que desde entonces su pareja consumía alcohol, contrae matrimonio a los 18 años en contra de la voluntad de su familia, su cónyuge está interno en la Comunidad terapéutica del Austro debido que desde aproximadamente un año, el consumo de alcohol de su

pareja se incrementa y la maltrata física, verbal y psicológicamente, vive con su suegra debido a las continuas agresiones que recibe se siente más segura porque ella la defiende. Refiere que no ha podido quedar embarazada.

Respecto a los antecedentes familiares, manifiesta que su padre viaja al exterior cuando ella tenía 5 años, no hablaba con su padre pero desde hace 3 años mantienen una buena comunicación, siempre ha recibido el apoyo de toda su familia especialmente de su madre, tiene problemas de salud debido a que no se alimenta adecuadamente.

Asiste desde el inicio a todas las sesiones terapéuticas, se adapta totalmente en el grupo impulsando a sus compañeras para que asistan a las reuniones hablando de los beneficios que recibe. Se pudo observar que Mayra desarrolló una gran capacidad valorativa y a tomar decisiones para mejorar su vida. Un mes antes de terminar la terapia su cónyuge salió de la clínica, dejó de consumir pero la agresión física continuó, por lo que Mayra decidió separarse.

Pronóstico: El pronóstico de Mayra es favorable, mejoró notablemente por lo que fué capaz de tomar decisiones importantes en su vida, empezó a cuidar de sí misma física y emocionalmente poniéndose ella en primer lugar y estableció metas positivas va iniciar sus estudios en una academia de belleza, además tiene el apoyo de toda su familia.

Mayra R.

Mayra es una mujer de 26 años, terminó sus estudios secundarios, contrae matrimonio a los 18 años procreando dos hijas, conoce a su esposo cuando él ya tenía problemas con el consumo de alcohol, le interna en la Comunidad Terapéutica del Austro debido a que se incrementaron los problemas familiares y económicos.

Manifiesta que su padre vive en Estados Unidos desde hace 20 años, pero que hablan frecuentemente, su hermano estuvo interno anteriormente en la misma Comunidad debido a sus problemas con el alcohol, tiene problemas con sus dos hijas debido a su perfeccionismo y rigidez.

Asiste a 9 sesiones grupales, al principio era muy reservada y no expresaba abiertamente sus sentimientos, en las últimas tres sesiones comparte y participa activamente, aumentando su capacidad de comunicación tanto en las reuniones como con su familia, ha tratado de ser menos rígida con sus hijas.

Pronóstico: Mayra tiene un pronóstico favorable, al término del proceso se integró al grupo de al-anón, empezó a poner límites con su pareja y mejoró su comunicación asertiva. Adicionalmente Mayra necesita tratamiento individual para una total recuperación, se observa durante el proceso y en los datos de su historia clínica que Mayra tiene rasgos obsesivos compulsivos lo que repercute en el bienestar de sus hijas.

Esperanza

Esperanza es una mujer de 42 años, asistió a la escuela hasta cuarto grado, trabaja vendiendo lotería, contrae matrimonio hace 12 años con su actual pareja con el que procrea 2 hijos, manifiesta que su cónyuge consume alcohol aproximadamente 25 años, estuvo separado por 2 años, durante este tiempo ella estuvo tranquila, su trabajo le alcanza para vivir además recibe el apoyo económico de sus hijos que viven en el extranjero, hace aproximadamente un año y medio regresa con su cónyuge convirtiéndose en una situación violenta y peligrosa para ella y sus hijos por lo que decide internar a su cónyuge.

Respecto a sus antecedentes familiares, manifiesta que su padre consumía alcohol, que se retiró de la escuela porque eran muy pobres y que empezó a vender periódicos en las calles, se casa a los 16 años con su cónyuge anterior con el que procrea 2 hijos, se divorcia debido al consumo de alcohol de su pareja, actualmente sus dos hijos y su anterior pareja vive en EE.UU.

Esperanza se incorporó a las reuniones después de las dos primeras sesiones, participaba activamente y mostraba mucho empeño, debido a su bajo nivel de estudios carecía de conocimientos básicos sobre todo en cómo educar, en poner límites y normas en su familia.

Pronóstico: Se pudo observar que Esperanza es una mujer muy fuerte, emprendedora, tiene el deseo de salir adelante, es probable que ella pueda tener una vida más satisfactoria ya que se observó su capacidad para resolver problemas y una buena comunicación, debido a sus antecedentes familiares y sus pocos conocimientos ella necesita asistir a grupos de autoayuda de lo contrario su pronóstico es desfavorable.

Marina

Marina es una mujer de 39 años, no terminó sus estudios primarios, contrae matrimonio a los 18 años procreando dos hijos, elabora artesanías y limpia casas para mantener a su madre enferma, esposo y a sus hijos, presenta una discapacidad física en su pierna derecha, desde hace tres años los problemas se incrementaron debido al consumo de alcohol de su cónyuge, anteriormente estuvo interno en otro centro, actualmente por interferencia del CONCEP se encuentra recluido en la Comunidad Terapéutica del Austro.

Respecto a sus antecedentes familiares, manifiesta que proviene de un hogar estable, su padre murió cuando ella tenía 14 años, a los 15 años va a vivir con su abuelo para atenderlo y empieza a trabajar en costura para ayudar a su madre y hermanos.

Marina asiste a cuatro sesiones y no termina proceso terapéutico por problemas de transporte ya que vive en Sinincay, durante las sesiones a las que asistió se puede observar que a pesar de ser una persona tímida, colabora y se integra al grupo.

Pronóstico: Se puede constatar en la aplicación del test en el que obtiene un puntaje significativamente bajo que Marina es una persona sumisa y carece de capacidad valorativa, desde temprana edad empezó a cuidar a sus familiares, por lo que ella cree que es su obligación vivir para el resto de personas descuidándose en todos los aspectos de sí misma, por los que su pronóstico es desfavorable.

Karina

Karina es una adolescente de 18 años, cursa el último año de secundaria, a los 15 años conoce a su pareja con el que contrae matrimonio a los 17 años, manifiesta que desde el inicio de su relación su cónyuge consumía alcohol todos los fines de

semana, actualmente bebía cuatro o cinco veces por semana repercutiendo negativamente en su relación y en el área laboral por lo que decide internarle en la Comunidad Terapéutica del Austro.

Respecto a sus antecedentes familiares, refiere que desde que tiene uso de razón ha vivido el alcoholismo de su padre, su madre se preocupaba únicamente de su padre, nunca recibió muestra de afecto por parte de sus padres, su hermano de 19 años actualmente consume alcohol.

Karina asiste a ocho sesiones grupales mostrándose al principio tímida, en el desarrollo de las terapias aumenta su capacidad valorativa, mejora su sociabilización y se integra totalmente al grupo.

Pronóstico: Al término del proceso terapéutico hubo cambios notables en su nivel de autoestima aumentando 8 puntos en el retest, Karina debido a sus antecedentes familiares tiene un grado alto de codependencia, al término del proceso pudo comprender su problema y trabajar en el mismo, mejora su capacidad de valoración y muestra capacidad para resolver problemas y tomar decisiones por lo que su pronóstico es favorable.

