UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

"APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN ADULTOS ECUATORIANOS EN PROCESO DE REHABILITACIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS"

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Dafna Elizabeth Ramírez Rea

DIRECTOR:

MSc. Juan Fernando Jaramillo Mantilla

Ibarra – Ecuador 2026

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a Dios, el ser supremo que se ha manifestado guiándome en cada paso que doy todos los días de mi vida, protegiéndome de todas las adversidades, concediéndome la sabiduría para llegar a mis objetivos y metas, demostrándome siempre su divina presencia, protección y amor infinito.

A mis padres, por ser siempre mi motivación de esfuerzo y trabajo, quienes con su amor y apoyo incondicional me ayudaron a culminar mis metas académicas.

A mi hermano, por brindarme siempre su apoyo, respeto y cariño, motivándome a ser para él un ejemplo de superación.

A mis mascotas, Rocky y Felipa quienes durante los largos días de estudio y esfuerzo me brindaron su compañía, amor y ternura, otorgándome la tranquilidad que necesitaba en cada paso de este camino.

AGRADECIMIENTOS

A la gloriosa Universidad Técnica del Norte, por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, gracias al conocimiento de sus docentes quienes mediante su experiencia y compromiso obtuve los aprendizajes que se ven reflejados en el presente trabajo.

Al Centro Especializado en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas "Resurge", quienes me brindaron su confianza y apoyo para la realización de este trabajo, que será un aporte útil para la institución.

Al Magister Juan Fernando Jaramillo, director de la presente investigación, quien con su conocimiento, compromiso y profesionalismo me supo guiar en el desarrollo del estudio realizado.

Al Magister Santiago Andrade, asesor de mi investigación, por su apoyo, recomendaciones y acompañamiento durante el desarrollo de cada etapa de este trabajo para culminarlo con éxito.

A las Autoridades de la Facultad de Posgrado, quienes con su soporte hicieron posible representar a la Universidad con la realización de una intervención psicológica basada en la Terapia Cognitivo Conductual para mejorar la autoestima de los adultos ecuatorianos en rehabilitación por consumo de sustancias del Centro Especializado en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas "Resurge".

CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL

CERTIFICACIÓN DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CURRICULAR

Ibarra, 21 de septiembre de 2026

MSc. Juan Fernando Jaramillo Mantilla

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular con el tema "Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual para mejorar la autoestima en adultos ecuatorianos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias", que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte. En consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

JUAN FERNANDO JARAMILLO MANTILLA

Firmado digitalmente por JUAN FERNANDO JARAMILLO MANTILLA
Fecha: 2026.09.21 15:46:07 -05'00'

(f)……..

Msc. Juan Fernando Jaramillo Mantilla

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Ramírez Rea Dafna Elizabeth

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual para mejorar la autoestima en adultos ecuatorianos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias.
AUTOR (ES):	Ramírez Rea Dafna Elizabeth
FECHA: DD/MM/AAAA	21 de septiembre de 2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	☐ PREGADO ☒ POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Psicología Clínica Mención Psicoterapia
DIRECTOR/ASESOR:	MSc. Juan Fernando Jaramillo Mantilla

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 21 días del mes de septiembre de 2026

EL AUTOR:

Firma_____

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
DAFNA ELIZABETH RAMIREZ REA

Nombre: Dafna Elizabeth Ramírez Rea

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA ..... **I**
AGRADECIMIENTOS ..... **II**
CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL ..... **III**
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE ..... **IV**
RESUMEN ..... **XI**
ABSTRACT ..... **XII**
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN **1**
1.1 Planteamiento Del Problema 1
1.2 Antecedentes 4
1.3 Objetivos De La Investigación 7
1.3.1 Objetivo general 7
1.3.2 Objetivos específicos 7
1.4 Hipótesis De La Investigación 8
1.5 Justificación 8
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL **11**
2.1 Marco Teórico 11
2.1.1 Autoestima como constructo psicológico 11
2.1.2 Modelos explicativos de la autoestima 12
2.1.2.1 Modelo de autoestima de Rosenberg 13
2.1.2.2 Modelo de autoestima de Coopersmith 14
2.1.2.3 Enfoque cognitivo de Beck 15

2.1.3 Autoestima en la salud mental 16

2.2 Consumo problemático de sustancias 18

2.2.1 Factores psicológicos asociados al consumo problemático de sustancias 20

2.3 Relación entre autoestima y consumo problemático de sustancias 23

2.3.1 Rehabilitación psicológica en personas con consumo problemático de sustancias 25

2.4 Terapia Cognitivo Conductual 26

2.4.1.1 Modelo cognitivo 27

2.4.1.2 Pensamientos automáticos 27

2.4.1.3 Creencias centrales 28

2.4.1.4 Distorsiones cognitivas 29

2.4.1.5 Relación pensamiento-emoción-conducta 29

2.4.2 Técnicas cognitivo-conductuales aplicadas al fortalecimiento de la autoestima 30

2.4.2.1 Psicoeducación 30

2.4.2.2 Identificación de pensamientos automáticos 30

2.4.2.3 Reestructuración cognitiva 31

2.4.2.4 Autorregistros 31

2.4.2.5 Habilidades de afrontamiento 31

2.4.2.6 Fortalecimiento de la autoeficacia 32

2.4.3 Terapia Cognitivo Conductual en personas con problemas de consumo 32

2.5 Marco legal 34

2.5.1 Constitución de la República del Ecuador 34

2.5.2 Ley Orgánica de Salud 34

2.5.3 Reglamento General de la Ley Orgánica de Salud 35

2.5.4 Política Nacional de Prevención y Control del Consumo de Sustancias 36

2.5.5 Código de Ética de la American Psychological Association 36

2.5.6 Declaración de Helsinki 37

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO 39

3.1 Descripción del área de estudio/grupo de estudio 39

3.2 Enfoque y tipo de investigación 40

3.3 Población y muestra 42

3.4 Criterios de inclusión y exclusión 43

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 44

3.5.1 Cuestionario sociodemográfico ad hoc 44

3.5.2 Escala De Autoestima De Rosenberg (RSES) 44

3.6 Intervención 46

3.7 Operacionalización de variables 49

3.8 Procedimiento de investigación 50

3.9 Análisis de datos 51

3.10 Consideraciones bioéticas 52

CAPÍTULO IV RESULTADOS 55

4.1 Resultados 55

4.1.1 Perfil sociodemográfico de la muestra 55

4.1.2 Resultados del pretest 61

4.1.3 Resultados del postest 62

4.1.4 Determinación de la normalidad de los datos 63

4.1.5 Análisis de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual 63

4.1.6 Comparación de resultados entre test 63

4.1.7 Comparación de resultados entre grupos 64

4.1.8 Análisis de fiabilidad 65

4.2 Discusión 65

CONCLUSIONES 73

RECOMENDACIONES 74

REFERENCIAS 75

ANEXOS 96

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 *Criterios de inclusión y exclusión* 43

Tabla 2 *Características de la Escala de Autoestima de Rosenberg* 45

Tabla 3 *Escalas de puntuación Escala de Autoestima de Rosenberg* 46

Tabla 4 *Plan de Intervención* 47

Tabla 5 *Operacionalización de variables* 49

Tabla 6 *Datos descriptivos de la muestra* 56

Tabla 7 *Resultados descriptivos del pretest* 62

Tabla 8 *Resultados descriptivos del postest* 63

Tabla 9 *Prueba de normalidad* 63

Tabla 10 *Diferencia entre pretest y postes según el grupo* 64

Tabla 11 *Diferencias entre grupo experimental y con trol según el test* 65

Tabla 12 *Prueba de fiabilidad* 65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 *Distribución por grupo* 56

Figura 2 *Distribución por edad* 57

Figura 3 *Distribución por género* 57

Figura 4 *Distribución por estado civil* 58

Figura 5 *Distribución según el nivel educativo* 59

Figura 6 *Distribución según la situación laboral* 59

Figura 7 *Distribución según la provincia* 60

Figura 8 *Distribución según la sustancia que consume* 60

Figura 9 *Distribución según la religión* 61

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado 96

Anexo 2 Cuestionario Sociodemográfico 98

Anexo 3 Instrumentos 101

RESUMEN

Este estudio examinó la implementación de una intervención grupal fundamentada en terapia cognitivo-conductual para optimizar la autoestima de adultos ecuatorianos que se encontraban en proceso de rehabilitación por abuso de sustancias, dentro del CETAD "Resurge". La meta fue establecer si la terapia cognitivo-conductual podía ser eficaz para mejorar la autoestima de los participantes. El método utilizado fue de enfoque cuantitativo, aplicado, y se basó en un diseño cuasiexperimental pretest-postest con grupo control no equivalente. La muestra estuvo compuesta por 24 adultos de edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, divididos en un grupo control de 12 individuos y un grupo experimental con el mismo número. El cuestionario sociodemográfico y la Escala de autoestima de Rosenberg se utilizaron antes y después del tratamiento. El grupo experimental mostró un 41,7% de autoestima baja y un 58,3% de autoestima media en el pretest; por su parte, el grupo control reportó un 58,3% de autoestima baja y un 41,7% de autoestima media. En el postest, la muestra experimental reportó un 58,3 % de autoestima alta y un 41,7 % de autoestima media; no hubo participantes con autoestima baja. Por otro lado, en el grupo control se registró un 33,3 % con autoestima baja, un 58,3 % con autoestima media y un 8,3 % con autoestima alta. El grupo experimental presentó variaciones estadísticamente significativas entre el pretest y el postest, $t = -7,296$, $p < 0,001$, durante la evaluación intragrupal. El tamaño del efecto fue amplio ($d = 2,374$). Se encontraron también variaciones significativas ($t = 3,042$, $p = 0,007$, $d = 1,242$) en la comparación entre grupos después del test. Los hallazgos apuntan a una posible efectividad de la intervención cognitivo-conductual para reforzar la autoestima en adultos que están en rehabilitación por consumo de sustancias.

Palabras clave: Terapia cognitivo conductual, autoestima, consumo de sustancias, rehabilitación, salud mental

ABSTRACT

This research analyzed the application of a group intervention based on cognitive-behavioral therapy to improve self-esteem in Ecuadorian adults undergoing rehabilitation for substance use at the CETAD "Resurge" center. The objective was to determine the potential effectiveness of cognitive-behavioral therapy in improving participants' self-esteem. The methodology employed a quantitative, applied approach with a quasi-experimental pretest-postest design and a non-equivalent control group. The sample consisted of 24 adults between 18 and 60 years of age, divided into an experimental group of 12 participants and a control group of 12 participants. A sociodemographic questionnaire and the Rosenberg Self-Esteem Scale were administered before and after the intervention. In the pretest, the experimental group showed 41.7% low self-esteem and 58.3% average self-esteem, while the control group showed 58.3% low self-esteem and 41.7% average self-esteem. In the post-test, the experimental group achieved 58.3% high self-esteem and 41.7% medium self-esteem, with no cases of low self-esteem; in contrast, the control group maintained 33.3% low self-esteem, 58.3% medium, and 8.3% high self-esteem. In the within-group analysis, the experimental group showed statistically significant differences between the pre-test and post-test, $t = -7.296$, $p < 0.001$, with a large effect size, $d = 2.374$. Significant differences were also identified in the between-group post-test comparison, $t = 3.042$, $p = 0.007$, $d = 1.242$. The results suggest favorable evidence for the potential effectiveness of cognitive-behavioral intervention in strengthening self-esteem in adults undergoing rehabilitation for substance use.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, self-esteem, substance use, rehabilitation, mental health

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento Del Problema

El bienestar integral incluye la salud mental como un elemento fundamental, ya que esta afecta cómo las personas toman decisiones, regulan sus emociones, establecen relaciones sociales y afrontan circunstancias difíciles. Dentro de este contexto, los trastornos asociados con la ingesta de alcohol y otras sustancias psicoactivas constituyen un asunto primordial en términos de salud pública, dado que impactan a la vez la salud física, social, psicológica y familiar de aquellos que los sufren. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), el uso del alcohol está vinculado con cerca de 2.6 millones de fallecimientos anuales, mientras que el consumo de drogas psicoactivas está relacionado con alrededor de 600.000 muertes, lo cual demuestra cuán grande es el problema desde un punto de vista social y sanitario.

Durante los últimos diez años, el uso de sustancias ha ido en aumento a nivel global. Según el Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, aproximadamente 292 millones de personas consumieron drogas en 2022, lo que supone un aumento del 20 % en una década. Cerca de 64 millones de individuos padecían trastornos por el uso de drogas; no obstante, únicamente uno de cada once accedió a tratamiento especializado. Esto pone en evidencia una gran disparidad entre la gravedad del asunto y la disponibilidad efectiva de atención terapéutica (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2024).

En América Latina, el uso problemático de drogas está vinculado a elementos sociales, económicos, familiares y culturales que aumentan la fragilidad psicológica en ciertos sectores de la población. Esta problemática tiene un significado especial en Ecuador porque allí se ha

reconocido la importancia de reforzar la prevención, el cuidado y la rehabilitación de los individuos que son impactados por el uso de alcohol y otras drogas desde una perspectiva de salud pública, derechos humanos y asistencia integral. Las pautas nacionales para prevenir el uso y la ingesta de drogas enfatizan que es fundamental llevar a cabo intervenciones fundamentadas en evidencia, dirigidas no solamente a disminuir el consumo, sino también a actuar sobre elementos psicosociales relacionados (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2024).

El uso problemático de sustancias no puede ser entendido solo como un comportamiento aislado, sino como un fenómeno complejo que involucra la regulación emocional, la toma de decisiones, el funcionamiento familiar, la integración social y cómo uno mismo se percibe. Desde un punto de vista clínico, la autoestima tiene un papel importante en este proceso, ya que afecta la apreciación que el individuo tiene sobre sí mismo, su percepción de autoeficacia y su habilidad para mantener cambios en su comportamiento a lo largo de la rehabilitación. Por lo tanto, una autoestima dañada puede propiciar emociones de fracaso, culpabilidad, inseguridad y desvalorización personal. Estos sentimientos obstaculizan la adherencia a la terapia e incrementan la susceptibilidad a recaídas (Vásquez & Vega, 2021; Rosenberg, 1965).

El vínculo entre la autoestima y el consumo de sustancias es recíproco. Por un lado, una autoestima baja puede desempeñar el rol de factor de riesgo si el individuo emplea el consumo como táctica para evadirse emocionalmente o para hallar aceptación social. Además, el uso prolongado puede agravar la autopercepción negativa a causa de sus efectos en lo social, laboral, personal y familiar. Este proceso crea un círculo negativo donde el consumo es intensificado por el deterioro de la salud emocional y, a su vez, la percepción negativa sobre uno mismo se hace más aguda con el consumo. Por eso, los tratamientos de rehabilitación necesitan intervenciones

psicológicas que aborden directamente las creencias disfuncionales, la autoeficacia y el autoconcepto (Beck, 1976; Hofmann & Asnaani, 2022).

La Terapia Cognitivo Conductual es una opción adecuada para tratar psicológicamente a individuos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias, en este contexto. Esto se debe a que esta terapia posibilita la detección, cuestionamiento y modificación de patrones conductuales, creencias inapropiadas y pensamientos automáticos negativos que alimentan el malestar emocional. Este enfoque, que mezcla métodos de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades para enfrentar situaciones difíciles, resolución de problemas y prevención de recaídas (Nakao & Shirotsuki, 2021; Tiruneh & Elliott, 2022), se ha empleado extensamente para tratar trastornos por consumo de sustancias, depresión, ansiedad y problemas para regular las emociones.

Sin embargo, en el contexto de Ecuador, aún se aplica poco el uso de programas estructurados que se fundamenten en la Terapia Cognitivo Conductual y que estén orientados específicamente a aumentar la autoestima de los adultos en rehabilitación. A pesar de que hay instituciones dedicadas a tratar el consumo problemático de alcohol y otras drogas, muchos tratamientos terapéuticos dan más importancia a la disminución o eliminación del consumo, sin tomar en consideración variables psicológicas fundamentales para una recuperación completa. Esta restricción es importante debido a que la rehabilitación no solo requiere abstenerse, sino también reconstruir el sentido personal, confiar en las propias habilidades y volver a integrarse en la sociedad (UNODC, 2024; MSP, 2024).

Es necesario reforzar los elementos psicológicos vinculados a la autoestima en Chaltura, ya que influyen en la motivación, el mantenimiento del tratamiento y la prevención de recaídas. Esto es especialmente importante para brindar atención a adultos que se encuentran en

rehabilitación por su consumo problemático de sustancias. Por lo tanto, la falta de una intervención grupal estructurada basada en Terapia Cognitivo Conductual representa un obstáculo metodológico y clínico que impide que se desarrollen procesos terapéuticos más completos, sostenibles y evaluables.Frente a esta situación, la presente investigación plantea la siguiente pregunta: ¿en qué medida la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual mejora los niveles de autoestima en adultos ecuatorianos en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias en la parroquia de Chaltura?

1.2 Antecedentes

El consumo problemático de sustancias es un fenómeno social y clínico complicado que está influenciado por factores familiares, emocionales, cognitivos y contextuales. Desde la perspectiva de la psicología clínica, se establece que el tratamiento de las adicciones no debe enfocarse solamente en disminuir el consumo, sino también en factores psicológicos relacionados con el comienzo, la persistencia y la recuperación, tales como la autoeficacia, la regulación emocional, el afrontamiento y la autoestima (Socidrogalcohol, 2024; Robinson & Ramos, 2025).

La autoestima desempeña un rol importante en los procesos de rehabilitación, ya que afecta cómo se percibe el valor propio, la motivación para cambiar, la adherencia a la terapia y la confianza en las habilidades personales. La baja autoestima puede aumentar la propensión a consumir como medio de evasión emocional o de búsqueda de aceptación social; y, al mismo tiempo, el consumo prolongado puede afectar negativamente la autopercepción por las recaídas, los conflictos familiares, el estigma y la pérdida de roles sociales (Vásquez Vera & Vega Intriago, 2021; Medina et al., 2024).

La Terapia Cognitivo Conductual se ha establecido como uno de los métodos más apoyados empíricamente para abordar las afecciones provocadas por el consumo de sustancias, ya que posibilita la intervención en respuestas conductuales, pensamientos automáticos y creencias disfuncionales que sostienen el consumo. McHugh et al. (2010) manifestaron que la TCC opera a través de la identificación de estímulos peligrosos, el análisis funcional, el entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones difíciles y el desarrollo de respuestas distintas al consumo.

Boness et al. (2023) descubrieron que la TCC tiene pruebas robustas como tratamiento psicológico para disminuir el consumo y cambiar los patrones de conducta y cognitivos relacionados con la adicción a escala global. Asimismo, Magill et al. (2023) indicaron que esta perspectiva facilita la capacitación de habilidades de afrontamiento, el manejo de circunstancias riesgosas, la disminución de reacciones impulsivas y la prevención de recaídas en individuos con trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias.

Kolubinski et al. (2018) descubrieron, a través de un metaanálisis y una revisión sistemática, que las intervenciones conductuales y cognitivas son efectivas para elevar la autoestima baja, sobre todo cuando se enfocan en interrogar creencias negativas acerca de uno mismo. Siguiendo con el mismo hilo, Niveau et al. (2021) descubrieron que estos programas generalmente incorporan la identificación de sesgos negativos, la reestructuración cognitiva, la capacitación en competencias personales y la psicoeducación.

Alavi et al. (2023) hallaron que, en el ámbito internacional, una intervención corta basada en TCC generó avances en aspectos de la salud mental, la autoeficacia, la autoestima y las capacidades para afrontar adversidades. Pese a que la investigación no se enfocó únicamente en individuos con un consumo problemático de sustancias, sus conclusiones apoyan la efectividad

del enfoque cognitivo-conductual para reforzar los recursos psicológicos en adultos que requieren terapia específica.

Langford et al. (2021) examinaron una intervención de tipo cognitivo-conductual en jóvenes con experiencias de estigmatización y baja autoestima, registrando mejorías iniciales en su autovaloración, así como la factibilidad y la aceptabilidad del procedimiento. Estos hallazgos son significativos para individuos que están en tratamiento por uso de sustancias, ya que este grupo tiende a lidiar con la estigmatización, el deterioro del autoconcepto y los problemas de reintegración social.

Bravo (2024) indicó que las terapias psicológicas de enfoque cognitivo-conductual han demostrado ser efectivas para tratar adicciones a sustancias psicoactivas en Latinoamérica, particularmente cuando se utilizan con objetivos terapéuticos claros y de manera organizada. No obstante, los estudios regionales siguen siendo escasos en comparación con las investigaciones internacionales sobre TCC, autoestima y rehabilitación.

Vásquez Vera y Vega Intriago (2021) examinaron la autoestima en individuos con adicción a las drogas que fueron tratados en los CETAD Nuevo Surco y CENTRADRO, y hallaron que la autovaloración tiene un rol crucial en el desarrollo individual, familiar y social durante el proceso de rehabilitación. La importancia de tratar la autoestima como un componente del tratamiento psicológico para individuos con consumo problemático de sustancias es demostrada por este estudio.

Pibaque-Gómez et al. (2021) también analizaron la conexión entre la autoestima y la resiliencia en pacientes con problemas de drogas y alcohol en Ecuador, destacando que los dos son recursos psicológicos que ayudan a sobrellevar y adaptarse durante el tratamiento. Esta

investigación demuestra que el fortalecimiento de las habilidades personales también es un factor determinante para la recuperación, además de la abstinencia.

En un CETAD de Manabí, Barberán et al. (2019) realizaron una investigación desde el punto de vista comunitario y familiar, en la que subrayaron lo relevante que es la educación familiar y la recuperación de las áreas sociales y psicológicas en individuos con problemas de consumo de alcohol y otras drogas. Este precedente hace más evidente la necesidad de intervenciones integrales que tengan en cuenta el contexto del paciente.

Pese a estos progresos, las investigaciones ecuatorianas revisadas se han enfocado sobre todo en analizar la autoestima, la resiliencia o los elementos familiares vinculados al consumo, sin examinar experimental o cuasiexperimentalmente una intervención de grupo basada en TCC para potenciar la autoestima en adultos institucionalizados. La implementación de un programa organizado en centros específicos de rehabilitación del país se justifica por esta diferencia (Vásquez Vera & Vega Intriago, 2021; Pibaque-Gómez et al., 2021; Barberán et al., 2019).

1.3 Objetivos De La Investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual para mejorar la autoestima en adultos ecuatorianos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de una muestra de adultos ecuatorianos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias.
- Evaluar el nivel de autoestima en la muestra de participantes, antes y después de la intervención, mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg.

- Aplicar una intervención grupal basada en la Terapia Cognitivo Conductual para mejorar la autoestima de los participantes del grupo experimental.
- Determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima entre el grupo experimental y el grupo control, antes y después de la intervención.

1.4 Hipótesis De La Investigación

La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual generará una mejora significativa en los niveles de autoestima del grupo experimental en comparación con el grupo control.

1.5 Justificación

La importancia social y sanitaria del consumo problemático de sustancias, un fenómeno que sigue teniendo un impacto importante en la salud pública a nivel global, es lo que justifica este estudio. La OMS informó que el uso de drogas psicoactivas está relacionado con cerca de 600.000 muertes anuales, y que el consumo de alcohol está asociado con alrededor de 2,6 millones. Según las cifras, las adicciones no solo son un problema individual, sino que también impactan la calidad de vida, la productividad a nivel social, la funcionalidad familiar y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios (OMS, 2024).

La importancia de investigar las intervenciones psicológicas en rehabilitación se vuelve más relevante desde un punto de vista internacional, dado que el acceso a los tratamientos todavía es limitado. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito informó que en 2022 existían aproximadamente 292 millones de personas que consumían drogas y alrededor de 64 millones con trastornos por consumo, pero solo una de cada once recibió un tratamiento especializado. Esta brecha indica que es preciso impulsar estrategias de terapia que sean

accesibles, organizadas y basadas en pruebas; esto es especialmente importante para grupos de individuos que ya están participando en procesos de rehabilitación (UNODC, 2024).

En el contexto ecuatoriano, la investigación es importante porque las políticas públicas sostienen que la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas deben realizarse desde un enfoque integral. Las normas nacionales enfatizan la importancia de implementar acciones basadas en evidencias científicas para orientar a los profesionales de la salud cuando toman decisiones en áreas comunitarias, educativas, laborales y sanitarias. Por lo tanto, la evaluación de una intervención psicológica estructurada contribuye a generar un conocimiento que puede ser utilizado para satisfacer las necesidades específicas de los servicios de atención y rehabilitación disponibles en el país (MSP, 2024).

La relevancia teórica del estudio reside en la necesidad de analizar con más profundidad la relación entre la autoestima, el consumo problemático de sustancias y la recuperación psicológica. La autoestima es un elemento decisivo en los procesos de cambio, porque influye en la percepción de eficacia propia, la motivación, la regulación emocional y la capacidad para mantener conductas sanas. El fortalecimiento puede ayudar a los individuos en rehabilitación a tener una autopercepción más funcional, disminuir sus sentimientos de culpa o menosprecio y aumentar su disposición para seguir con el tratamiento. Por ende, su análisis favorece la elaboración de modelos explicativos más integrales acerca de la recuperación de adicciones (Vásquez & Vega, 2021; Rosenberg, 1965).

La investigación también tiene un valor metodológico, ya que sugiere la evaluación sistemática de una intervención grupal basada en TCC, a través del uso de mediciones de autoestima antes y después de la intervención. Esta estructura permite analizar los cambios que son resultado del proceso de terapia y brinda información útil para investigaciones posteriores

llevadas a cabo en centros de rehabilitación. Además, para las comunidades que sufren frecuentemente de estigmatización, aislamiento o deterioro de lazos familiares y comunitarios durante su proceso de recuperación (Hofmann & Asnaani, 2022; Nakao & Shirotsuki, 2021), son fundamentales aspectos como el aprendizaje interpersonal, la identificación con experiencias similares y el fortalecimiento de aptitudes sociales. Esta modalidad grupal contribuye a estos elementos.

En la parroquia de Chaltura, la investigación tiene una importancia particular desde el punto de vista práctico e institucional porque puede ofrecer un modelo de intervención que se pueda repetir para adultos en rehabilitación por consumo problemático de sustancias en Ecuador. Los hallazgos que usted obtenga permitirán establecer si el fortalecimiento de la autoestima, a través de la TCC, contribuye a que los participantes logren una mejor condición psicológica, un mayor compromiso con la terapia y una reintegración social. Por lo tanto, la investigación no solo atiende una necesidad clínica local, sino que además brinda evidencia contextual que contribuye a mejorar la planificación de programas psicológicos en instituciones especializadas en tratamientos.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Autoestima como constructo psicológico

La autoestima es una construcción psicológica clave para entender cómo las personas interpretan su propio valor, cómo se adaptan socialmente y cómo se sienten emocionalmente. En líneas generales, se refiere a la valoración subjetiva que una persona hace de sí misma, la cual incluye elementos cognitivos, emocionales y actitudinales que tienen un impacto en su manera de comportarse, relacionarse y enfrentar lo que vive. La autoestima, según la psicología, no es una simple percepción pasajera, sino que es una apreciación más o menos constante que se edifica a partir de las vivencias personales, los logros percibidos, las experiencias de aceptación o rechazo y la interacción con el ambiente social (Rosenberg, 1965; Orth & Robins, 2022).

Aunque a menudo se usa de forma intercambiable con otros términos similares, es importante distinguir la autoestima del autoconcepto y de la autoeficacia. El autoconcepto se refiere al cúmulo de conocimientos, creencias y descripciones que un individuo tiene acerca de sí mismo; por ejemplo, cómo se ve a sí mismo en lo social, físico, académico, familiar o laboral. Por otro lado, la autoestima supone una evaluación afectiva de ese autoconcepto; en otras palabras, el nivel al que uno se estima a sí mismo, se respeta y se siente valioso. Por lo tanto, una persona puede tener claridad sobre sí misma sin necesariamente tener una valoración positiva de ella misma (Shavelson et al., 1976; Harter, 2012).

La autoestima, en cambio, es diferente de la autoeficacia debido a que está vinculada con la convicción que tiene un individuo acerca de su habilidad para planificar y realizar las acciones requeridas para llegar a metas específicas. La autoestima responde a la cuestión de "¿qué tanto

valor tiene una persona para sí misma?", mientras que la autoeficacia responde a "¿qué tan competente se siente para llevar a cabo una tarea específica?". Esta diferencia es importante para la investigación actual, ya que los adultos en rehabilitación pueden tener problemas con su autoevaluación y su confianza para mantener cambios en su comportamiento, pero no se deben confundir estos dos constructos a nivel conceptual (Maddux & Kleiman, 2023; Bandura, 1997).

La autoestima desempeña un rol significativo en el contexto clínico, ya que se relaciona con la regulación de las emociones, la motivación para cambiar, el proceso de tomar decisiones y la habilidad para formar lazos interpersonales sanos. La autoestima puede verse afectada por sentimientos de inseguridad, vergüenza, culpa, baja confianza en uno mismo y sensación de inutilidad. Estos factores pueden interferir con la adaptación psicológica y obstaculizar los procesos terapéuticos. En cambio, una autoestima más funcional promueve la aceptación de uno mismo, el manejo de los problemas y el establecimiento de objetivos realistas, elementos fundamentales en individuos que pasan por procesos de rehabilitación o recuperación psicológica (Orth et al., 2016; Sowislo & Orth, 2013).

2.1.2 Modelos explicativos de la autoestima

Los modelos explicativos de la autoestima facilitan entender la manera en que los individuos establecen, sostienen y alteran el valor que se asignan a sí mismos. A pesar de que este constructo puede ser examinado desde puntos de vista evolutivos, sociales, clínicos y cognitivos, tres enfoques son particularmente relevantes para este estudio. Inicialmente, Rosenberg (1965) definió la autoestima como una actitud general positiva o negativa hacia uno mismo, que se forma en interacción con el entorno social. En segundo lugar, Coopersmith (1967) propuso que la autoestima se forma a partir de vivencias de reconocimiento, competencia, aceptación y apreciación en el contexto social y familiar. Por último, Beck (1976) posibilitó

entender la autoestima desde el punto de vista cognitivo al indicar que las creencias centrales y los pensamientos automáticos tienen un impacto en cómo cada individuo interpreta su propio valor. La autoestima se puede examinar como un constructo que puede ser alterado a través de la intervención cognitivo-conductual, como una autovaloración general y como consecuencia de experiencias significativas; por lo tanto, estos modelos son pertinentes para el estudio en cuestión.

2.1.2.1 Modelo de autoestima de Rosenberg

Como define la autoestima como una actitud positiva o negativa general hacia uno mismo, el modelo de Rosenberg es uno de los enfoques más influyentes para investigar la autoestima. Desde este punto de vista, la autoestima no solo se refiere a la valoración de habilidades concretas, sino que refleja el nivel general de aceptación o rechazo que un individuo siente en términos de su propio valor. Por lo tanto, este modelo es útil para la investigación clínica y social porque posibilita examinar la autovaloración personal como un elemento extenso del bienestar psicológico, en vez de considerarla solo una percepción vinculada al desempeño en un campo específico (Rosenberg, 1965).

La propuesta de Rosenberg se elaboró desde un punto de vista sociopsicológico, porque considera que la imagen de uno mismo se forma a través del intercambio entre la experiencia personal y el entorno social. En este contexto, la autoestima se forma a partir de cómo un individuo entiende su aceptación, reconocimiento, pertenencia y posición dentro de los grupos importantes. Es importante esta explicación para las poblaciones en rehabilitación, ya que el consumo problemático de sustancias a menudo está relacionado con la estigmatización, la pérdida del reconocimiento social y el deterioro de los vínculos familiares, lo cual puede afectar cómo una persona se valora a sí misma (Rosenberg, 1965; Schmitt & Allik, 2005).