Janeth

Janeth es una mujer de 33 años de edad, terminó sus estudios secundarios, trabaja como ejecutiva de ventas en una empresa de productos de consumo masivo, conoce a su esposo a los 12 años y se casa a los 16 procreando 2 hijos, su cónyuge se encuentra interno en la Comunidad Terapéutica del Austro debido a consumo de alcohol, consecuencia de este problema la relación de la pareja se ha deteriorado considerablemente.

Respecto a los antecedentes familiares, Janeth manifiesta que creció con sus abuelos y sus tíos, el ambiente era restrictivo y autoritario, recibió maltrato físico y psicológico, cuando iba a casa de su madre su padrasto la manoseaba, refiere que desde hace un mes a perdido el sueño por lo que toma pastillas, asegura que su esposo le es infiel y que es incapaz de mantener una buena relación con su hija de 16 años.

Janeth asiste a las tres primeras sesiones, no puede adaptarse a las normas del grupo, muestra síntomas maníacos de acuerdo a lo observado en las reuniones y los datos de la historia clínica, después de varias sesiones regresa al proceso pero es rechazada en común acuerdo con las integrantes del grupo.

Pronóstico: El diagnóstico de Janeth es desfavorable, presenta otros síntomas por lo que se le sugiere que busque ayuda psiquiátrica.

Eulalia

Eulalia es una mujer de 43 años, terminó sus estudios secundarios, elabora artesanías en su casa, contrae matrimonio a los 21 años procreando 2 hijos y una hija, a los dos años de matrimonio su cónyuge comienza a consumir alcohol, aproximadamente desde hace un año su comportamiento es agresivo, celándole continuamente por lo que le interna en la Comunidad Terapéutica del Austro.

Manifiesta que su padre era violento debido al consumo de alcohol, agredía constantemente a su madre y hermanos, consecuencia de esta situación adopta una actitud de rebeldía, no estudiaba, desafiaba a su padre y trataba de proteger a su madre, refiere haber sido violada por un tío por largo tiempo sin tener conciencia que del abuso del cual fue víctima.

Eulalia es una mujer educada, asiste a once de las sesiones grupales, al inicio se mostraba confundida, a partir de la tercera sesión se le considera como influencia positiva dentro del grupo por su buena capacidad de valoración y resolución de problemas, su marido sale de la clínica después de la cuarta sesión manteniendo una comunicación asertiva y estableciendo límites en su relación.

Pronóstico: Eulalia desarrollo su sentimientos y capacidad de valía personal y superación, se trabajó sobre sus distorsiones cognitivas: sobregeneralización y pensamiento dicotómico por lo que su pronóstico es favorable como se puede comprobar en la aplicación del retest en el cual hay un incremento de 7 puntos, además que es la persona encargada del grupo de al-anón que se forma al termino del proceso terapéutico.

Ximena

Ximena es una mujer de 40 años, estudia hasta tercer curso, se dedica a labores de la casa, contrae matrimonio a los 18 años procreando 2 hijos, interna a su cónyuge en la Comunidad Terapéutica del Austro por ser un mal ejemplo para su hijo de 18 años que desde hace dos años consume alcohol, refiere que su marido le ha sido infiel toda la vida y que consume aproximadamente 22 años.

Ximena es hija de un padre alcohólico, el cual le maltrataba física y psicológicamente, su madre era rígida y autoritaria, desde pequeña debido a sus bajos recursos económicos se sintió rechazada e inferior a los demás compañeros, trabaja desde los 15 años, se casa a los 18 años, manifiesta que sobreprotege a su hijo, despreocupándose de las necesidades de su hija.

Ximena participa activamente durante el proceso, mostrándose incapaz e insegura, mejora satisfactoriamente en su capacidad valorativa, así como en su destreza para resolución de problemas y búsqueda de soluciones, logra poner límites y reglas en su hogar.

Pronóstico: Ximena mejora su nivel de Autoestima como lo podemos comprobar en la aplicación del retest en el que mejora 7 puntos, se puede observar el desarrollo de sus capacidades especialmente en la resolución de problemas, manteniendo firme en sus decisiones hasta el final del proceso, por lo que su pronóstico es favorable, se integra en el grupo de Al-nón

Rosario

Rosario es una mujer de 53 años, estudia hasta el segundo año de primaria, trabaja como empleada doméstica y en agricultura, vive en Tarqui, viuda, contrae nuevamente matrimonio hace 20 años. debido al consumo de alcohol de su cónyuge es víctima de todo tipo de abuso por lo que decide internarle en la Comunidad Terapéutica del Austro.

Respecto a sus antecedentes familiares, refiere que su padre era alcohólico y que su madre era restrictiva y autoritaria, le obligaron a casarse con un primo, con el que

vivió 10 años y procreó 4 hijos de los cuales uno muere, su cónyuge muere en un accidente bajo los efectos de alcohol, luego conoce a su actual cónyuge el mismo que tenía problemas por consumo de alcohol y contrae matrimonio procreando dos hijos, refiere que su actual cónyuge violó a la hija de su anterior matrimonio.

Rosario es una mujer sencilla, humilde, trabajadora, falta una vez al proceso, los días que asiste al grupo duerme en la casa de unos amigos ya que ella vive en Tarqui, al principio del proceso mostraba baja capacidad de razonamiento, a lo largo de las sesiones por su constancia e interés se involucra en el proceso y desarrolla su capacidad de discernimiento y resolución de problemas, su cónyuge escapa de la Comunidad Terapéutica y agrede físicamente a Rosario por lo que ella decide separarse, mostrándose tranquila y firme en sus decisiones.

Diagnóstico: El diagnóstico de Rosario es favorable, al formarse y valorarse desarrolla su capacidad de amor hacia ella y su familia, por lo que toma decisiones que cambiaran significativamente su vida, decide formar parte del grupo de al-anón que se forma.

Fabiola

Fabiola tiene 19 años, cursa segundo año en la Universidad de Cuenca, trabaja en un gimnasio dos horas diarias, conoce a su cónyuge a los 17 años y contrae matrimonio a los 18, interna a su pareja por consumo de alcohol en la Comunidad Terapéutica del Austro debido a que se incrementaron considerablemente los problemas económicos, sexuales, psicológicos de la pareja, no procrean ningún hijo.

Respecto a sus antecedentes familiares, manifiesta que su padre tomaba desde antes que ella naciera, se separaba continuamente de su madre, a los 10 años se separan definitivamente y ella se queda a vivir con su padre, conoce a su actual pareja que era 9 años mayor a ella, desde el comienzo de la relación tuvieron problemas ya que él consumía alcohol aproximadamente 10 años siendo víctima de maltrato psicológico y sexual.

Fabiola asiste a tres reuniones, por motivo de horarios de estudio y trabajo señala que no va asistir.

Pronóstico: Fabiola tiene un pronóstico desfavorable, por sus antecedentes familiares se adapta a vivir en un ambiente negativo por lo que no diferencia las relaciones saludables y normales a pesar de los continuos maltratos de los que es víctima.

Isabel

Isabel es una mujer de 27 años de edad, estudia el último año en la Universidad Estatal, trabaja como profesora en Gualaceo, conoce a su pareja y contrae matrimonio al mes de relacionarse para salir de su casa procreando 2 hijos, lleva de casada 5 años, decide internar a su esposo en la Comunidad Terapéutica del Austro debido a que los problemas por el consumo de alcohol de su cónyuge se incrementaron ocasionándole conflictos psicológicos y sexuales.