La Escala de Autoestima de Rosenberg, una herramienta compuesta por diez ítems que se utiliza frecuentemente en adultos y adolescentes, es un aporte fundamental del modelo de Rosenberg para medir la autoestima global. Esta escala se adapta a investigaciones que intentan detectar alteraciones en la autoestima antes y después de una intervención psicológica, ya que permite evaluar la autopercepción general de dignidad, respeto y aceptación personal. Este modelo proporciona, en la investigación actual, un fundamento teórico coherente para determinar si la terapia cognitivo conductual promueve una mejor autoevaluación en adultos que están en rehabilitación (Rosenberg, 1965; Sinclair et al., 2010).

2.1.2.2 Modelo de autoestima de Coopersmith

El modelo de Coopersmith describe la autoestima según los antecedentes que tiene una persona a nivel social, familiar y personal, ya que estos influyen en su percepción de valor. Desde esta perspectiva, la autoestima está vinculada con el juicio que el individuo hace de su propia competencia, valor, éxito y dignidad, basándose en las experiencias de aprobación, límites, respeto y reconocimiento que ha recibido a su alrededor. Así pues, la autoestima no se manifiesta de forma aislada; más bien, se va desarrollando paulatinamente a partir de condiciones relacionales que fomentan o restringen la seguridad personal (Coopersmith, 1967).

Coopersmith afirmó que tener niveles apropiados de autoestima está vinculado con experiencias tempranas de aceptación, reglas definidas, respaldo emocional y oportunidades para experimentar la realización personal. Por otro lado, entornos marcados por la falta de reconocimiento, la inconsistencia, el desprecio o el rechazo pueden propiciar sensaciones de inseguridad y baja autoestima. Esta perspectiva es relevante para entender a individuos en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias, ya que muchos de ellos han vivido

situaciones como la exclusión social, el conflicto familiar, el fracaso percibido o la pérdida de roles importantes, que pueden afectar su autoestima (Coopersmith, 1967; Mruk, 2013).

El modelo de Coopersmith contribuye a la investigación actual porque posibilita entender la autoestima como una construcción que se ve afectada por el entorno y que puede reforzarse a través de experiencias correctivas. En una intervención grupal, la validación, la ayuda entre compañeros, el reconocimiento de éxitos y la reconfiguración de la sensación de competencia pueden actuar como componentes terapéuticos que benefician una autoevaluación más positiva. Por lo tanto, esta perspectiva complementa el modelo de Rosenberg al describir no solo la manera en que se mide la autoestima, sino también las condiciones psicosociales que pueden favorecer su deterioro o mejora (Coopersmith, 1967).

2.1.2.3 Enfoque cognitivo de Beck

La autoestima se puede explicar a través de la relación entre emociones, pensamientos, creencias centrales y conductas gracias al enfoque cognitivo de Beck. De acuerdo con este modelo, los individuos entienden sus vivencias en función de los esquemas cognitivos que han formado a lo largo de su vida; estos pueden incluir creencias positivas o negativas acerca de sí mismos, del mundo y del futuro. La autoestima puede decaer y mantenerse a través de pensamientos automáticos desadaptativos (Beck, 1976; Beck, 2011) cuando predominan creencias nucleares negativas, como sentirse indigno, incapaz o fracasado.

Desde este punto de vista, la baja autoestima no se interpreta solamente como un sentimiento de desvalorización, sino como el producto de patrones cognitivos que estructuran la manera en que el individuo entiende sus logros, sus fallos, sus vínculos y su potencial para cambiar. Las convicciones centrales negativas, que tienden a ser inflexibles, universales y difíciles de poner en duda sin una intervención terapéutica, tienen la capacidad de reforzar

sentimientos como inseguridad, vergüenza, culpa o desesperanza. Este planteamiento es importante para individuos que tienen un consumo problemático de sustancias, porque las recaídas, el estigma y las pérdidas personales pueden llevar a interpretaciones negativas sobre la identidad propia (Beck, 1976; Chand et al., 2023).

El modelo cognitivo de Beck es particularmente beneficioso para este estudio, ya que proporciona una explicación directa de cómo la Terapia Cognitivo Conductual puede incrementar la autoestima. La intervención posibilita detectar pensamientos automáticos negativos, poner en duda las creencias disfuncionales y desarrollar interpretaciones más adaptativas y realistas sobre uno mismo. Por lo tanto, el fortalecimiento de la autoestima no se concibe como una mera modificación superficial de la actitud, sino como un proceso terapéutico que tiene como objetivo transformar los patrones cognitivos que respaldan la autovaloración negativa (Beck, 2011; Chand et al., 2023).

2.1.3 Autoestima en la salud mental

La autoestima es clave para la salud mental porque afecta cómo los individuos interpretan sus vivencias, controlan sus emociones y generan expectativas sobre sí mismos. Una autovaloración positiva favorece la sensación de dignidad, competencia y dominio personal; en cambio, una autoestima dañada puede elevar la susceptibilidad al malestar psicológico. La baja autoestima es un factor psicológico que se ha comprobado a través de la evidencia longitudinal como predictor de síntomas futuros de ansiedad y depresión, lo cual ratifica su relevancia para prevenir problemas clínicos y para el bienestar emocional (Sowislo & Orth, 2013).

La regulación de las emociones está directamente vinculada con la autoestima, ya que el modo en que una persona se evalúa a sí misma influye en cómo percibe y reacciona ante situaciones negativas. Los individuos con autoestima más estable tienden a tener una mayor

habilidad para soportar la frustración, reevaluar situaciones difíciles y disminuir las respuestas emocionales que no se adaptan. Por el contrario, una autoestima débil puede propiciar pensamientos de incapacidad, culpa o rechazo personal que aumentan emociones como la tristeza, la ansiedad, la vergüenza o la irritabilidad. Esto complica el ajuste psicológico a situaciones estresantes (Muris & Otgaar, 2023; Orth & Robins, 2022).

Dado que la confianza con la que una persona se establece objetivos, afronta dificultades y mantiene comportamientos dirigidos al cambio está determinada por la autoestima, esta también tiene un impacto en la motivación personal. Una persona que se siente valiosa y capaz de progresar, suele mostrar más perseverancia, disposición para aprender de sus fracasos y compromiso con sus metas. En cambio, una autoestima en declive puede provocar que uno evite las cosas, se sienta inseguro y tenga expectativas de logro reducidas; estos elementos disminuyen la iniciativa personal y restringen la continuidad de tratamientos terapéuticos o de rehabilitación (Bandura, 1997; Orth & Robins, 2022).

La autoestima afecta la calidad de las relaciones sociales a nivel interpersonal porque determina cómo los individuos solicitan apoyo, fijan límites y reaccionan al rechazo o la aceptación de otros. Una autoestima que funciona bien promueve una comunicación asertiva, relaciones más seguras y una mayor disposición para construir lazos de confianza. Por otro lado, una autoestima baja puede estar relacionada con miedo al juicio, aislamiento social, dependencia emocional o problemas para mantener relaciones equilibradas. Estas circunstancias pueden intensificar el malestar emocional y disminuir las redes de apoyo disponibles (Murray et al., 2000; Orth & Robins, 2022).

Además, la autoestima juega un papel importante en el afrontamiento, ya que afecta los recursos psicológicos que un individuo emplea para gestionar situaciones complicadas. Se han

encontrado correlaciones mutuas entre la autoestima, los estilos de afrontamiento y los síntomas de ansiedad en investigaciones longitudinales, lo que indica que una autovaloración positiva podría propiciar tácticas activas y adaptativas, mientras que una autoestima baja podría estar relacionada con dependencia excesiva a respuestas poco funcionales, rumiación o evitación. Por lo tanto, el fortalecimiento de la autoestima tiene el potencial de mejorar la forma en que las personas analizan los problemas y escogen estrategias para solucionarlos (Li et al., 2023).

2.2 Consumo problemático de sustancias

El consumo de sustancias de manera problemática es un fenómeno social y clínico complejo que impacta la salud física, psicológica y relacional de los individuos. No se restringe al consumo ocasional de alcohol, drogas u otras sustancias psicoactivas, sino que conlleva un patrón de consumo que provoca una disminución considerable en el desempeño individual, familiar, académico, laboral o comunitario. Desde la perspectiva de la salud mental, este fenómeno debe ser entendido como una condición con múltiples factores, donde se cruzan variables de índole biológica, social, psicológica y cultural que tienen impacto tanto en el comienzo como en la persistencia del comportamiento de consumo (World Health Organization [WHO], 2024; American Psychiatric Association, 2022).

Según el DSM-5-TR, el trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por un uso problemático que provoca una disminución funcional o malestar clínicamente significativo. Sus criterios se clasifican en cuatro dimensiones: deterioro del control sobre el consumo, impacto social, uso arriesgado y criterios farmacológicos como abstinencia o tolerancia. Esta categorización posibilita distinguir grados de gravedad en función de la cantidad de síntomas que hay, lo cual es importante para guiar la evaluación clínica y escoger tácticas de intervención que

se adapten a lo que el paciente necesita (National Center for Biotechnology Information, 2023; American Psychiatric Association, 2022).

Los trastornos que vienen a raíz del uso de sustancias, según la CIE-11, pertenecen al capítulo de trastornos mentales, conductuales y neurodesarrollo. Esta clasificación diferencia entre situaciones como la dependencia, el episodio de uso dañino, la abstinencia, la intoxicación y el patrón de uso perjudicial, entendiendo que el consumo puede causar perjuicios en términos físicos, psicológicos y sociales. La CIE-11, contrariamente a una perspectiva solamente moral o punitiva, permite tratar el consumo problemático desde un punto de vista sanitario, que se enfoca en el reconocimiento del daño, la disminución de riesgos y el cuidado integral del individuo (Poznyak et al., 2017; World Health Organization, 2019).

La relevancia del consumo problemático de sustancias como un problema de salud pública mundial queda en evidencia por su magnitud. Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2024, en 2022 hubo un consumo de drogas por parte de 292 millones de personas, cifra que indica un incremento del 20 % en los últimos diez años. Asimismo, aproximadamente 64 millones de individuos sufrieron trastornos por consumo de drogas; sin embargo, únicamente uno de ellos por cada once obtuvo un tratamiento especializado. Esto indica una diferencia importante entre la necesidad de atención y la disponibilidad efectiva de servicios terapéuticos (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2024).

El uso problemático de sustancias, desde el punto de vista clínico, a menudo está vinculado con la falta de control de impulsos, problemas en la regulación emocional y la toma de decisiones, así como con una deficiente capacidad para afrontar situaciones. La interacción entre el deseo intenso, el aprendizaje reforzado, la incomodidad a nivel emocional y los problemas para reemplazar la conducta de consumo con respuestas más adaptativas puede llevar a que una

persona siga consumiendo aunque sea consciente de las consecuencias negativas. Por lo tanto, el tratamiento no tiene que enfocarse solo en la detención del consumo, sino también en los procesos psicológicos que lo mantienen y en las circunstancias que obstaculizan la recuperación (American Psychiatric Association, 2022; McHugh et al., 2010).

El consumo problemático también tiene un aspecto psicosocial, ya que puede perjudicar las relaciones familiares, disminuir la participación en el trabajo, incrementar el estigma y menguar las posibilidades de integración a la comunidad. No solo empeoran la situación del individuo estas consecuencias, sino que tienen el potencial de influir en su motivación para cambiar, su autopercepción y su autoestima. En esta línea, las intervenciones deben combinar el aspecto clínico con el fortalecimiento de recursos sociales y personales para que la recuperación sea completa, sobre todo en los adultos que están atravesando procesos de rehabilitación (Beck et al., 1993; UNODC, 2024).

2.2.1 Factores psicológicos asociados al consumo problemático de sustancias

La interacción de factores familiares, psicológicos y sociales que aumentan la vulnerabilidad individual y obstaculizan la recuperación explica el consumo problemático de sustancias. A pesar de que los criterios diagnósticos posibilitan el reconocimiento de la existencia clínica del trastorno, su comprensión exige examinar procesos internos como la autoeficacia, la autoestima, la regulación de las emociones, la impulsividad y el afrontamiento, además de factores contextuales como el respaldo familiar y la presión social. Esta perspectiva integral es precisa debido a que, a nivel global, se calculó que 64 millones de individuos sufrieron trastornos por uso de drogas en 2022 y solo uno de cada once obtuvo tratamiento especializado. Esto demuestra la necesidad de intervenciones que aborden no solamente el

consumo, sino también sus factores relacionados (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2024).

La autoestima es un factor psicológico importante, ya que determina cómo el individuo se evalúa a sí mismo y cómo afronta situaciones de rechazo social, fracaso o culpa. Cuando la autoestima está en declive, el ser humano puede ser más susceptible a comportamientos de riesgo, ya que el consumo puede actuar como un mecanismo para evadirse emocionalmente o como una manera de buscar aceptación en ciertos grupos. Una autoestima débil en personas que están en rehabilitación puede influir negativamente sobre la motivación, la adherencia a las terapias y cómo se percibe la habilidad para mantener cambios saludables (Rosenberg, 1965; Vásquez & Vega, 2021).

La autoeficacia también tiene un papel fundamental en el consumo problemático de sustancias, pues está vinculada a la convicción que una persona tiene acerca de su habilidad para controlar impulsos, resistir situaciones peligrosas y sostener comportamientos de recuperación. Según la teoría de la cognición social, la autoeficacia tiene un impacto en las decisiones conductuales, el esfuerzo continuo y la perseverancia ante dificultades. Por lo tanto, una percepción de control baja puede incrementar el peligro de dejar el tratamiento o sufrir una recaída. Por otro lado, una autoeficacia más alta promueve la planificación, el autocontrol y la confianza para afrontar situaciones relacionadas con el consumo (Bandura, 1997; McHugh et al., 2010).

La regulación emocional es un elemento crucial, porque numerosos comportamientos de consumo están relacionados con el desafío de gestionar estados internos intensos como la ira, la tristeza, la ansiedad, el estrés o la vergüenza. Una revisión sistemática y metaanálisis de trastornos por consumo de sustancias reveló que los problemas para regular las emociones están

relacionados de manera significativa con estos trastornos, lo que apoya la noción de que el consumo puede funcionar como una forma desadaptativa de mitigar el malestar psicológico. Por lo tanto, los tratamientos deben incorporar tácticas que permitan identificar, aceptar y manejar las emociones sin necesidad de consumir (Stellern et al., 2023).

El afrontamiento está relacionado con los métodos conductuales y cognitivos que una persona emplea para reaccionar ante circunstancias de presión o estrés. Cuando predominan tácticas evasivas, como el aislamiento, la negación del problema o la huida a través del consumo es más probable que se mantengan los patrones de adicción. En cambio, la solución de problemas, el afrontamiento activo, la reinterpretación cognitiva y la búsqueda de apoyo favorecen respuestas más adaptativas frente a circunstancias de riesgo. En este contexto, la intervención psicológica tiene que potenciar recursos de afrontamiento que faciliten al sujeto afrontar los conflictos sin requerir de la sustancia (Lazarus & Folkman, 1984; McHugh et al., 2010).

La impulsividad es un elemento psicológico que está vinculado al comienzo, la continuidad y la recaída del consumo problemático, ya que incide en la habilidad de inhibir reacciones inmediatas frente a estímulos placenteros. Las personas que tienen más impulsividad podrían tener problemas para prever las consecuencias, posponer las recompensas y controlar los deseos de consumir con intensidad. Dado que este proceso está vinculado con el deseo intenso y con la toma de decisiones en condiciones emocionales fuertes, es importante desarrollar capacidades de autocontrol, pausa conductual y análisis de las consecuencias en los programas de rehabilitación (Stellern et al., 2023; American Psychiatric Association, 2022).

El consumo problemático también está influenciado por la presión social, en particular cuando el individuo se enfrenta a colectivos donde el consumo es normal, se refuerza o se

emplea como método de pertenencia. Este elemento tiene la capacidad de influir tanto en el comienzo como en la recaída, dado que las interacciones con otros pueden hacer que resurjan recuerdos, anhelos de consumo o miedo a ser rechazado. En adultos en proceso de rehabilitación, la presión del entorno puede ser particularmente problemática si no hay límites personales, redes alternativas de apoyo y habilidades sociales que respalden el cambio conductual (Beck et al., 1993; UNODC, 2024).