Isabel manifiesta que en su niñez su padre consumía alcohol y su madre le maltrataba, no recibió afecto de sus progenitores, por problemas económicos su padre viaja al exterior para mantenerlos, se casa para salir de su casa, refiere que su cónyuge consume alcohol aproximadamente 16 años.

Isabel asiste a 10 sesiones grupales, se adapta desde el principio al grupo, es inteligente por lo que toma conciencia de la importancia de valorarse, poner límites y comunicarse asertivamente.

Pronóstico: El pronóstico es favorable por lo descrito anteriormente y comprobado en la aplicación del retest en el cual aumentó de Autoestima Significativamente Baja a Autoestima Media Alta.

Elizabeth V.

Elizabeth es una mujer de 45 años, de nacionalidad colombiana, termina sus estudios superiores pero no obtiene el título en Ingeniería Comercial, trabaja en un hotel del cual es propietaria, se casa a los 25 años en Estados Unidos al mes que conoce a su actual esposo procreando 3 hijos, refiere no haber estado enamorada, interna a su cónyuge en la Comunidad Terapéutica del Austro porque su hijo empieza a consumir drogas atribuyendo este problema al consumo de alcohol de su pareja.

Elizabeth atribuye sus problemas a que desde niña fue rechazada por sus padres, vivió en varios lugares desde que tuvo un año, su tía desempeñó el papel de su madre, cuando ella cumplió 10 años va a vivir con sus padres, en donde recibe abuso físico y sexual de parte de su padre, señala no haber recibido ninguna muestra de afecto, se casa sin estar enamorada en Estados Unidos, viene a vivir Ecuador donde nacen sus hijos, refiere que su la conducta de ella era violenta hacia toda su familia y que no sabe cómo expresar afecto, desde que su hijo consume alcohol si vuelve sumisa, incapaz de educar a sus hijos y con sentimientos de culpa.

Elizabeth asiste a dos reuniones, se muestra destruida física y psicológicamente, se expresa con mucha facilidad, refiere sentirse culpable de todos los problemas especialmente de la adicción de su hijo, no regresa a la terapia desde que su cónyuge sale de la Comunidad cumpliendo sus tres meses de internamiento.

Pronóstico: Elizabeth tiene un pronóstico desfavorable, su capacidad valorativa era escasa, obteniendo igualmente en la aplicación del test 5 puntos que equivale a una Autoestima Significativamente Baja.

Hortensia

Hortensia es una mujer de 45 años de edad, no termina sus estudios de primaria, trabaja como comerciante informal, su cónyuge se encuentra interno en la Comunidad Terapéutica del Austro desde hace un mes por consumo de alcohol y drogas.

Manifiesta que su padre y madre fueron alcohólicos, su padre les abandona cuando ella tenía 5 años, su madre muere bajo los efectos del alcohol, es la cuarta de siete hermano y trabaja desde los 9 años, tenía que cuidar y mantener a sus hermanos, a los 14 años queda embarazada, a los 16 se va a vivir con un hombre alcohólico con el que procrea 2 hijos, sus 3 hijos mueren en un incendio cuando ella sale a trabajar, se separa porque su pareja se va a vivir con una muchacha de 16 años. Desde hace 3 años se va a vivir con una persona alcohólica que tenía 3 hijos y hace una año contrae matrimonio, refiere que tiene problemas de autoridad con sus hijastros.

Hortensia es una mujer muy luchadora, fuerte e inteligente, asiste a 8 sesiones, es muy activa, colaboradora y se involucra en el proceso, mejora su capacidad de comunicación y se educa en valores, normas, reglas, límites ya que carece de los mismos por el ambiente y circunstancias en las que vive y ha vivido.

Pronóstico: Hortensia durante el proceso aprende y desarrolla destrezas importantes para la autoestima pero debido a sus antecedentes familiares, personales adquirió un problema de marcada codependencia por lo que necesita ayuda y orientación continua, termina el proceso motivada, sin embargo tiene un diagnóstico desfavorable ya que no logra desarrollar su capacidad de resolución de problemas.

Elizabeth

Elizabeth es una mujer de 28 años, termina sus estudios secundarios, trabaja en una boutique de la cual es propietaria, contrae matrimonio a los 18 años y procrea 2 hijos, interna a su cónyuge en la Comunidad Terapéutica del Austro debido al consumo de alcohol, manifestando que era un ejemplo negativo para sus hijos y alteraba la estabilidad del hogar.

Elizabeth proviene de un hogar autoritario y restrictivo, refiere que su madre siempre la rechazaba, su padre era muy estricto pero que tenía mejor relación con él que con el resto de la familia, señala que el consumo de alcohol de su esposo comienza desde que contraen matrimonio.

Elizabeth participa a ocho sesiones en las que se muestra tímida, llora con facilidad sin poder expresar sus sentimientos y emociones, desde la cuarta sesión se integra al grupo, se muestra más confiada, segura y participa activamente siendo visible su cambio en su capacidad para comunicarse con sus hijos y tomar el papel de madre que estaba deteriorado.

Pronóstico: Elizabeth logró mejorar en la aplicación del retest, los cambios de actitud al adquirir destrezas de expresión de sentimientos frente al grupo, el sentido de pertenencia, apoyo y fuerza contribuyó para una mejor sociabilización, el reconocimiento de valores y aceptación de sí mismo resurgieron sintiéndose capaz de hacer frente a los problemas por lo que su diagnóstico es favorable.

Marlene

Es una mujer de 38 años, terminó sus estudios secundarios, trabaja en una fábrica de joyería, contrae matrimonio a los 20 años, ingresa a su cónyuge por consumo de alcohol en la Comunidad Terapéutica del Austro, manifiesta que su relación se deteriora desde que su esposo le es infiel.

Respecto a sus antecedentes familiares, expresa que su padre es alcohólico, nunca recibió muestras de afecto de parte de sus padres, su esposo igualmente es frío y le ha sido infiel por varias ocasiones, manteniendo una relación con otra pareja desde hace 6 años procreando un hijo.

Marlene en el proceso se muestra tímida, callada, reservada; asiste a siete sesiones, se observa que muestra interés y motivación en el grupo, no tiene la suficiente confianza en sí misma y se siente incapaz de resolver problemas y tomar decisiones, además la comunicación con su familia es deficiente.

Pronóstico: Se observa que Marlene muestra interés durante el proceso, pero los sentimientos de minusvalía personal impiden que desarrolle las capacidades necesarias para lograr una vida satisfactoria por lo que su pronóstico es desfavorable.

6.10. Resultados de la aplicación del retest del Cuestionario de autoestima de Coopersmith.

Al finalizar el proceso Terapéutico, se realiza en la última sesión la aplicación del retest del Cuestionario de Autoestima a doce mujeres que concluyeron el proceso obteniendo los siguientes resultados.

Tatiana

En la aplicación del retest de Autoestima de Coopersmith obtuvo 19 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Mayra R.

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 16 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media.

Mayra N.

En el retest de autoestima de Coersmith obtuvo 13 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Baja.