Un elemento importante de protección es el apoyo familiar, ya que propicia la estabilidad emocional, la reintegración social del individuo en recuperación y que este mantenga su tratamiento. Un ambiente familiar que se distingue por la comunicación, el acompañamiento y los límites claros puede potenciar la motivación para cambiar; por otro lado, la falta de apoyo, el rechazo o los conflictos pueden aumentar las sensaciones de desvalorización y la posibilidad de una recaída. Por lo tanto, es necesario que el enfoque del consumo problemático tenga en cuenta la dimensión familiar como un componente del proceso terapéutico y no solamente como un entorno externo al paciente (McCrady & Flanagan, 2021; UNODC, 2024).

2.3 Relación entre autoestima y consumo problemático de sustancias

La conexión entre la autoestima y el consumo problemático de sustancias es importante desde un punto de vista clínico, ya que vincula la autovaloración personal con comportamientos riesgosos, la persistencia del consumo y las oportunidades de recuperación. Según la UNODC (2024), en 2022, a nivel mundial, cerca de 64 millones de individuos sufrieron trastornos relacionados con el uso de drogas; sin embargo, únicamente una de cada once personas tuvo acceso a un tratamiento especializado. Esto pone de manifiesto la urgencia de examinar factores psicológicos que puedan contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir las recaídas.

Cuando una persona tiene una baja autoestima, puede actuar como un factor de riesgo si siente que tiene poco valor personal, inseguridad o poca capacidad para abordar conflictos. En estas situaciones, el consumo puede servir como un medio para escapar de las emociones, buscar la aceptación social o disminuir transitoriamente el malestar. Por esta razón, es posible que una autovaloración negativa genere un aumento de la vulnerabilidad en situaciones donde el consumo es normal o está reforzado por el grupo social (Rosenberg, 1965; Yan et al., 2020).

La relación funciona también en sentido inverso, ya que el consumo problemático tiene la capacidad de ir degradando poco a poco la autoestima. Las consecuencias del consumo, como conflictos familiares, pérdida de roles, estigmatización, recaídas y dificultades laborales, pueden reforzar creencias de fracaso, culpa e incapacidad. Por lo tanto, el individuo no solo afronta los impactos directos del consumo, sino también una autoevaluación cada vez más negativa que obstaculiza mantener transformaciones saludables (Beck et al., 1993; Fernández-Alarcón et al., 2024).

Esta relación de doble sentido forma un ciclo clínico complicado: la autoestima baja puede propiciar el consumo como método de afrontamiento, y el consumo prolongado puede agudizar la desvalorización personal. La autoestima puede influir en procesos vinculados a la recaída en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, sobre todo si se unen a una resiliencia baja y problemas familiares, según investigaciones recientes (Xia et al., 2022).

En adultos en tratamiento de rehabilitación, es imprescindible reforzar la autoestima, ya que la recuperación no solo se basa en la abstinencia, sino también en restablecer la identidad personal y confiar en la habilidad propia para transformar. Una autoestima más funcional tiene la capacidad de mejorar la motivación en terapia, la autoeficacia, el manejo de circunstancias arriesgadas y la reintegración a la sociedad. Por lo tanto, abordar esta variable a través de la

Terapia Cognitivo Conductual facilita el tratamiento de las creencias negativas que tenemos sobre nosotros mismos y que alimentan el malestar, así como también el riesgo de recaída (Beck, 2011; McHugh et al., 2010).

2.3.1 Rehabilitación psicológica en personas con consumo problemático de sustancias

La rehabilitación psicológica en pacientes que consumen sustancias de manera problemática no solo se basa en la abstinencia, dado que dejar de consumir no asegura la recuperación completa por sí misma. El tratamiento, desde un punto de vista clínico, tiene que tratar los factores emocionales, sociales, conductuales y cognitivos que apoyan la conducta adictiva y las circunstancias que pueden propiciar una recaída. Por consiguiente, la recuperación supone un proceso gradual de reestructuración personal, consolidación de recursos psicológicos y desarrollo de estilos de vida más sanos (American Psychiatric Association, 2022; McHugh et al., 2010).

La reconstrucción personal es uno de los elementos fundamentales en la rehabilitación. Se refiere al proceso a través del cual el individuo vuelve a percibirse de una manera más funcional, redefine sus objetivos y consolida su sentido de responsabilidad ante el cambio. En individuos con un patrón de consumo problemático, la reconstrucción a menudo implica trabajar sobre creencias de incapacidad, culpa, fracaso o desvalorización, ya que estas ideas pueden tener un impacto negativo en la autoestima y reducir la motivación para mantener el tratamiento (Marlatt & Donovan, 2005; Beck et al., 1993).

Otro factor importante es la adherencia a la terapia, pues el seguimiento del tratamiento posibilita afianzar las capacidades de afrontamiento, regulación emocional y prevención de recaídas. Si el individuo se involucra de manera activa en el proceso terapéutico, se incrementa

la oportunidad de detectar situaciones peligrosas, identificar pensamientos relacionados con el consumo y generar respuestas distintas. En este contexto, la rehabilitación necesita intervenciones organizadas que fomenten el compromiso, la supervisión y la participación constante (McHugh et al., 2010; Carroll & Kiluk, 2017).

Dado que la vuelta al consumo puede estar vinculada a situaciones de riesgo, presiones sociales, estados emocionales adversos o estrés, prevenir las recaídas es un elemento fundamental en la rehabilitación psicológica. El abordaje de prevención de recaídas sostiene que el individuo tiene que aprender a identificar las señales tempranas, gestionar el anhelo de consumo y utilizar tácticas de afrontamiento antes de que vuelva a aparecer el patrón de adicción. Por lo tanto, la recaída no debe interpretarse solo como una falla, sino como un acontecimiento clínico que tiene el potencial de ser analizado y prevenido con habilidades específicas (Marlatt & Donovan, 2005; Witkiewitz et al., 2019).

La reintegración social también está incluida en el proceso de recuperación, ya que la capacidad del individuo para restablecer conexiones con su familia, su trabajo y su comunidad determina su bienestar. La exclusión, la estigmatización y la pérdida de roles sociales pueden hacer que el cambio no sea continuo. Por eso, es importante que la rehabilitación fomente la responsabilidad individual, las destrezas sociales, las redes de apoyo y la participación en la comunidad. Por lo tanto, la rehabilitación se enfoca no solo en dejar de consumir, sino también en recuperar la autonomía, la funcionalidad y el sentido de pertenencia (World Health Organization [WHO], 2019; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2024).

2.4 Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual es una metodología psicoterapéutica enfocada en metas y fundamentada en evidencia, que elucida la incomodidad psicológica a partir de la conexión

entre emociones, pensamientos y comportamientos. Desde este punto de vista, los individuos no responden solamente a los sucesos, sino también a su interpretación; por lo tanto, el cambio terapéutico ocurre cuando se detectan y alteran patrones conductuales y cognitivos que sostienen el problema psicológico (Beck, 1976; Beck, 2011).

2.4.1.1 Modelo cognitivo

De acuerdo con la teoría cognitiva, las conductas y las emociones están intermediadas por cómo el individuo interpreta sus propias experiencias. Esto implica que una misma circunstancia puede provocar respuestas distintas dependiendo de los significados que el individuo le asigne. Este modelo permite entender en el ámbito clínico cómo las valoraciones negativas sobre uno mismo, el entorno o el futuro pueden mantener síntomas emocionales, conductas desadaptativas y una autoestima baja (Beck, 1976; Clark & Beck, 2010).

El modelo cognitivo facilita el análisis de la manera en que determinadas interpretaciones contribuyen al sostenimiento del consumo en individuos con problemas de consumo de sustancias. Ideas como "no puedo cambiar", "soy un fracaso" o "necesito consumir para sentirme mejor" pueden hacer que se intensifiquen las emociones y que la probabilidad de comportamientos de riesgo se incremente. Por eso, la TCC tiene como objetivo intervenir sobre estos significados a fin de fomentar respuestas más útiles frente al malestar (Beck et al., 1993; McHugh et al., 2010).

2.4.1.2 Pensamientos automáticos

Las ideas breves, rápidas y espontáneas que surgen frente a ciertas circunstancias y que afectan directamente la conducta y las emociones se conocen como pensamientos automáticos. Por lo general, la gente los acepta como verdaderos sin un análisis crítico; por eso, si su

contenido es absolutista, rígido o desvalorizante pueden intensificar estados negativos a nivel emocional (Clark & Beck, 2010; Beck, 2011).

En adultos que están en proceso de rehabilitación, los pensamientos automáticos pueden estar asociados con incapacidad, anticipación de fracaso, vergüenza o culpabilidad. Estas ideas tienen el potencial de disminuir la motivación para seguir con el tratamiento y de hacer que la autoestima se debilite. Por lo tanto, una función esencial de la TCC es instruir al paciente para que reconozca estos pensamientos, anote las circunstancias que los desencadenan y valore su veracidad o utilidad antes de actuar con base en ellos (Beck, 2011; Carroll & Kiluk, 2017).

2.4.1.3 Creencias centrales

Las creencias fundamentales son patrones profundos y más o menos estables que un individuo forma acerca de sí mismo, los demás y el mundo. Estas convicciones frecuentemente se forjan a partir de vivencias significativas y tienen el potencial de influir la forma en que una persona interpreta los sucesos del día a día. Si las creencias fundamentales son negativas, pueden mantener una valoración personal disminuida y provocar reacciones emocionales que no se adaptan (Beck, 1976; Beck, 2011).

En individuos con autoestima baja, las ideas fundamentales suelen manifestarse en creencias como "no soy capaz", "no valgo" o "no merezco apoyo". Estas creencias pueden impactar la adherencia terapéutica y hacer que las recaídas sean más probables en los procesos de rehabilitación. La TCC actúa sobre estas creencias a través de la indagación cognitiva, la búsqueda de pruebas, la creación de interpretaciones alternativas y el fortalecimiento de vivencias que se opongan a la autopercepción negativa (Beck et al., 1993; Marlatt & Donovan, 2005).

2.4.1.4 Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas son fallas sistemáticas en el procesamiento de información que conducen a una interpretación sesgada, desmesurada o pesimista de la realidad. La personalización, la catastrofización, el pensamiento dicotómico, la generalización excesiva y la descalificación de lo positivo son algunos de los más comunes. Según Beck (1976) y Burns (1980), estas distorsiones tienen la capacidad de exacerbar sentimientos negativos y perpetuar comportamientos no adaptativos.

En el caso de personas adultas con problemas relacionados al consumo de sustancias, las distorsiones cognitivas podrían intensificar la desesperanza y la autoestima baja. Por ejemplo, una recaída podría considerarse como "todo está perdido", en vez de ser analizada como un indicativo clínico que necesita una modificación del plan de tratamiento. La detección de estas distorsiones posibilita sustituir interpretaciones inflexibles por pensamientos más realistas, lo que beneficia la confrontación y la continuidad del proceso de recuperación (Marlatt & Donovan, 2005; Witkiewitz et al., 2019).

2.4.1.5 Relación pensamiento-emoción-conducta

La TCC sostiene que hay una relación dinámica entre la conducta, las emociones y el pensamiento. Una emoción intensa puede ser provocada por un pensamiento negativo, y esa emoción puede motivar una conducta específica. Por ejemplo, si alguien cree que "no puede cambiar", podría sentirse ansioso o triste y reaccionar con aislamiento, evitación o deserción del tratamiento. Así, el malestar persiste debido a la interacción entre la acción, la emoción y la interpretación (Beck, 2011; Clark & Beck, 2010).

El objetivo de la intervención cognitivo-conductual es transformar este circuito utilizando métodos que faciliten la regulación de las emociones, el cuestionamiento de los pensamientos y

la práctica de comportamientos más adaptativos. Este proceso es particularmente relevante en individuos en rehabilitación, ya que posibilita reemplazar las respuestas vinculadas al consumo por estrategias de afrontamiento, autocuidado y resolución de problemas. Por lo tanto, la TCC es relevante para mejorar la autoestima y promover transformaciones duraderas en adultos con consumo problemático de sustancias (Beck et al., 1993; McHugh et al., 2010).

2.4.2 Técnicas cognitivo-conductuales aplicadas al fortalecimiento de la autoestima

Las estrategias cognitivo-conductuales que tienen como objetivo mejorar la autoestima se centran en cambiar pensamientos no adaptativos, fomentar comportamientos funcionales y cultivar una autopercepción más positiva y realista. Estas estrategias posibilitan tratar la inseguridad, la culpa, la autocrítica y las creencias de incapacidad que tienen el potencial de impactar el compromiso con el tratamiento y la motivación para cambiar en individuos que se encuentran en proceso de rehabilitación (Beck, 2011; McHugh et al., 2010).

2.4.2.1 Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica básica que hace posible que el participante entienda la conexión entre sus pensamientos, emociones, conductas y autoestima. Su objetivo es que el individuo entienda cómo algunas valoraciones negativas acerca de sí mismo pueden causar sufrimiento emocional y reacciones poco adaptativas. Esta técnica ayuda a entender el consumo en la rehabilitación como un problema clínico que se puede cambiar, y no como una condición inalterable o moral (Beck, 2011; Carroll & Kiluk, 2017).

2.4.2.2 Identificación de pensamientos automáticos

Al identificar pensamientos automáticos, se pueden detectar ideas rápidas e impulsivas que surgen en situaciones de rechazo, malestar, frustración o peligro de consumo. En individuos con una autoestima débil, estos pensamientos a menudo están asociados con la inutilidad, el

fracaso, la culpa o la falta de capacidad. El participante puede examinar su impacto en las emociones y comportamientos al hacerlos conscientes, evitando actuar de forma impulsiva o dirigida por interpretaciones negativas no analizadas (Beck, 2011; Clark & Beck, 2010).

2.4.2.3 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva tiene como objetivo desafiar los pensamientos negativos y reemplazarlos con interpretaciones más funcionales, equilibradas y realistas. Es particularmente beneficiosa para robustecer la autoestima esta estrategia, ya que posibilita la revisión de creencias como "no soy valioso", "no tengo capacidad de cambiar" o "si fracasé una vez, siempre fracasaré". A través de la formulación de opciones, del análisis de evidencias y de preguntas orientadas, el individuo aprende a desarrollar una autovaloración más flexible y adaptable (Beck, 2011; Hofmann et al., 2012).

2.4.2.4 Autorregistros

Los autorregistros son instrumentos escritos que posibilitan la observación de la relación entre el pensamiento, la emoción, la conducta y la consecuencia en relación con una situación. Su utilidad se basa en que asisten a los participantes a detectar patrones reiterados de autocrítica, evasión o respuesta impulsiva. Los autorregistros posibilitan detectar pensamientos que desvalorizan, realizar una evaluación de los cambios graduales durante el proceso terapéutico y reconocer progresos en la autoestima (Carroll & Kiluk, 2017; Beck, 2011).

2.4.2.5 Habilidades de afrontamiento

La capacitación en habilidades de afrontamiento posibilita que se generen respuestas diferentes frente a circunstancias de tensión, conflicto familiar, presión social o anhelo de consumo. Entre estas competencias se encuentran: la gestión de emociones, la comunicación asertiva, la resolución de problemas y la planificación de respuestas frente a circunstancias de

riesgo. El afrontamiento adaptativo favorece la percepción de control personal en individuos en rehabilitación y disminuye la dependencia de estrategias evitativas relacionadas con el consumo (Marlatt & Donovan, 2005; McHugh et al., 2010).

2.4.2.6 Fortalecimiento de la autoeficacia

El fortalecimiento de la autoeficacia está dirigido a aumentar la seguridad de un individuo en su habilidad para afrontar problemas, mantener decisiones saludables y alcanzar objetivos terapéuticos. Esta técnica se aplica a través del reconocimiento de logros, el diseño de metas alcanzables y la evaluación de experiencias exitosas. La autoeficacia en los adultos en rehabilitación puede contribuir a la autoestima, la prevención de recaídas y la permanencia con el tratamiento, ya que refuerza la percepción del control personal ante circunstancias riesgosas vinculadas al consumo (Bandura, 1997; Marlatt & Donovan, 2005).

2.4.3 Terapia Cognitivo Conductual en personas con problemas de consumo

La terapia cognitivo-conductual es uno de los enfoques psicológicos más empleados para tratar a individuos con consumo problemático de sustancias, ya que posibilita la intervención en las conductas, emociones y pensamientos que perpetúan el patrón adictivo. Desde esta perspectiva, el consumo no se entiende solo como un comportamiento aislado, sino también como una respuesta aprendida que puede ponerse en marcha ante estímulos internos (craving, culpa, ansiedad o tristeza) y externos (presión social, conflictos familiares o exposición a situaciones relacionadas con el consumo) (Beck et al., 1993; McHugh et al., 2010).