Esperanza

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 15 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media baja.

Karina

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 13 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Baja.

Eulalia

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 16 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media.

Ximena

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 19 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Rosario

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 18 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Isabel

En la aplicación del retest de Autoestima de Coersmith obtuvo 17 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Hortensia

En la aplicación del retest de autoestima de Coersmith obtuvo 17 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Alta.

Elizabeth G.

En la aplicación del retest de autoestima de Coersmith obtuvo 14 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Baja.

Marlene

En la aplicación del retest de autoestima de Coersmith obtuvo 11 puntos que corresponde a un nivel de Autoestima Media Baja.

6.11. Resultados obtenidos mediante el Proceso Terapéutico

El proceso terapéutico se inicia con 16 mujeres, en edades comprendidas entre los 18 y 53 años de edad, de estado civiles casadas, con estudios básicos ya sea primaria, secundaria y superior, como principal requisito que sus cónyuges estén internos en la Comunidad Terapéutica del Austro.

El programa terminan doce de las dieciséis integrantes del grupo por diferentes razones: Janeth se retira debido a que no se adapta a normas del grupo después de la sesión número tres. Fabiola se retira del proceso debido a que se cruzan los horarios de estudios y trabajo después de la sesión número tres. Elizabeth V. se retira del programa después de la segunda sesión por razones desconocidas. Marina se retira deja de asistir después que su cónyuge sale de la Comunidad después de cumplir el tratamiento, además por problemas de transporte ya que vive en Sinincay, asiste a cuatro sesiones.

Posterior a la doceava sesión, se realiza una sesión adicional que sirve para la aplicación general del retest de Autoestima, con la finalidad de comparar los resultados de los reactivos iniciales con los resultados obtenidos en los reactivos finales, seguidamente se llena un cuestionario que sirvió para un análisis cualitativo de los beneficios y cambios obtenidos al termino del proceso terapéutico.

Al comparar las dos aplicaciones se obtiene:

Tatiana

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 6 puntos pasando de un nivel de Autoestima Media Baja a un nivel de Autoestima Media Alta

Mayra R.

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 5 puntos pasando de un nivel de Autoestima Media Baja a un nivel de Autoestima Media.

Mayra N.

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 5 puntos pasando de un nivel de Autoestima Significativamente Baja a un nivel de Autoestima Media Baja.

Esperanza

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 3 puntos, manteniéndose en un nivel de Autoestima Media Baja.

Karina

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 8 puntos pasando de un nivel de Autoestima Significativamente Baja a un nivel de Autoestima Media Baja.

Eulalia

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 7 puntos pasando de un nivel de Autoestima Significativamente Baja a un nivel de Autoestima Media.

Ximena

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 7 puntos pasando de un nivel de Autoestima Media Baja a un nivel de Autoestima Media Alta.

Rosario

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 6 puntos pasando de un nivel de Autoestima Media Baja a un nivel de Autoestima Media Alta.

Isabel

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 7 puntos pasando de un nivel de Autoestima significativamente Baja a un nivel de Autoestima Media Alta

Hortensia

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 3 puntos pasando de un nivel de Autoestima Media Baja a un nivel de Autoestima Media Alta

Elizabeth G.

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 6 puntos pasando de un nivel de Autoestima Significativamente Baja a un nivel de Autoestima Media Baja.

Marlene

En la aplicación del retest obtiene una ventaja de 7 puntos pasando de un nivel de Autoestima Significativamente Baja a un nivel de Autoestima Media Baja.

CAPÍTULO 7

ANALISIS DE RESULTADOS

7.1. Análisis de los Resultados de la Aplicación de la Terapia de Grupo Cognitiva Conductual a Cónyuges de Alcohólicos.

Al analizar los resultados obtenidos en la Terapia en relación a la muestra de las integrantes del programa aplicado para mejorar el Autoestima en las cónyuges de los pacientes alcohólicos internos en la Comunidad Terapéutica del Austro tenemos:

7.1.1. Edad

De un total de 16 participantes: 4 mujeres están en edades comprendidas entre los 16 a 25 años; 3 mujeres están en edades comprendidas entre los 26 a 35 años; 7 mujeres están en edades comprendidas entre los 36 a 45 años y 2 mujeres están en edades comprendidas entre 46 a 55 años.

Según los datos obtenidos se puede observar que existe un mayor porcentaje de mujeres que asistieron al proceso terapéutico que están en edades comprendidas entre los 36 a 45 años; en segundo lugar corresponde a las mujeres que están entre los 16 a 25 años; en tercer lugar corresponde a las mujeres que están en edades comprendidas entre los 26 a 35 años y finalmente el menor porcentaje corresponde a las mujeres que están en edades comprendidas entre los 46 a 55 años.

7.1.2. Estado Civil

De un total de 16 participantes: las 16 participantes se encuentran en estado civil casadas.

Según los datos obtenidos las mujeres que asistieron al proceso terapéutico todas estaban casadas.

7.1.3. Instrucción

De la muestra obtenida: 4 mujeres refieren haber estudiado la primaria, 9 mujeres manifiestan haber estudiado la secundaria y 3 mujeres refieren tener estudios superiores.

De los datos obtenidos se puede observar que existe un mayor porcentaje de mujeres que manifestaron haber realizaron estudios secundarios, seguido por aquellas mujeres que realizaron estudios primarios y finalmente las mujeres que refieren haber realizado estudios superiores.

7.1.4. Años de convivencia

En relación a los años de convivencia 3 mujeres manifiestan haber tenido un tiempo de convivencia con su cónyuge alcohólico en un período que comprende de 1 a 5 años, 3 mujeres expresan haber tenido un tiempo de convivencia en un período que comprende de 6 a 11 años y 10 mujeres refieren haber tenido un tiempo de convivencia con su cónyuge alcohólico de 12 años en adelante.

De los datos obtenidos se puede observar que el mayor porcentaje mujeres han convivido con un alcohólico en un período de tiempo de 12 años en adelante, seguido por mujeres que han convivido con un cónyuge alcohólico en un período de tiempo 1 a 5 años y otro porcentaje igual de mujeres que han convivido en un período de tiempo de 6 a 11 años.

7.1.5. Impacto Transgeneracional

Es importante evaluar el impacto Transgeneracional debido a que:

De un total de 16 participantes en el proceso; las 10 mujeres que intervinieron en el proceso terapéutico refieren que provienen de un hogar donde el padre o ambos progenitores fueron o son alcohólicos y las 6 restantes provienen de hogares disfuncionales.

De la muestra obtenida existe una mayor incidencia de mujeres manifiestan haber vivido en su hogar de origen situaciones de alcoholismo, seguido por un grupo menor en el que su hogar de origen fue disfuncional.

7.1.6. Resultados obtenidos en la aplicación del test de Autoestima de Coersmith al inicio del proceso terapéutico

De un total de 16 participantes: 8 mujeres obtienen un nivel de Autoestima Significativamente Baja y 8 mujeres obtienen un nivel de Autoestima Media Baja.

7.1.7. Resultados obtenidos en la aplicación del test de Autoestima de Coersmith al final del Proceso Terapéutico

De un total de 16 participantes: 5 mujeres obtienen un nivel de Autoestima Media baja, 2 mujeres obtienen un nivel de Autoestima Media, 5 mujeres obtienen un nivel de Autoestima Media alta, 4 mujeres no terminan el proceso terapéutico.