La TCC, en personas con problemas de consumo, se enfoca en encontrar situaciones de riesgo, identificar pensamientos automáticos asociados a la sustancia y crear respuestas alternativas más adaptativas. Por ejemplo, pensamientos como "ya he fracasado de nuevo", "no puedo controlar el impulso" o "solamente consumo para sentirme mejor" pueden aumentar la

vulnerabilidad emocional y propiciar las recaídas. Por lo tanto, la intervención cognitivo-conductual se enfoca en prevenir recaídas, resolver problemas, reestructurar estas creencias y entrenar habilidades de afrontamiento (Carroll & Kiluk, 2017; Marlatt & Donovan, 2005).

También se debe a su naturaleza estructurada y práctica que la TCC es útil para esta población. Esto se debe a que posibilita que el paciente aprenda tácticas específicas para regular sus emociones, resistir situaciones de alto riesgo, lidiar con las ganas de consumir y reforzar la toma de decisiones. Estas técnicas pueden ser particularmente relevantes en contextos de rehabilitación residencial, dado que los participantes disponen de un entorno terapéutico ordenado, supervisión profesional y posibilidades para ensayar nuevas competencias dentro de una rutina institucional. Por lo tanto, la TCC tiene como objetivo no solamente disminuir el consumo, sino también robustecer las herramientas psicológicas que son imprescindibles para mantener la recuperación, tales como el afrontamiento adaptativo, la autoeficacia y la autoestima (McHugh et al., 2010; Carroll & Kiluk, 2017).

La TCC es importante para los adultos en rehabilitación porque a menudo tienen creencias negativas sobre sí mismos, sentimientos de culpa, una percepción escasa de su capacidad y miedo a recaer. Estas circunstancias pueden tener un impacto en la autoestima y reducir el incentivo para seguir con el tratamiento. Por lo tanto, el enfoque cognitivo-conductual facilita la labor de manera directa con la valoración personal, la responsabilidad individual y el establecimiento de objetivos realistas, lo que propicia una recuperación más completa y no solamente centrada en la abstinencia (Beck et al., 1993; Marlatt & Donovan, 2005).

2.5 Marco legal

2.5.1 Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador (2008) establece el marco legal que asegura el derecho a una salud integral para los ciudadanos, lo cual abarca también la salud mental. El artículo 32, en esta línea, reconoce que la salud es un derecho esencial que el Estado tiene la responsabilidad de asegurar a través de servicios de promoción, conservación, cuidado y rehabilitación. De igual manera, el artículo 35 establece que se preste atención preferente a aquellos colectivos en situaciones de vulnerabilidad, incluyendo a individuos con dificultades que impactan su bienestar psicológico.

En particular, el artículo 364 determina que las adiciones son un problema de salud pública y que es responsabilidad del Estado establecer políticas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Por ende, estas disposiciones están vinculadas con la investigación actual porque apoyan el uso de intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, que buscan mejorar la autoestima y ayudar a los procesos de rehabilitación en individuos que presentan un consumo problemático de sustancias (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

2.5.2 Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud, promulgada en 2006, establece los deberes del Estado para asegurar que la población reciba una atención integral, incluida la salud mental, y regula cómo se organiza el sistema nacional de salud. En este contexto, el artículo 4 establece que la salud es un derecho esencial y que el Estado tiene la obligación de asegurar que se pueda acceder a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Además, el artículo 11 dice que las acciones de salud tienen que enfocarse en la atención integral del individuo, teniendo en cuenta los elementos físicos, sociales y psicológicos que afectan su bienestar.

El título V de la Ley, en particular, trata asuntos vinculados con la salud mental y destaca lo relevante que es poner en marcha programas de atención, rehabilitación y reinserción social para individuos con trastornos asociados al consumo de sustancias. En consecuencia, estas disposiciones están vinculadas con el estudio actual porque respaldan la implementación de intervenciones psicológicas fundamentadas en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual. Enfocadas en robustecer la autoestima y ayudar a las personas con problemas de consumo de sustancias en sus procesos de rehabilitación.

2.5.3 Reglamento General de la Ley Orgánica de Salud

El Reglamento General de la Ley Orgánica de Salud (2014) determina lo que es necesario para poner en práctica y llevar a cabo dicha ley, lo cual regula cómo está organizada, cómo funciona y cómo se brindan los servicios sanitarios en el país. En el capítulo VII de este marco regulatorio, se contemplan pautas para la atención a individuos con trastornos por consumo de sustancias, subrayando la importancia de asegurar que el sistema nacional de salud ofrezca servicios integrales de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Este reglamento también fomenta la aplicación de estándares técnicos en la atención de salud mental, con el objetivo de garantizar tratamientos terapéuticos que se fundamenten en criterios profesionales y científicos. Por tanto. La investigación actual está relacionada con estas disposiciones porque apoyan la creación de programas de intervención psicológica, como la TCC, que buscan reforzar la autoestima y ayudar a los procesos de rehabilitación en individuos con consumo problemático de sustancias, lo que contribuye a su recuperación e integración social (Reglamento a la Ley Orgánica de Salud, 2014).

2.5.4 Política Nacional de Prevención y Control del Consumo de Sustancias

La Política Nacional de Prevención y Control del Consumo de Sustancias (2024) es una herramienta estatal que tiene como objetivo abordar el consumo problemático de sustancias desde la perspectiva de la salud pública, los derechos humanos y la inclusión social. Esta política determina tácticas completas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reincorporación a la sociedad de individuos que han sido perjudicados por el uso de alcohol y otras sustancias. Un punto fuerte de sus directrices es la rehabilitación y reinserción social, que fomenta el desarrollo de programas terapéuticos destinados a mejorar el bienestar psicológico, las capacidades personales y las habilidades para enfrentar situaciones difíciles de las personas en proceso de recuperación.

De igual manera, propone la coordinación entre instituciones para asegurar servicios especializados de atención a la salud mental y tratamiento de adicciones. Esta política respalda la implementación de intervenciones psicológicas basadas en evidencia, como la Terapia Cognitivo Conductual, con el fin de mejorar la autoestima y promover la rehabilitación integral de individuos que consumen sustancias problemáticamente en Ecuador (Lineamientos de prevención integral del uso y consumo problemático de drogas., 2024).

2.5.5 Código de Ética de la American Psychological Association

El Código de Ética de la American Psychological Association define principios y reglas que buscan regular la práctica profesional, investigativa y terapéutica en el campo de la psicología. La integridad, la justicia y el respeto por los derechos y la dignidad del ser humano son algunos de sus principios generales, así como la fidelidad y responsabilidad, la beneficencia y no maleficencia. Estos principios son relevantes para la investigación actual porque se llevó a cabo con adultos que están en proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias,

un colectivo que necesita una atención especial en términos de salvaguardar su bienestar psicológico, privacidad, autonomía y confidencialidad (American Psychological Association, 2017).

Desde este enfoque, la intervención fundamentada en Terapia Cognitivo Conductual tenía que asegurar el tratamiento confidencial de los datos adquiridos, prevenir perjuicios psicológicos, respetar la participación voluntaria y perseguir el bienestar de los participantes. De igual modo, se requirió responsabilidad profesional para implementar, interpretar y analizar los resultados de las herramientas psicológicas, evitando el uso de juicios estigmatizantes o conclusiones que atenten contra la dignidad de los participantes. Por esta razón, el Código de Ética de la APA proporciona un marco deontológico esencial para respaldar el comportamiento ético del investigador a lo largo del proceso de evaluación e intervención.

2.5.6 Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial ha creado la Declaración de Helsinki, que es un referente global para la investigación con seres humanos. Según este documento, se debe anteponer la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes a cualquier interés científico en toda investigación. Asimismo, indica lo relevante que es la evaluación ética del estudio, el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos, la proporcionalidad entre riesgos y beneficios y la protección particular de individuos o colectivos en condiciones de vulnerabilidad (World Medical Association, 2024).

La Declaración de Helsinki es pertinente en este estudio porque la investigación incluyó a adultos que estaban institucionalizados en un centro de rehabilitación por problemas relacionados con el consumo de sustancias. Por este motivo, se requirió asegurar que la participación fuera voluntaria, que los sujetos entendieran las metas del estudio, que tuvieran la

posibilidad de retirarse sin sufrir consecuencias negativas y que los datos adquiridos se usaran exclusivamente para fines científicos y académicos. Así, la intervención cognitivo-conductual se fundamentó no únicamente en criterios de metodología, sino también en principios éticos que buscan salvaguardar la integridad, la autonomía y la dignidad de los participantes.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Descripción del área de estudio/grupo de estudio

En la parroquia de Chaltura, en la provincia ecuatoriana de Imbabura, se llevó a cabo la investigación en el Centro Especializado de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas "Resurge". Este centro ofrece atención a adultos en tratamiento de rehabilitación por consumo problemático de sustancias, a través de un modelo residencial enfocado en la recuperación gradual, el apoyo terapéutico, el fortalecimiento personal y la reintegración en la sociedad.

El CETAD "Resurge" opera como un lugar institucional dedicado a brindar un tratamiento holístico para individuos con dificultades vinculadas al uso de alcohol y otras drogas. La modalidad residencial posibilita que los usuarios se queden en el centro a lo largo del proceso terapéutico, lo cual favorece el monitoreo constante, la organización de rutinas, la disminución de exposición a situaciones arriesgadas y la participación en actividades enfocadas en la recuperación. Esta forma es relevante para el estudio actual, ya que posibilitó que la intervención grupal se realizara en un contexto controlado, con los participantes disponibles y con apoyo institucional a lo largo de todo el proceso de investigación.

Respecto a su infraestructura, el centro posee áreas dedicadas a la atención y permanencia de los usuarios, como espacios para comer, convivir, actividades grupales y atención terapéutica. Estos lugares posibilitan llevar a cabo procedimientos de intervención tanto individual como en grupo, además de actividades recreativas, psicoeducativas y de apoyo propias del tratamiento residencial. Para la investigación, fue importante tener áreas disponibles para el trabajo en grupo

porque esto permitió que las sesiones basadas en Terapia Cognitivo Conductual se llevaran a cabo de manera estructurada.

En cuanto a los recursos humanos, el centro cuenta con un equipo de trabajadores que se encargan de supervisar, asistir y acompañar a los usuarios durante su proceso de rehabilitación. Este equipo realiza tareas vinculadas a la contención, el asesoramiento, el seguimiento diario y la asistencia en actividades institucionales. La participación de los usuarios, el cumplimiento de la dinámica institucional y la garantía de que la intervención se llevara a cabo en condiciones apropiadas fueron posibles gracias a la coordinación con el personal del centro dentro del estudio.

El grupo de estudio estuvo compuesto por adultos ecuatorianos que estaban en un proceso de rehabilitación por consumo problemático de sustancias y que pertenecían al CETAD "Resurge". Dado que tenía rasgos clínicos y contextuales que estaban directamente vinculados con el problema de investigación, esta población fue relevante para el estudio, sobre todo en lo que respecta a la autoestima, la motivación para cambiar, la rehabilitación y el fortalecimiento de recursos psicológicos. Por esta razón, el centro se constituyó como un lugar apropiado para examinar la implementación de una intervención grupal basada en Terapia Cognitivo Conductual con el objetivo de mejorar la autoestima.

3.2 Enfoque y tipo de investigación

La metodología de la investigación fue cuantitativa, pues utilizó instrumentos psicométricos para medir la autoestima de manera objetiva y analizó estadísticamente los datos obtenidos. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2020), el enfoque cuantitativo se distingue por ser un proceso secuencial, metódico y con evidencias, donde las variables se miden numéricamente para verificar hipótesis planteadas con anterioridad.

El estudio fue de naturaleza aplicada, ya que su objetivo era analizar la eficacia de una intervención psicológica fundamentada en la Terapia Conductual Cognitiva con el propósito de elevar la autoestima de los adultos en proceso de rehabilitación. Este tipo de estudio está dirigido a solucionar problemas específicos utilizando conocimientos científicos, así que es relevante en el campo clínico y psicoterapéutico.

El estudio fue explicativo porque no solamente se dedicó a describir los niveles de autoestima de los participantes, sino que también procuró examinar el impacto de una intervención cognitivo-conductual en esa misma variable. En esta línea, la investigación tuvo como objetivo verificar si la implementación de la intervención generó variaciones que fueran estadísticamente significativas entre las mediciones inicial y final.

El diseño fue cuasiexperimental, con un grupo de control no equivalente y medición pretest-postest. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2020), los diseños cuasiexperimentales posibilitan el análisis del impacto de una intervención en situaciones donde se trabaja con grupos ya establecidos o cuando no se puede asignar a los participantes de manera aleatoria. Siguiendo esta línea, Shadish et al. (2002) afirman que este tipo de diseño es apropiado en situaciones educativas, comunitarias, institucionales o aplicadas, en las que el control experimental absoluto se ve limitado por las circunstancias reales de la intervención.

En este análisis se empleó un conjunto experimental, al que se le aplicó una intervención grupal fundamentada en la Terapia Cognitivo Conductual, y otro de control, que siguió con el tratamiento ordinario del centro sin recibir la intervención concreta enfocada en el fortalecimiento de la autoestima. Se midió la autoestima antes y después de la intervención en los dos grupos, lo que facilitó la comparación de las variaciones ocurridas a lo largo del proceso e hizo posible evaluar el probable impacto de la intervención. Por lo tanto, este diseño fue

apropiado para el entorno institucional del CETAD, ya que posibilitó la evaluación de una intervención psicológica en condiciones reales de atención sin modificar significativamente la dinámica terapéutica del centro.

3.3 Población y muestra

Los adultos ecuatorianos que estaban institucionalizados en el Centro Especializado de Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas "Resurge", situado en la parroquia de Chaltura, provincia de Imbabura, constituyeron la población objeto de estudio. Cuando se llevó a cabo la investigación, el centro tenía alrededor de 35 usuarios en modalidad residencial que estaban siendo rehabilitados por abuso problemático de sustancias. Esta población fue adecuada para el estudio porque cumplía con rasgos clínicos y contextuales vinculados a la variable de investigación, sobre todo en términos de consumo de sustancias, autoestima, rehabilitación y fortalecimiento de recursos psicológicos.

La muestra estuvo compuesta por 24 participantes que firmaron el consentimiento informado, estuvieron de acuerdo en participar de manera voluntaria y cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Los sujetos de la investigación fueron divididos en dos grupos: uno experimental, integrado por 12 individuos que se sometieron a una intervención grupal fundamentada en Terapia Cognitivo Conductual; y otro control, compuesto también por 12 participantes que mantuvieron el tratamiento regular del centro. Es relevante destacar que el grupo control no fue sometido a ninguna intervención psicológica específica, programa terapéutico estructurado o sesiones enfocadas directamente en reforzar la autoestima durante el período de estudio, para no afectar la variable dependiente evaluada.

La elección de los participantes se llevó a cabo utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que la muestra se formó en función de la accesibilidad institucional, la

disponibilidad de los usuarios, el cumplimiento de las pautas para incluir y excluir a los individuos, así como la aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2020), el muestreo no probabilístico se distingue por que la elección de los participantes no está sujeta a la probabilidad, sino a las condiciones de acceso a los sujetos, los objetivos del estudio y las características de la investigación. En este caso, fue apropiada esta modalidad porque el trabajo se realizó con una población institucionalizada, de acceso limitado y con condiciones clínicas particulares.

Los participantes fueron distribuidos en grupos teniendo en cuenta la organización interna del centro y la disponibilidad de los usuarios para estar en las sesiones de intervención. Esta táctica posibilitó la realización del estudio en circunstancias reales de atención institucional, sin modificar de forma significativa el funcionamiento terapéutico del CETAD. Por lo tanto, la muestra escogida posibilitó analizar el potencial impacto de una intervención en grupo fundamentada en Terapia Cognitivo Conductual sobre los niveles de autoestima en personas adultas que están siendo rehabilitadas por consumo problemático de sustancias.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión permitieron delimitar la muestra y garantizar que los participantes seleccionados cumplieran condiciones adecuadas para responder los instrumentos y participar en el proceso de intervención.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Ser adulto ecuatoriano de 18 años o más.	Ser menor de edad.
Estar institucionalizado en el CETAD “Resurge” durante el periodo de estudio.	No pertenecer al centro durante el periodo de aplicación del estudio.