7.2. Conclusiones

En la realización de este trabajo se obtienen como conclusiones:

1. Se ha determinado que el mayor porcentaje de mujeres que participaron en el proceso terapéutico están en edades comprendidas entre los 35 y 45 años, todas las participantes son de estado civiles casadas, con un porcentaje mayor de mujeres que realizaron estudios secundarios, el mayor porcentaje de mujeres tiene un período de tiempo de convivencia con su cónyuge alcohólico de 12 años en adelante.
2. El mayor porcentaje de las mujeres participantes en este programa provienen de hogares donde sus progenitores consumen o consumieron alcohol.
3. Al inicio del proceso en la aplicación del Cuestionario de Coersmith de 16 mujeres que participaron en el proceso terapéutico: 8 mujeres obtienen un nivel de Autoestima Significativamente Baja y 8 mujeres obtienen un nivel de Autoestima Media Baja.

4. En la aplicación del Retest del Cuestionario de Coopersmith al final del proceso Terapéutico es evidente un incremento en el nivel de Autoestima obteniendo los siguientes resultados: 5 mujeres un nivel de Autoestima Media Baja, 2 mujeres un nivel de Autoestima Media, 5 mujeres un Nivel de Autoestima Media Alta y 4 mujeres abandonaron el programa.
5. De acuerdo a la muestra tomada en la Comunidad Terapéutica del Austro se comprueba que las cónyuges de alcohólicos poseen un nivel de Autoestima Baja
6. Que el programa de Terapia Cognitiva Conductual aplicado en cónyuges de alcohólicos recluidos en la Comunidad terapéutica del Austro tuvo resultados positivos, logrando un incremento considerable en su Nivel de Autoestima.
7. Como conclusión general podemos recalcar la importancia de que las mujeres que han vivido o viven dentro de un hogar donde hay un alcohólico, necesitan recibir un tratamiento personalizado debido a que vienen arrastrando problemas que repercuten en su vida actual, además carecen de conocimientos, valores y de lo más esencial; la capacidad de amarse y hacerse cargo de sí mismas.

7.3. Recomendaciones

- Se considera que las personas que viven con un alcohólico necesitan un tratamiento focalizado para tratar su problema independientemente de que su familiar alcohólico esté o no en recuperación.
- Crear conciencia en los Centros de Recuperación de Alcohólicos que la familia reciba tratamiento al igual que el paciente alcohólico que se encuentre interno y no se limiten a charlas de orientación e información general.
- Debido a los antecedentes familiares de la mayoría de las mujeres que participaron en el proceso terapéutico se recomienda que se integren a un grupo de autoayuda, en este caso Grupos de Autoayuda de Al-anón.

7.4. Propuestas y seguimiento

- Al término del proceso terapéutico se propone crear un grupo de Autoayuda con las integrantes que participaron en el mismo.
- Que el grupo funcione en las instalaciones de la Comunidad Terapéutica del Austro basándose en el programa de recuperación de los grupos de Al-anón.
- Que ocasionalmente reciban ayuda profesional para tratar temas relacionados con su problema para mejor conocimiento de los mismos.
- Que los grupos sean con un número limitado de personas para que puedan funcionar adecuadamente.
- En caso necesario queda abierta la posibilidad de ayudar a las integrantes con terapia individual.
- Se logró que se forme un grupo de Al-anon, el mismo que funcionó en las instalaciones de la Comunidad Terapéutica del Austro, funcionando una vez por semana con un grupo que fluctuaba de 8 a 12 personas, manifestando que en ocasiones llegaban hasta 20 personas, luego las participantes se integran a un grupo de Al-anon que funciona en la calle Juan Jaramillo y Hermano Miguel debido a que el espacio que ocupaban en la Comunidad Terapéutica del Austro se volvió inadecuado.
- Por lo anteriormente citado a lo largo del trabajo realizado considero que se ha cumplido con los objetivos establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

- “Apuntes de clases”, Cátedra terapia de grupo de la Master Yolanda Dávila, (2006) Universidad del Azuay, Facultad de Filosofía, Escuela de Psicología.
- BARNETCHE. Maria. “Quiero ser libre”. Editorial Patria S.A. de C.V. 1990.
- “Apuntes de clases”, Cátedra terapia de grupo de la Master Yolanda Dávila, (2006) Universidad del Azuay, Facultad de Filosofía, Escuela de Psicología.
- BEATTIE. Melody. “Ya no seas codependiente. Promesa. México. 1991. Primera Edición.
- BECK. Aaron. “Terapia Cognitiva de la depresión”. Editorial Desclée de Brouwer. S. A. 2002. 15ª Edición.
- BONET. José- Vicente. “Se amigo de ti mismo”. Editorial Sal Térrea. 1997. Séptima Edición.
- BRANDEN. Nathaniel. “El poder de la Autoestima”. Editorial Paidos S.A. México. 1993
- BRADSHAW. John. “Volver a Casa”. Edición Española, Los libros del Comienzo. Madrid. 1994. Primera Edición.
- BURNS. David. ”Sentirse Bien”. Ed Paidos. España. 1990
- KAPLAN. Harold. “Terapia de Grupo”. Editorial Médica Panamericana. S.A. Madrid. 1996. Tercera edición.
- LÓPEZ. Félix. “Desarrollo Afectivo y Social”. Ediciones Pirámide. España. 2001
- LOEW Vivian. y FIGUEROA G. “Juegos en dinámica grupo”. Editorial Club de Estudio S.R.L. 1998.
- MONBOURQUETTE. Jean, LADOUCEUR. Mirna y ASPREMONT. Isabelle. “Estrategias para desarrollar la autoestima del Yo profunfo”. Editorial Sal Terrae. 2004.
- MOYA. Carmen. “Informe sobre El Alcohol”. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Rumagraf. S.A. Madrid-España. 2007.
- NORWOOD. Robin. “Las mujeres que aman demasiado”. Ediciones B, S.A. Barcelona España. 2006
- OLIVARES. José y MENDEZ. Francisco. “Técnica de Modificación de Conducta”. Editorial biblioteca Nueva, S. L. Madrid. 1988. Segunda edición.

PACURUCU. Saúl. "Abuso, Dependencia y otros problemas relacionados con el consumo de alcohol". Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca. 1996

RISO. Walter. "Amar o Depender". Editorial Norma S.A. Bogota. Colombia. 1999

RISO. Walter. "Cuestión de Dignidad". Editorial Norma S.A. Bogotá Colombia. 2002.

TORO. José. "Fundamentos de Medicina". Ediciones Rojo. Colombia. 1997. Tercera Edición.

SALDIVAR. Dionisio. "Teoría y práctica de la psicoterapia" "Asociación norteamericana de psicoterapia de grupo"www. AGPA.com. La Habana1998. [consulta noviembre 2008]

SEGURA. Elizabeth. "Manual de Psicoterapia de Grupo en el Servicio de Psiquiatría de Adultos del Hospital Almenara de Essalud Lima-Perú 2006. Elizabeth2002m@yahoo.es . 2007. (Revisado noviembre del 2008)

CANTÚ. Ana. Dificultades para la recuperación de la codependencia. <http://www.revistaadicciones.Com.mx/?cat=16>. 2008. [consulta junio 2008]

GONZALEZ. Carlos. Características psicológicas de los conyugues de adictos al alcohol descripción del autoconcepto en mujeres cónyuges de consumidores de alcohol, según, la severidad del consumo.