Encontrarse en proceso de rehabilitación por consumo problemático de alcohol u otras sustancias.	Presentar una condición clínica aguda que impida participar en la evaluación o intervención.
Contar con capacidad cognitiva y comunicativa suficiente para responder los instrumentos.	Presentar dificultades cognitivas severas que impidan comprender los instrumentos.
Aceptar voluntariamente participar en la investigación.	Negarse a participar o retirar su consentimiento.
Firmar el consentimiento informado.	No firmar el consentimiento informado.
Participar en la evaluación pretest y postest.	No completar alguna de las mediciones requeridas.
Asistir regularmente a las sesiones programadas en el caso del grupo experimental.	Presentar inasistencia reiterada a las sesiones de intervención.

Nota. Elaboración propia

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Cuestionario sociodemográfico ad hoc

Con el objetivo de reunir información general de los participantes, se elaboró un cuestionario sociodemográfico específico. El instrumento abarcó información como el código de los participantes, su edad, su sexo, su estado civil, su nivel educativo, la situación laboral de cada uno, la provincia en que vive y sus creencias religiosas.

El cuestionario se diseñó con preguntas cerradas y de fácil entendimiento, teniendo en cuenta las particularidades de la población que se estaba estudiando. Su implementación hizo posible caracterizar el perfil sociodemográfico de los individuos que participaron y situar en un contexto los resultados alcanzados en la valoración de la autoestima. De manera adicional, con el fin de mantener la confidencialidad de los datos personales, se empleó un código para los participantes.

3.5.2 Escala De Autoestima De Rosenberg (RSES)

Hay varias herramientas que se emplean para medir la autoestima en términos generales, pero la escala de Rosenberg es la más utilizada. Esta escala, creada por Morris Rosenberg en 1965, se distingue por ofrecer una evaluación de la autoestima en dos dimensiones: una parte del

instrumento sirve para medir la autoestima positiva (autoconfianza o satisfacción personal) y la otra para la negativa (devaluación personal o autodesprecio) (Ospino et al., 2017).

La RSES ha sido aprobada en varios países y traducida a diferentes lenguas. Se han realizado varios estudios que muestran una fiabilidad de 0,75. Este tiene 10 ítems con cuatro opciones de respuesta, que varían desde "extremadamente en desacuerdo" (1) hasta "extremadamente de acuerdo" (4). Los 10 ítems se dividen equitativamente entre afirmaciones negativas (3, 5, 8, 9 y 10) y afirmaciones positivas (1, 2, 4, 6 y 7).

La puntuación de las respuestas va de 1 a 4 (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = de acuerdo y 4 = muy de acuerdo), y se da el puntaje inverso a las afirmaciones dirigidas negativamente; los valores teóricos oscilan entre 10 (autoestima baja) y 40 (alta autoestima). Esta escala posibilita que los participantes señalen con una "X" las opciones con las que se sientan más identificados (Rojas et al., 2009).

Martín-Albo et al. (2007) llevaron a cabo la traducción y validación de la RSES en español para una población hispanohablante, y encontraron una estabilidad temporal aceptable después de cuatro semanas y una consistencia interna alta (.88), lo que subraya la efectividad de esta escala para medir la autoestima en adultos que hablan español. La tabla 1 muestra las escalas de puntuación y los rasgos psicométricos en la tabla 2.

Tabla 2

Características de la Escala de Autoestima de Rosenberg

Característica	Valor
Nombre	Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES)
Autor	Morris Rosenberg
Año de publicación	1965
Objetivo	Medir la autoestima global como la valoración positiva o negativa que una persona tiene de sí misma.

Población Objetivo	Adolescentes y adultos.
Formato	Cuestionario autoadministrado de 10 ítems con escala Likert de 4 puntos (1= Muy en desacuerdo, 4 = Muy de acuerdo).
Tiempo de administración	Aproximadamente 5 a 10 minutos.

Tabla 3

Escalas de puntuación Escala de Autoestima de Rosenberg

Puntuación	Interpretación
10-25	Baja
26-29	Media
30-40	Alta

3.6 Intervención

El objetivo de la propuesta actual es desarrollar una intervención grupal de doce sesiones, fundamentada en la Terapia Cognitivo-Conductual, con el propósito de optimizar y aumentar los niveles de autoestima en adultos ecuatorianos que se encuentran institucionalizados en el CETAD "Resurge". Cada sesión tiene una duración de 50 minutos y se realizará semanalmente con un grupo experimental que cuenta con 12 integrantes, cumpliendo así las sugerencias del Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 1: Un enfoque cognitivo-conductual: Tratar la adicción a la cocaína y ajustarla a las necesidades detectadas en la población de estudio por medio de una evaluación inicial. La tabla 3 muestra lo siguiente: el plan de intervención, los objetivos específicos y el contenido de cada sesión.

Metas de la intervención:

- Crear conciencia acerca de la relevancia de la autoestima y su impacto en el bienestar integral.
- Reconocer y cuestionar pensamientos negativos automáticos que tienen que ver con la autovaloración.

- Sustituir los pensamientos disfuncionales por un diálogo interno más positivo y realista.
- Promover conductas que fortalezcan la autoeficacia y el sentimiento de éxito.
- Creación de estrategias para el mantenimiento y la prevención de recaídas.

Tabla 4

Plan de Intervención

Sesión	Tema	Objetivo	Técnica principal
Pretest	Evaluación inicial	Aplicar cuestionario sociodemográfico y Escala de Autoestima de Rosenberg a ambos grupos.	Evaluación psicométrica
1	Presentación y psicoeducación	Socializar objetivos de la intervención y explicar la relación entre autoestima, pensamientos y conducta.	Psicoeducación
2	Autoestima y autoconcepto	Reconocer la forma en que los participantes se perciben y valoran a sí mismos.	Reflexión guiada
3	Pensamientos automáticos	Identificar pensamientos negativos asociados a culpa, fracaso o incapacidad.	Registro de pensamientos
4	Distorsiones cognitivas	Reconocer errores de pensamiento que afectan la autoestima.	Análisis cognitivo
5	Reestructuración cognitiva I	Cuestionar pensamientos negativos sobre sí mismo.	Debate socrático
6	Reestructuración cognitiva II	Construir pensamientos alternativos más realistas y funcionales.	Reformulación cognitiva
7	Autoeficacia	Fortalecer la percepción de capacidad para sostener cambios personales.	Reconocimiento de logros
8	Afrontamiento emocional	Desarrollar estrategias para manejar emociones asociadas al consumo.	Entrenamiento en afrontamiento
9	Habilidades sociales	Practicar comunicación asertiva y establecimiento de límites.	Role playing
10	Prevención de recaídas	Identificar situaciones de riesgo y respuestas alternativas.	Plan de prevención
11	Proyecto personal	Relacionar autoestima, metas personales y recuperación.	Planificación de metas
12	Cierre	Evaluar aprendizajes, reforzar avances y consolidar compromisos.	Retroalimentación grupal
Postest	Evaluación final	Aplicar nuevamente la Escala de Autoestima de Rosenberg a ambos grupos.	Evaluación psicométrica

Nota. Adaptado de Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 1: A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction (NIH Pub. No. 98-4308) por K. M. Carroll, 1998, National Institute on Drug Abuse.

3.7 Operacionalización de variables

La operacionalización de variables permitió precisar la forma en que se comprendieron y midieron las variables centrales de la investigación.

Tabla 5

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
Terapia Cognitivo Conductual	Enfoque psicoterapéutico que interviene sobre pensamientos, emociones y conductas desadaptativas para favorecer cambios psicológicos y conductuales.	Intervención grupal de 12 sesiones aplicada al grupo experimental, basada en técnicas cognitivo-conductuales orientadas al fortalecimiento de la autoestima.	Psicoeducación, identificación de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento, autoeficacia y prevención de recaídas.	Plan de intervención grupal
Autoestima	Valoración global que una persona realiza sobre sí misma, expresada en aceptación, respeto y percepción de valía personal.	Puntaje obtenido por los participantes en la Escala de Autoestima de Rosenberg antes y después de la intervención.	Autoestima baja, media y alta.	Escala de Autoestima de Rosenberg
Características sociodemográficas	Datos personales y sociales que permiten describir a los participantes.	Información recopilada mediante cuestionario ad hoc.	Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, provincia de residencia, sustancia principal de consumo y religión.	Cuestionario sociodemográfico ad hoc

3.8 Procedimiento de investigación

Para asegurar la coherencia entre los objetivos, las herramientas y la intervención realizada, así como el control del proceso y un orden metodológico, se estructuró el procedimiento en etapas.

La primera etapa consistió en un acercamiento institucional con el CETAD "Resurge" para dar a conocer las metas de la investigación y pedir el permiso pertinente para trabajar con los usuarios del centro. Esta etapa posibilitó la coordinación de los horarios, los espacios de aplicación y las condiciones requeridas para llevar a cabo el estudio.

En la segunda etapa, se determinaron los participantes potenciales a partir de los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Más adelante, se detalló la finalidad del estudio, la voluntariedad de participar, el hecho de que los datos son confidenciales y el derecho a abandonar la investigación en cualquier momento. Se pidió la firma del consentimiento informado después de esta explicación.

En la etapa número tres, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg como una medición pretest y el cuestionario sociodemográfico ad hoc. Esta evaluación se llevó a cabo para ambos grupos, el experimental y el de control, con el objetivo de determinar una línea base acerca de los niveles de autoestima de los participantes antes del tratamiento.

La intervención grupal, fundamentada en la Terapia Cognitivo Conductual, se llevó a cabo en el grupo experimental durante la cuarta fase. La intervención constó de 12 sesiones, las cuales fueron llevadas a cabo semanalmente y tuvieron una duración de aproximadamente 50 minutos cada una. El grupo de control siguió recibiendo el tratamiento habitual del CETAD durante esta etapa, pero no participó en la intervención particular de la investigadora.

Después de que las sesiones de intervención concluyeron, se utilizó otra vez la Escala de Autoestima de Rosenberg en ambos grupos como medición postest durante la quinta fase. Los resultados obtenidos antes y después de la intervención pudieron ser comparados gracias a esta evaluación.

En la sexta etapa, los datos se codificaron, se organizaron y se limpiaron en una base de datos. Para establecer si había disparidades estadísticamente relevantes en los grados de autoestima entre el grupo experimental y el grupo control, se llevó a cabo posteriormente el análisis estadístico tanto descriptivo como inferencial.

3.9 Análisis de datos

Los datos que se recolectaron fueron organizados en una base de datos creada con Microsoft Excel. En esta base, se llevó a cabo la depuración de la información, la revisión de las respuestas incompletas y la codificación de los participantes. Más tarde, la base de datos se trasladó al programa estadístico IMB SPSS V0.27 para realizar el análisis inferencial y descriptivo.

Se llevó a cabo el análisis descriptivo usando frecuencias, porcentajes, promedios y desviaciones estándar. Los puntajes de autoestima se examinaron usando medidas de dispersión y tendencia central, mientras que las frecuencias y porcentajes se emplearon para mostrar las variables sociodemográficas.

Se empleó estadística descriptiva e inferencial para el estudio de los datos. Las variables sociodemográficas categóricas se analizaron primero mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes, mientras que para las puntuaciones de autoestima y la edad se utilizaron medidas de dispersión y tendencia central, tales como media aritmética y desviación estándar.

Más tarde, se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk porque había menos de 50 participantes en la muestra. Se utilizaron pruebas paramétricas para el análisis inferencial porque, según la prueba, las puntuaciones de autoestima mostraban una distribución normal.

Se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas con el objetivo de comparar las puntuaciones de autoestima entre el pretest y el postest en cada grupo. Con el fin de comparar los puntos obtenidos entre el grupo experimental y el grupo control, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes. La p se estableció en menos de .05 como umbral para la significancia estadística.

Para calcular la magnitud de las diferencias observadas, se utilizó la d de Cohen para determinar el tamaño del efecto. Este estadístico hizo posible añadir a la interpretación de los resultados el cambio en los niveles de autoestima, no solo en términos de significancia estadística, sino también con respecto a su importancia clínica y práctica.

3.10 Consideraciones bioéticas

La investigación se llevó a cabo observando los principios bioéticos de justicia, confidencialidad, no maleficencia, beneficencia y autonomía. Ya que la población fue compuesta por adultos en rehabilitación por el consumo problemático de drogas, se consideró esencial asegurar condiciones éticas estrictas durante todas las etapas del estudio.

La participación voluntaria de los usuarios garantizó el principio de autonomía. Previo a la implementación de los instrumentos, se expusieron el propósito del estudio, las acciones a llevar a cabo, los posibles beneficios, la confidencialidad de la información y el derecho del participante a darse de baja en cualquier momento del proceso terapéutico institucional sin que ello tenga consecuencias. La firma del consentimiento informado fue la manera de formalizar la aceptación.

El principio de beneficencia se llevó a cabo al crear una intervención psicológica que tenía como objetivo fortalecer la autoestima, un aspecto importante para la recuperación completa de individuos en rehabilitación. La intervención tuvo como objetivo proporcionar instrumentos cognitivo-conductuales para optimizar la autovaloración, el manejo de las emociones y evitar recaídas.

Para asegurar el principio de no maleficencia, se evitó cualquier procedimiento capaz de causar daño físico, emocional o institucional a los participantes. Si alguna actividad causara un malestar emocional importante, se consideró la opción de remitir al usuario al equipo técnico del centro para que lo acompañe, y suspender su participación.

Se implementó el principio de justicia a través de criterios transparentes para incluir y excluir, buscando una elección justa de los participantes. El grupo control y el grupo experimental fueron analizados bajo condiciones parecidas, y el primero siguió recibiendo la atención estándar del CETAD para no ser privado de la atención institucional.

La confidencialidad se aseguró a través de la codificación de los participantes y la utilización privada de los datos. Los datos adquiridos se emplearon únicamente con propósitos de investigación y académicos, se mostraron de manera agregada y no se expuso la identidad de quienes participaron. La investigadora mantuvo la base de datos bajo su custodia, evitando así que fuera divulgada más allá del ámbito del estudio.

Por último, el estudio mantuvo el funcionamiento institucional del CETAD "Resurge", tratando de no entorpecer las labores clínicas, administrativas o terapéuticas del centro. Siguiendo las pautas de la American Psychological Association (2017), el proceso de investigación se llevó a cabo bajo principios éticos aplicables a la investigación con seres humanos, teniendo en cuenta la responsabilidad profesional, la justicia, la integridad, el respeto

por los derechos y la dignidad de los participantes, así como el principio de beneficencia y el de no maleficencia. En esta línea, se aseguró que la participación fuera voluntaria, que los participantes tuvieran acceso a información precisa sobre las metas y métodos del estudio y que firmar el consentimiento informado fuera una elección libre, sin coacción institucional ni repercusiones negativas si no querían participar o desistían.

Además, siguiendo la Declaración de Helsinki, se priorizó la salvaguarda del bienestar, la autonomía, la privacidad y el secreto de los participantes. Se entendió que eran adultos institucionalizados con problemas de consumo de sustancias y en proceso de rehabilitación; por lo tanto, requerían un cuidado ético especial debido a su potencial vulnerabilidad. Por esta razón, la información adquirida se empleó únicamente con propósitos académicos y científicos, se previno cualquier tipo de estigmatización o exhibición y se conservó una conducta digna, profesional y respetuosa a lo largo de la implementación de los instrumentos y la intervención cognitivo-conductual (World Medical Association, 2024).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados

En este capítulo se exponen los resultados de la intervención de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para elevar la autoestima en adultos ecuatorianos que están siendo rehabilitados por el consumo de sustancias en el CETAD "Resurge", que está ubicado en Chaltura, Imbabura. Comenzando por citar los datos de la muestra, como el consumo de sustancias y los datos sociodemográficos. Se muestran a continuación los resultados de la evaluación diagnóstica para determinar el estado inicial de la autoestima. Después de realizar la intervención grupal en el grupo experimental, se presentan los resultados posteriores y, al final, se evalúa cuán efectiva fue la intervención comparando los resultados del pretest y postest en cada uno de los grupos, además de comparar entre el grupo experimental y el control.

4.1.1 Perfil sociodemográfico de la muestra

Se examinaron las variables sociodemográficas y de consumo que se incluyeron en el cuestionario para caracterizar a los participantes. La edad fue presentada a través de estadísticas descriptivas porque la muestra estaba compuesta por variables de diferentes tipos (Tabla 6), mientras que las variables categóricas fueron organizadas a partir de frecuencias y porcentajes. Este método de presentación hace posible distinguir con más precisión la composición de la muestra y previene que se interpreten como datos escala las variables que son nominales u ordinales.

Tabla 6

Datos descriptivos de la muestra

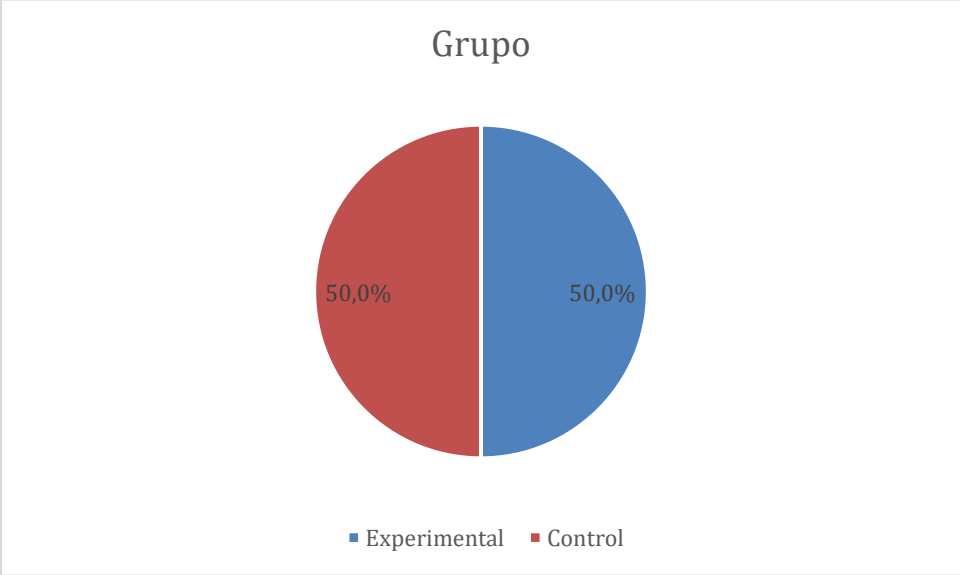
Variable	N	Media	Desv. Desviación	Mínimo	Máximo
Edad	24	30,83	10,277	19	60

Nota. *Elaboración propia*

En la Figura 1 se nota que la muestra está dividida de manera proporcional entre el grupo experimental y el grupo control (50% cada uno), lo cual asegura que el experimento sea homogéneo.

Figura 1

Distribución por grupo

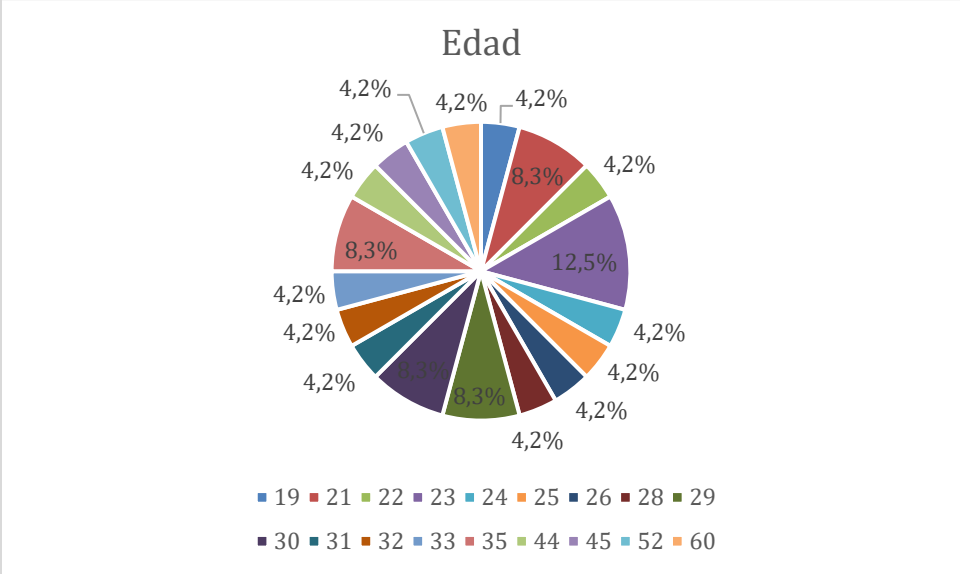


Nota. *Elaboración propia*

En la Figura 2 la muestra tuvo una distribución de edad donde la mínima fue de 19 años y la máxima, de 60. Ambas edades se representan con un 4,2%. Sin embargo, la mayoría (12,5%) pertenece a personas que tienen 23 años.

Figura 2

Distribución por edad

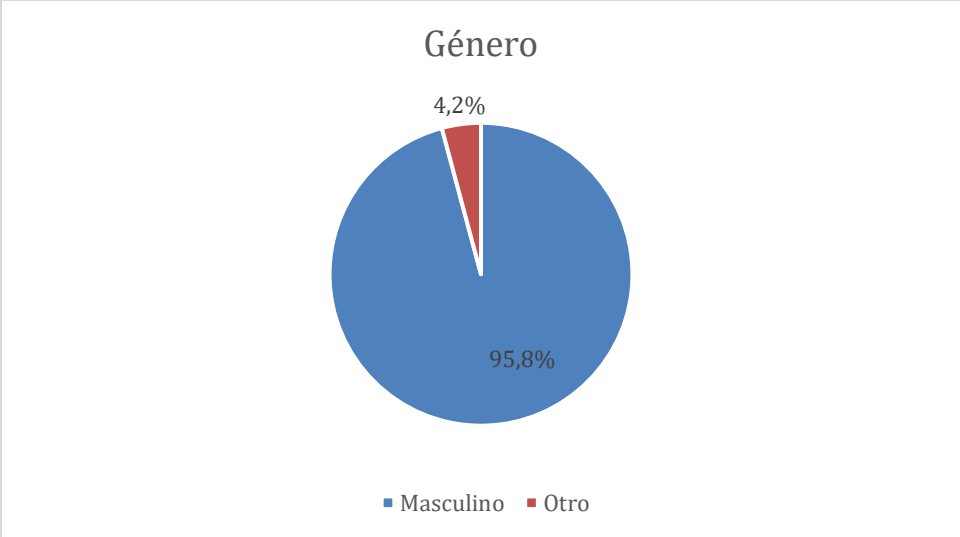


Nota. *Elaboración propia*

En lo que respecta al género en la Figura 3 los participantes indican en su mayoría (95,8%) ser masculinos y solo el 4,2% se identifica con otro.

Figura 3

Distribución por género

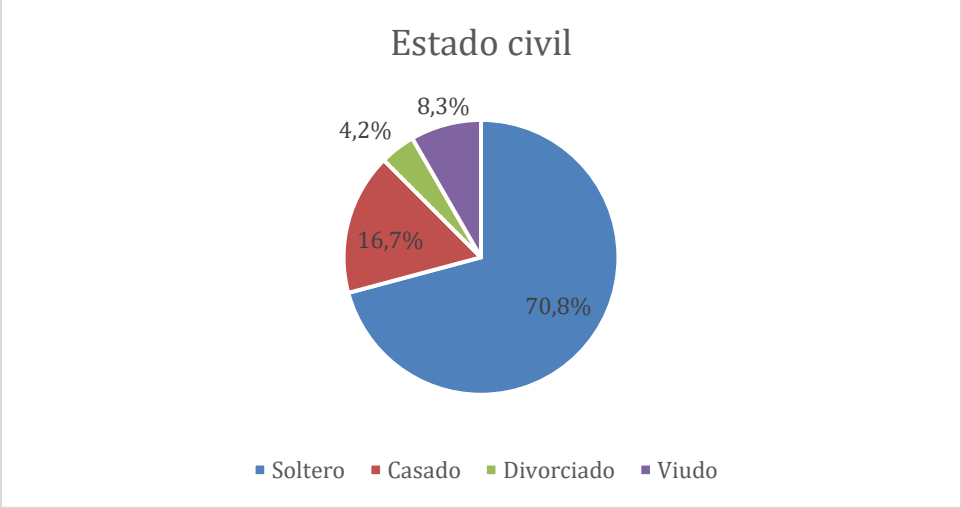


Nota. *Elaboración propia*

En tanto al estado civil en la Figura 4 se evidencia que la mayoría son solteros en un 70,8%, son casados en un 16,7%, son viudos en un 8,3% y divorciados en un 4,2%, por lo que se puede evidenciar que la muestra está conformada por una gran variedad de estados civiles.

Figura 4

Distribución por estado civil

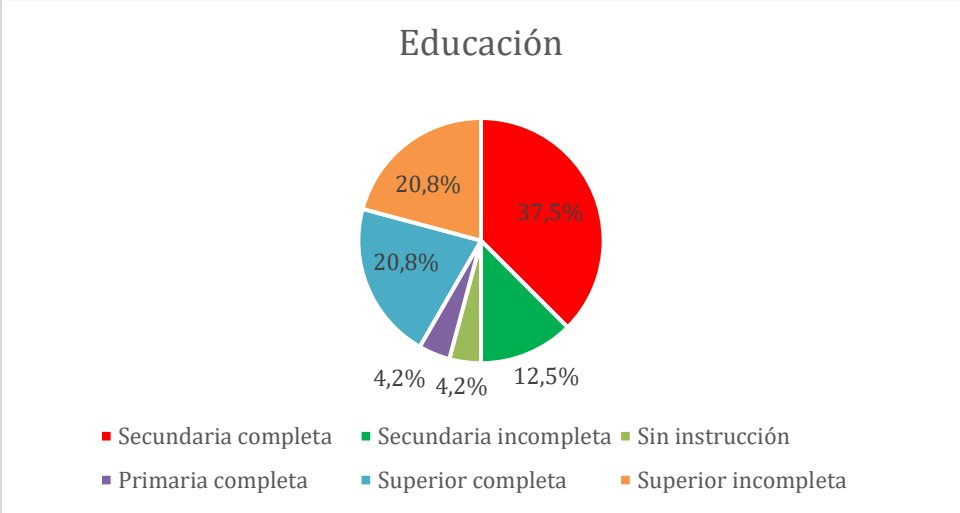


Nota. *Elaboración propia*

En tanto al nivel de educación la Figura 5 denota que en su mayoría los participantes cuentan con la secundaria completa en un 37,5%, seguido por educación superior incompleta en un 20,8% y en la misma cantidad por educación superior completa. Esto también indica que la muestra tiene diferentes niveles educativos siendo el menor que no posee ningún nivel de instrucción (4,2%) y el máximo la educación superior completa, lo que se interpreta que el consumo de drogas puede afectar a personas con cualquier nivel educativo.

Figura 5

Distribución según el nivel educativo

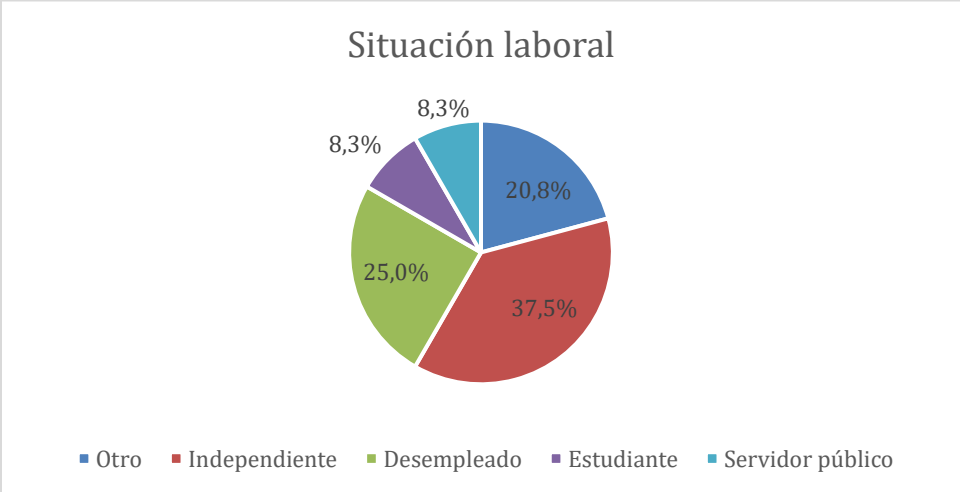


Nota. *Elaboración propia*

La situación laboral indicada en la Figura 6 evidencia que el 37,5% trabaja de manera independiente, el 25% se encuentra desempleado, el 20,8% señaló otro y el 8,3% indicaron ser estudiantes y servidores públicos respectivamente.

Figura 6

Distribución según la situación laboral

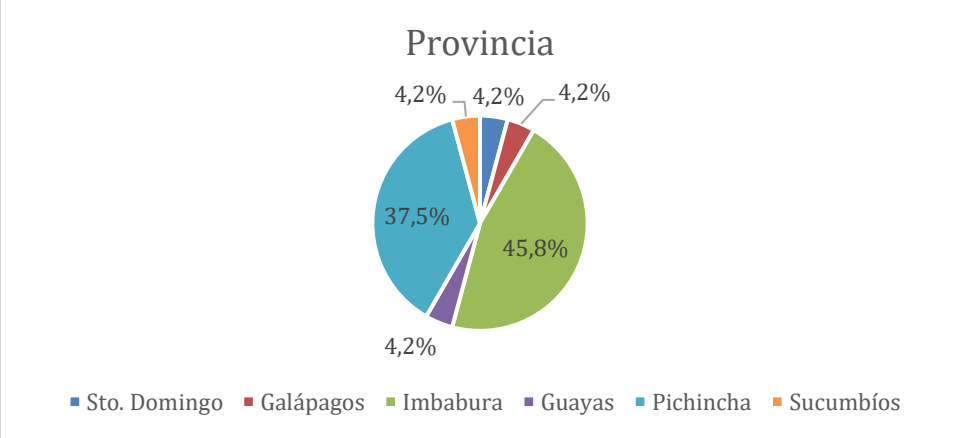


Nota. *Elaboración propia*

Según la Figura 7 se indica que los participantes provienen en su mayoría de la provincia de Imbabura en un 45,8%, seguido de la provincia de Pichincha en un 37,5%, y en un 4,2% provienen de otras provincias como Santo Domingo, Galápagos, Guayas y Sucumbíos.

Figura 7

Distribución según la provincia

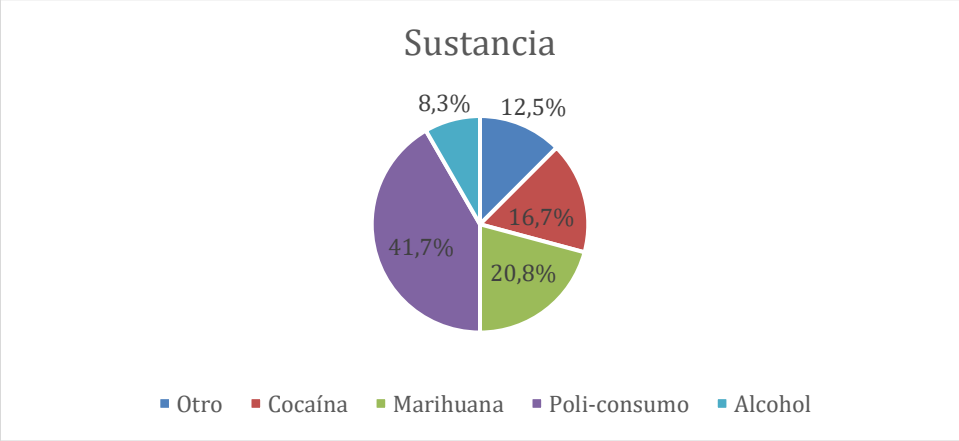


Nota. *Elaboración propia*

En la Figura 8 se indica el tipo de sustancia que consume, siendo el 41,7% policonsumistas, el 20,8% consumen marihuana, el 16.7% consumen cocaína, el 12,5% consumen otro tipo de drogas, y el 8,3% consumen alcohol.