SIGNUM FIDEI. México Norte. Dinámicas para los grupos. <http://www.google.com>. [Doc] Colección de Dinámicas. Identificar los propios estados de alta y baja autoestima y las circunstancias o... [consulta enero 2008].

UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIATEGUI. <http://www.ujem.edu.pe>.. [consulta enero2008]

MAYRIALLE. Cristina. Adicciones y la Recuperación Transpersonal. <http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=cristina+meyrialle+codependencia&start=0&sa=N>. 2008. [consulta julio 2008]

NARANJO. María . Actualidades Investigativas en Educación. [http:// revista.inie.ucr.ac.cr](http://revista.inie.ucr.ac.cr). Costa Rica. 2007. [consulta mayo 2008]

YAGOSESKY. Renny. "La autoestima en palabras sencillas". www.laexcelencia.com. <http://www.monografias.com/trabajos16/autoestima/autoestima.shtml>. 1998. [consulta mayo 2008]

<http://www.monografias.com/trabajos33/caracteristicas.codependiente/caracteristicas-codependiente.shtml>. [consulta Julio 20]

ANEXOS

CUADROS DE RESULTADOS

Gráfico N° 1

Variable: Edad

xi	fi
16 - 25	4
26 - 35	3
36 - 45	7
46 - 55	2
Total	16

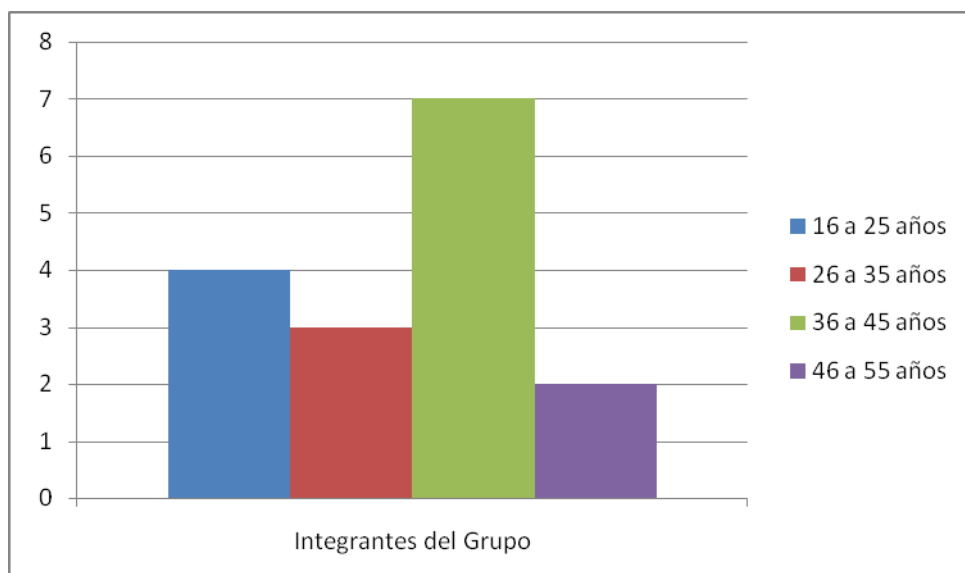


Gráfico N° 2

Variable: Estado Civil

xi	fi
Casadas	16
Solteras	0
Viudas	0
Divorciadas	0
Total	16

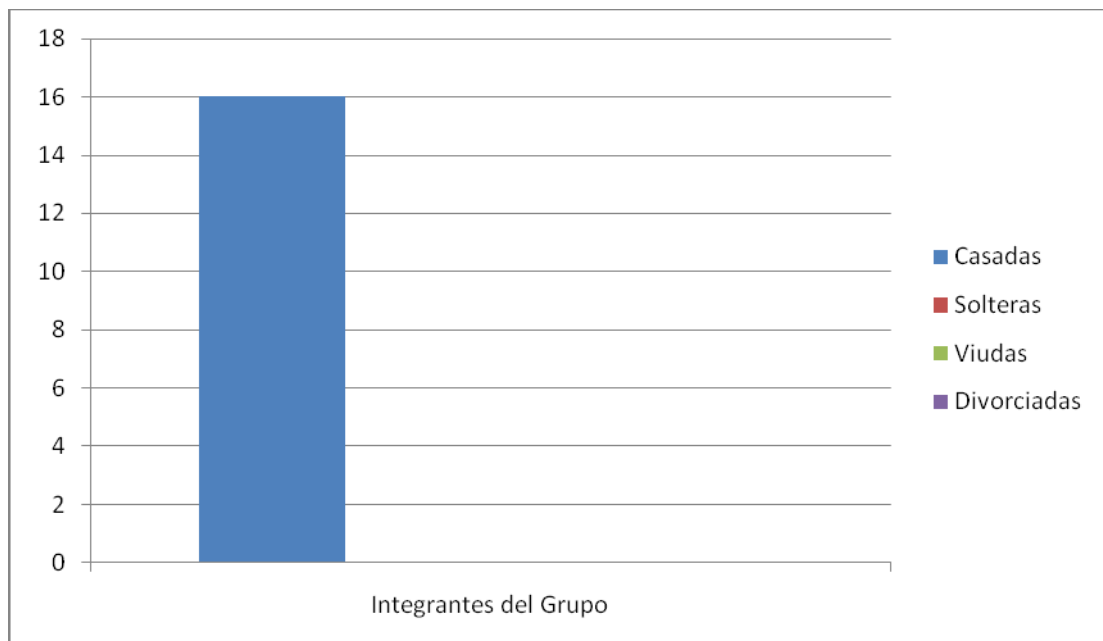


Gráfico N° 3

Variable: Instrucción

xi	fi
Primaria	4
Secundaria	9
superior	3
Total	16

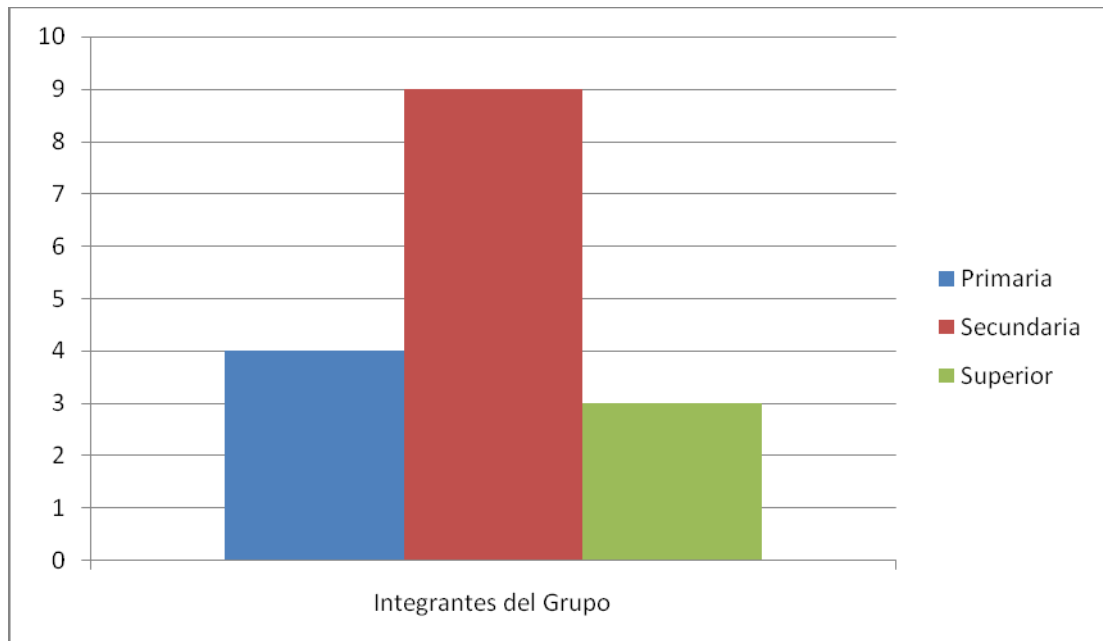


Gráfico N° 4

Variable: Años de Convivencia

xi	fi
1 a 5 Años	3
6 a 11 Años	3
12 Años en Adelante	10
Total	16

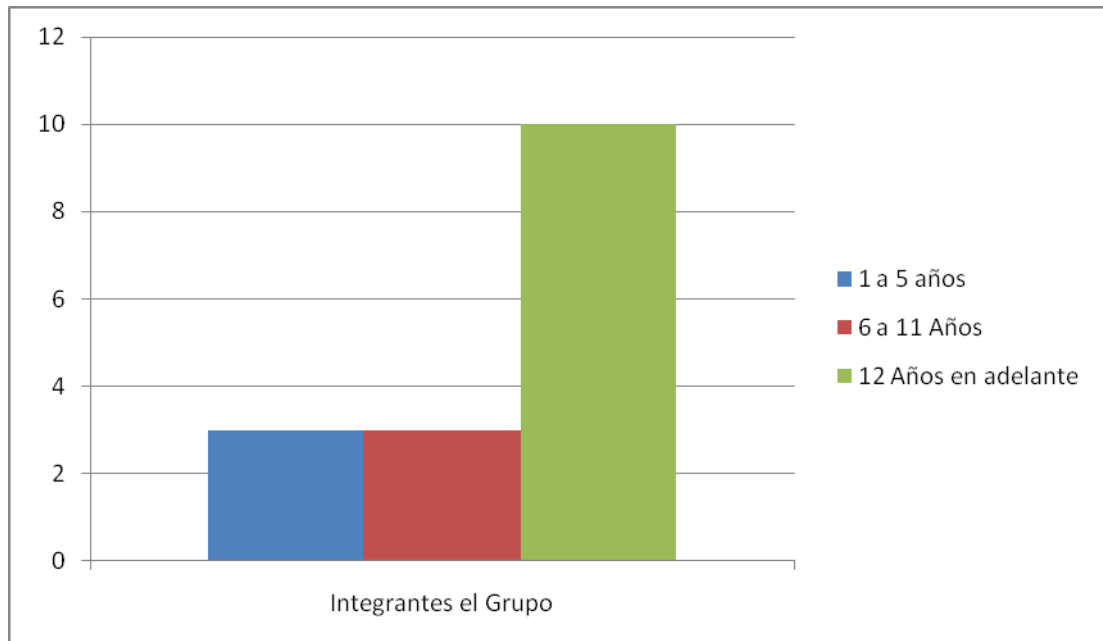


Gráfico N° 5

Variable: Impacto Transgeneracional

xi	fi
Hogar Normal	0
Hogar Disfuncional	6
Hogar Alcohólico	10
Total	16

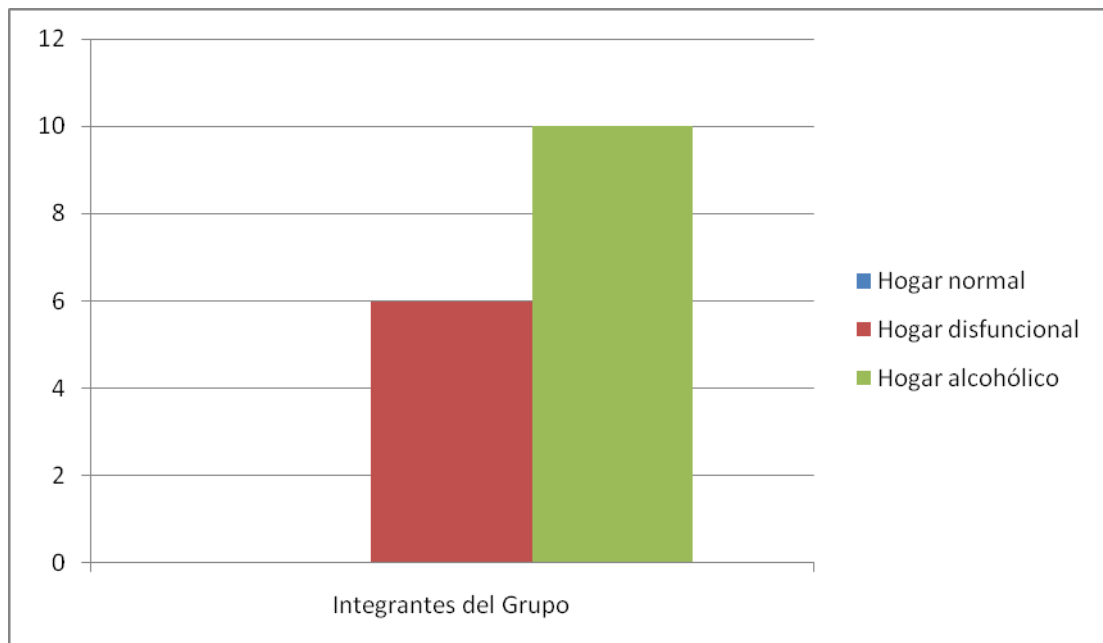


Gráfico N° 6

Resultados obtenidos en la aplicación del test de Autoestima de Coersmith al inicio del proceso terapéutico

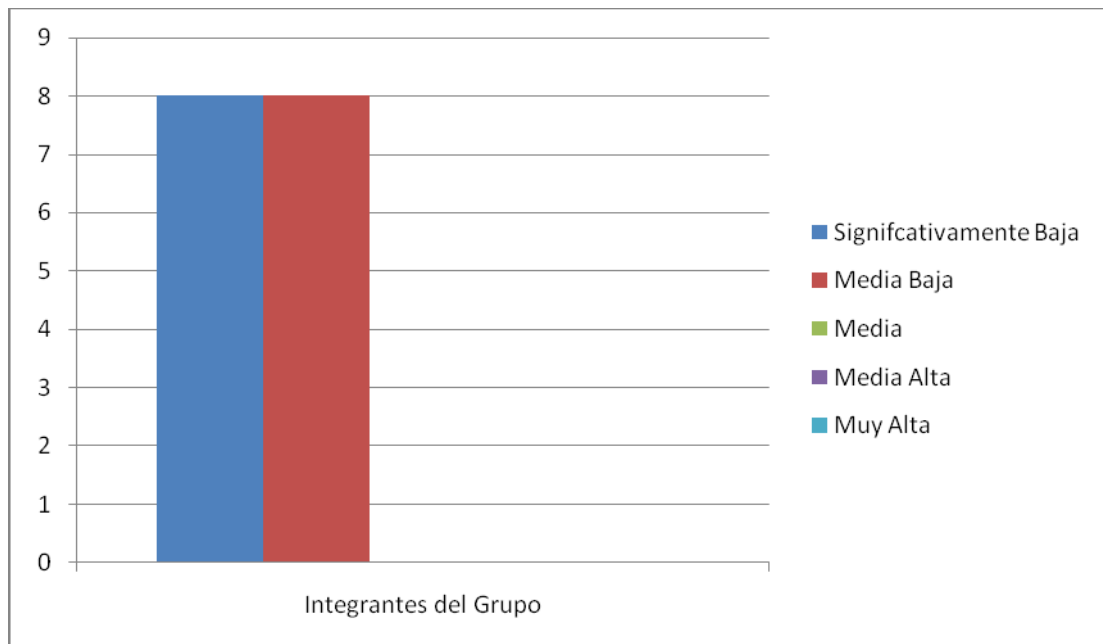
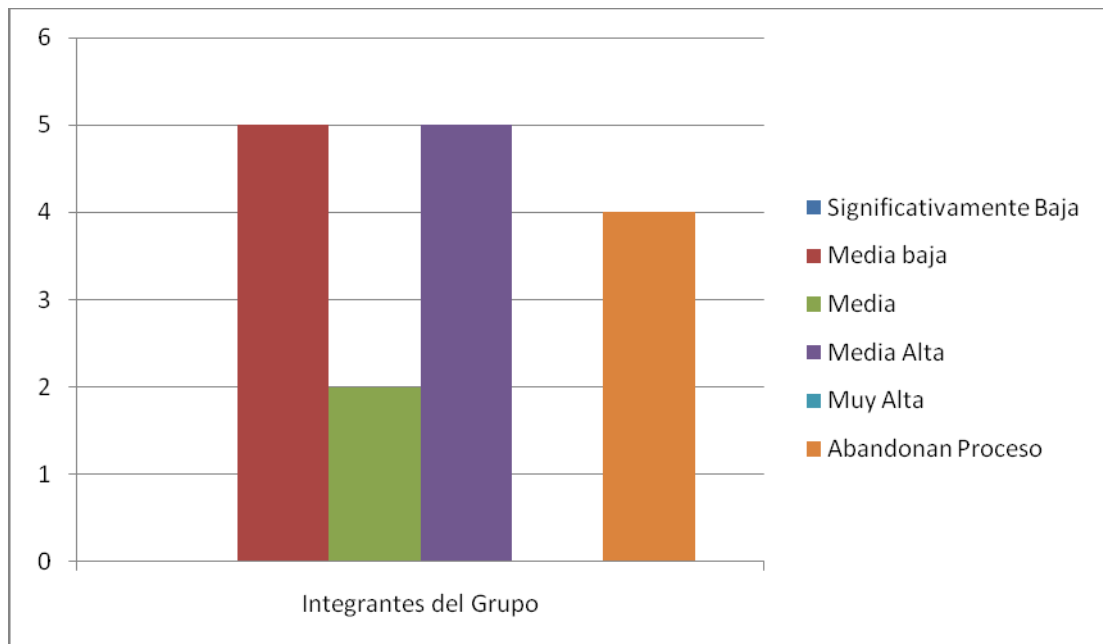


Gráfico N° 7

Resultados obtenidos en la aplicación del test de Autoestima de Coersmith al final del proceso terapéutico



FICHA DE EVALUACIÓN PSICOLOGÍA		
FECHA	NOMBRE DEL PSICOLOGO	
DATOS DE FILIACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	
	ESTADO CIVIL	EDAD
	NIVEL DE ESTUDIOS	
	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	
	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
	TELEFONOS CONTACTO	
	OCUPACIÓN	
DEMANDA	EXPLICITA	
	IMPLICITA	
ANTECEDENTES DISFUNCIONALES		

BIOGRAFÍA PSICOLOGÍA PERSONAL	ADOLECENCIA	NIÑEZ	NACIM					
					VIDA ADULTA			
							FAMILIA	
							SOCIAL	
							SEXUAL	
						LABORAL		
RESULTADO DE PRUEBAS								
DIAGNOSTICO	FORMAL							
	INFORMAL							
PRONOSTICO								

ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOERSMITH

De las frases que van a continuación, algunas describen probablemente situaciones o estados que a usted le ocurren con frecuencia, otras, por el contrario situaciones que nada tienen que ver con usted. Señale a continuación cuáles de ellas “le describen a usted” con una cierta aproximación, y cuáles “no tienen nada que ver con usted”.

Conteste a todas las preguntas, y por favor, hágalo con cierta rapidez.

	Me describe aproximadamente	No tiene que ver conmigo o muy poco
1. Más de una vez he deseado ser otra persona		
2. Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3. Hay muchas cosas en mi mismo que cambiaría si pudiera.		
4. Tomar decisiones no es algo que me cueste.		
5. Conmigo se divierte uno mucho		
6. En casa me enfado a menudo		
7. Me cuesta mucho acostumbrarme a algo nuevo		
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad		
9. Mi familia espera demasiado de mi		
10. En casa se respetan bastante mis sentimientos		
11. Suelo ceder con bastante		

facilidad		
12. No es nada fácil ser yo		
13. En mi vida todo está muy embarullado		
14. La gente suele secundar mis ideas		
15. No tengo muy buena opinión de mi mismo		
16. Hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa		
17. A menudo me siento harto del trabajo que realizo		
18. Soy el más feo que el común de los mortales		
19. Si tengo algo que decir, normalmente lo digo		
20. Mi familia me comprende		
21. Casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás		
22. Me siento presionado por mi familia		
23. Cuando hago algo frecuentemente me desanimo		
24. Las cosas no suelen preocuparme mucho		
25. No soy una persona muy de fiar.		

CLAVE DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOERSMITH

La máxima puntuación que una persona podría alcanzar sería de 25 puntos y la mínima de 0 puntos.

Puntúan con 1 punto las siguientes respuestas:

ITEM N°	PUNTUA SI HA RESPONDIDO
1	No me describe
2	No me describe
3	No me describe
4	Me describe
5	Me describe
6	No me describe
7	No me describe
8	Me describe
9	No me describe
10	Me describe
11	No me describe
12	No me describe
13	No me describe
14	Me describe
15	No me describe
16	No me describe
17	No me describe
18	No me describe
19	Me describe
20	Me describe
21	No me describe
22	No me describe
23	No me describe
24	Me describe
25	No me describe

PUNTAJES PARA DETERMINAR RANGO DE AUTOESTIMA SEGÚN LA ESCALA DE COERSMITH

De 0 a 10 puntos.....Significativamente Baja

De 11 a 15 puntos.....Media Baja

De 16 puntos.....Media

De 17 a 22 puntos.....Media Alta

De 23 a 25 puntos.....Muy Alta