Figura 8

Distribución según la sustancia que consume

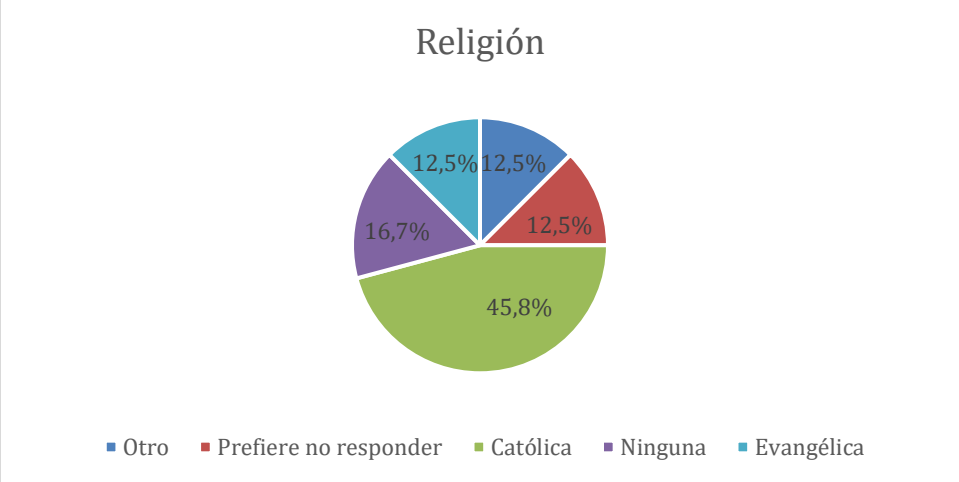


Nota. *Elaboración propia*

En tanto a la orientación religiosa, en la Figura 9 se puede notar que un 45,8% se declara católico, un 16,7% no pertenece a ninguna religión y el 12,5% son evangélicos, de otra religión o prefieren no responder respectivamente. Esta variable es relevante en la investigación porque la orientación religiosa podría ser un recurso psicosocial durante los procesos de rehabilitación, ya que puede ayudar a regular las emociones, mantener cambios individuales, proporcionar apoyo comunitario, fomentar el sentido de vida y la esperanza. Las creencias espirituales o religiosas pueden actuar como mecanismos de afrontamiento para las personas con un uso problemático de sustancias cuando se enfrentan a la culpa, el estigma relacionado con el consumo, la desesperanza o la soledad. No obstante, al ser una variable sociodemográfica, debe interpretarse de modo contextual y descriptivo, sin suponer un vínculo causal directo con la eficacia de la intervención cognitivo-conductual o con la autoestima.

Figura 9

Distribución según la religión



Nota. *Elaboración propia*

4.1.2 Resultados del pretest

Para conocer el estado inicial de los participante se realizó una evaluación diagnóstica, como se indica en la Tabla 7, la cual evidencia que en el grupo experimental presentaron el

41,7% un nivel bajo de autoestima y un 58,3% un nivel medio, como puntaje mínimo se obtuvieron 21 puntos, como puntaje máximo se obtuvieron 29 puntos, dando un puntaje medio de 25,33 puntos y con un desviación estándar de 2,57. Asimismo en el caso del grupo control se obtuvo un 58,3% con nivel bajo y un 41,7% con nivel medio, como puntaje mínimo se obtuvieron 23 puntos, como puntaje máximo se obtuvieron 30 puntos, lo que dio como puntaje medio 26,5 y una desviación estándar de 2,067. Por lo que se puede interpretar que el 50% de los participantes presentó un nivel bajo de autoestima y el 50% autoestima media.

Tabla 7

Resultados descriptivos del pretest

Pretest		Bajo		Medio		Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
		N	%	N	%				
Grupo	Experimental	5	41,7%	7	58,3%	21	29	25,33	2,570
	Control	7	58,3%	5	41,7%	23	30	26,50	2,067
Total		12	50,0%	12	50,0%	21	30	25,42	2,205

Nota. *Elaboración propia*

4.1.3 Resultados del postest

Tras la aplicación de la TCC en el grupo experimental se obtuvieron los siguientes resultados que se presentan en la Tabla 8. Los niveles de autoestima en el grupo experimental se elevaron notablemente obteniendo que se eliminó por completo el nivel bajo, en nivel medio se bajó a 41,7% y se evidenció un aumento a nivel alto del 58,3% Por el contrario en el grupo control se evidenció que persevera el nivel bajo en un 33,3%, un nivel medio con 58,3% y en nivel alto el 8,3%. Esto indica que el grupo control muestra un desarrollo limitado, conservando todavía niveles bajos y sin lograr una transformación importante hacia niveles más altos. En consecuencia, se puede notar que la intervención contribuyó de forma positiva a la mejora de la autoestima en individuos con adicción, mientras que su falta restringe este progreso.

Tabla 8

Resultados descriptivos del postest

Postest		Bajo		Medio		Alto		Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
		N	%	N	%	N	%				
Grupo	Experimental	0	0,0%	5	41,7%	7	58,3%	26	37	30,33	3,846
	Control	4	33,3%	7	58,3%	1	8,3%	23	30	26,50	2,067
Total		4	16,7%	14	58,3%	6	25,0%	23	37	28,29	3,828

Nota. *Elaboración propia*

4.1.4 Determinación de la normalidad de los datos

Para conocer la naturaleza de normalidad de los datos se aplicó la prueba de Shapiro Wilk, la cual está indicada para muestras pequeñas (<50). En la Tabla 9 se evidencia que los datos de los resultados de pretest y postest en ambos grupos tienen un p-valor >0,05, lo que se interpreta que los datos cumplen con el supuesto de normalidad, por ende, se debe usar pruebas paramétricas que se ajusten a esta naturaleza de datos.

Tabla 9

Prueba de normalidad

	Shapiro-Wilk	gl	Sig.
Pretest Experimental	0,955	12	0,715
Postest Experimental	0,860	12	0,068
Pretest Control	0,916	12	0,255
Postest Control	0,983	12	0,993

Nota. *Elaboración propia*

4.1.5 Análisis de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual

4.1.6 Comparación de resultados entre test

Para evidencia la eficacia del tratamiento TCC se realizó una prueba T para muestras relacionadas en la Tabla 10. En la evaluación del grupo experimental se puede evidenciar una t = -7,296 con un p-valor = <0,001, lo que se interpreta que existen diferencias estadísticamente significativas que demuestran que existe un cambio en el comportamiento de los participantes

entre el pretest y postest; asimismo, se evidencia una d de Cohen de 2,374 lo que representa un tamaño de efecto muy grande. Por el contrario, en la evaluación realizada en el grupo control se evidencia una t = -1,773 con un p-valor = 0,104, lo que evidencia que no existieron diferencias estadísticamente significativas que demuestren un cambio en el comportamiento entre el pretest y postest; y también se puede apreciar un tamaño de efecto moderado con una d de Cohen = 0,651. Esto señala que la TCC es eficaz, ya que los cambios entre el pretest y el postest en el grupo experimental son notables.

Tabla 10

Diferencia entre pretest y postes según el grupo

Grupo	Test	N	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig.	d de Cohen
			Media	Desv. estándar	Media de error estándar	95% IC Inf.	95% IC Sup.				
Experimental	Pretest	12	25,33	2,570	0,742	-6,508	-3,492	-7,296	21	<,001	2,374
	Postest	12	30,33	3,846	1,110						
Control	Pretest	12	26,1667	2,081	0,600	-0,747	0,080	-1,773	21	0,104	0,651
	Postest	12	26,5000	2,067	0,596						

Nota. *Elaboración propia*

4.1.7 Comparación de resultados entre grupos

Como se puede ver en la Tabla 11, para examinar las diferencias entre grupos, se utilizó una prueba t para muestras independientes. No se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico entre los dos grupos en el pretest, ya que el valor de significancia fue mayor a 0,05. Asimismo, la d de Cohen mostró un tamaño del efecto bajo (-0,356), corroborando así que el grupo de control y el grupo experimental tenían niveles parecidos de autoestima antes de que se llevara a cabo la intervención.

Los resultados del postest revelaron variaciones estadísticamente significativas entre el grupo de control y el experimental, ya que la cifra de significación fue menor a 0,05. Los individuos que participaron en la intervención basada en Terapia Cognitivo Conductual

obtuvieron niveles de autoestima más elevados, ya que el promedio del grupo experimental fue superior al del grupo control. Además, se comprobó un tamaño del efecto grande (1.242) en la d de Cohen, lo que posibilita afirmar que la disparidad detectada fue clínicamente importante y estadísticamente significativa.

Tabla 11

Diferencias entre grupo experimental y con trol según el test

Test	Grupo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	IC 95 % inferior	IC 95 % superior	d de Cohen
Pretest total	Exp	12	25,33	2,570	0,742	-0,873	22	0,392	-0,833	-2,813	1,147	-0,356
	Cont	12	26,17	2,082	0,601							
Postest total	Exp	12	30,33	3,846	1,110	3,042	22	0,007	3,833	1,173	6,494	1,242
	Cont	12	26,50	2,067	0,597							

Nota. *Elaboración propia*

4.1.8 Análisis de fiabilidad

La Tabla 12 muestra el análisis de confiabilidad del instrumento, que se llevó a cabo utilizando la prueba alfa de Cronbach. Se aprecia en ella un $\alpha = 0,949$, lo cual señala una consistencia interna muy apropiada. Esto evidencia que las variables del instrumento tienen una alta correlación entre sí, lo que indica que están midiendo de forma consistente el constructo evaluado, es decir, la autoestima.

Tabla 12

Prueba de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,949	10

Nota. *Elaboración propia*

4.2 Discusión

Los hallazgos sociodemográficos del estudio revelan que la muestra estuvo constituida principalmente por hombres jóvenes (con una edad media de 30,83 años), con distintos grados

educativos y con una notable presencia de policonsumo. Esta descripción concuerda con la literatura que indica que los hombres adultos jóvenes son más vulnerables al uso problemático de sustancias, lo cual podría explicarse por el hecho de que están más expuestos a entornos sociales peligrosos, presión entre iguales, búsqueda de aceptación y comportamientos experimentales. Siguiendo esta línea, Ortega Briones (2024) y Noroña Salcedo et al. (2021) enfatizan que los hábitos de relación, las limitaciones de oportunidades y el ambiente social pueden influir en el comienzo y la continuidad del consumo.

El que en la muestra haya predominancia del sexo masculino permite concluir que el consumo problemático de sustancias sigue vinculado con factores socioculturales asociados a los roles de género. En Latinoamérica, el consumo de hombres tiende a estar más normalizado socialmente, pero la ayuda psicológica puede verse restringida por creencias relacionadas con la autosuficiencia, la resistencia emocional o el miedo al juicio social. Esta interpretación coincide con la de Atibioke et al. (2025), que hallaron más prevalencia de comportamientos adictivos en hombres, vinculada a elementos culturales, a una menor búsqueda de asistencia terapéutica y a una mayor exposición a ambientes de consumo.

En relación con el nivel educativo, la diversidad que se aprecia en la muestra indica que el consumo problemático no es exclusivo de un perfil académico determinado, sino que puede ocurrir en individuos con diferentes trayectorias educativas. No obstante, tener niveles educativos incompletos puede estar relacionado con una menor disponibilidad de información preventiva, un acceso limitado a la toma de decisiones y una exposición más alta a situaciones sociales de vulnerabilidad. Según Vázquez Martínez (2021), el bajo nivel educativo puede estar asociado con un mayor peligro de consumo problemático, particularmente cuando se combina con condiciones laborales, familiares o comunitarias que son adversas.

La presencia de desempleo, trabajo independiente o inestabilidad ocupacional en algunos participantes puede considerarse un elemento contextual importante para la rehabilitación. La falta de un horario laboral fijo, el tiempo libre desorganizado y la escasa proyección personal pueden dificultar la formulación de objetivos vitales y aumentar la vulnerabilidad emocional. Este descubrimiento está en línea con lo que afirman Noroña Salcedo et al. (2021), quienes sostienen que la falta de trabajo, la presión social, el ocio y las festividades pueden estar relacionados con el consumo, sobre todo si no hay estrategias adaptativas de afrontamiento ni redes de apoyo.

En cuanto a la sustancia principal, los datos muestran que el policonsumo en la muestra implica una complejidad clínica más alta, ya que el uso conjunto de sustancias puede estar vinculado con dependencia psicológica, problemas de conducta, dificultades para regular las emociones y un riesgo elevado de recaída. Este patrón concuerda con lo que Volkow et al. (2020) describen, ya que el uso constante puede generar cambios en la neurobiología que perpetúan la dependencia, perjudican la toma de decisiones y obstaculizan la autorregulación. Por lo tanto, tratar la autoestima en este grupo de personas es clínicamente relevante, porque la autovaloración negativa puede exacerbar los sentimientos de frustración, culpa y desánimo a lo largo del proceso de recuperación.

Los resultados preliminares del estudio indican que los sujetos tenían niveles de autoestima que necesitaban intervención psicológica. Esto es especialmente relevante si tenemos en cuenta que la rehabilitación por consumo problemático no se basa solo en la abstinencia, sino también en la reconstrucción de la identidad personal, el fortalecimiento del sentido de valor propio y la confianza en las propias habilidades. Esta interpretación concuerda con la de Mendes et al. (2025) y Montes et al. (2023), quienes subrayan que el hecho de tener una autopercepción

negativa puede aumentar el riesgo frente a comportamientos adictivos, porque algunas personas emplean el consumo como un método para evadirse emocionalmente, disminuir momentáneamente el sufrimiento o buscar ser aceptadas.

La relación entre la autoestima y el uso problemático de drogas puede entenderse de manera mutua. Por un lado, una autoestima deteriorada puede impulsar el consumo como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo frente a emociones como la inseguridad, la soledad, la culpa o la vergüenza. Por otro lado, si se consume durante un tiempo largo, esto podría incrementar la autovaloración negativa a causa de conflictos familiares, recaídas, estigmas sociales, pérdidas de roles en la sociedad y problemas en el trabajo. Gao y Zhao (2024) describen que los efectos adversos del consumo pueden impactar la percepción de la capacidad personal y el rendimiento social, originando un círculo vicioso de deterioro psicológico que requiere acciones enfocadas no únicamente en la conducta adictiva, sino también en los procesos emocionales y cognitivos relacionados.

Los hallazgos de este estudio, obtenidos tras la intervención, apuntan a que la Terapia Cognitivo Conductual podría ser eficaz para aumentar la autoestima en el grupo experimental. Esta afirmación debe ser entendida con precaución porque el diseño fue cuasiexperimental, con un grupo de control no equivalente y una muestra pequeña. Por lo tanto, la causalidad absoluta no puede determinarse. Sin embargo, la comparación entre el pretest y el postest del grupo experimental y entre este último y el grupo de control sugiere que la intervención pudo haber ayudado a mejorar la autoestima.

La mejora que se ha notado puede ser explicada a partir del modelo cognitivo de Beck, que sostiene que las emociones y comportamientos están influenciados por los pensamientos automáticos, las creencias fundamentales y las interpretaciones individuales. En individuos en

rehabilitación, pensamientos como "no puedo cambiar", "soy un fracaso" o "no soy lo suficientemente valioso" pueden contribuir a mantener una autoestima baja y disminuir la motivación para la terapia. En esta línea, la intervención cognitivo-conductual tuvo el potencial de facilitar la detección y el cuestionamiento de estas creencias, fomentando así interpretaciones más realistas acerca del valor propio, la responsabilidad personal y la capacidad de cambio. Hurtado y Ferrer (2025) sostienen que la TCC influye en los elementos cognitivos, emocionales y medioambientales que sustentan el consumo, lo cual favorece el crecimiento de capacidades de afrontamiento.

Es posible que los resultados se hayan visto afectados, dado que el formato grupal brinda condiciones terapéuticas especialmente significativas para individuos en rehabilitación residencial. La participación con otros usuarios que pasan por situaciones parecidas puede disminuir la sensación de soledad, promover la identificación entre personas y producir validación a nivel emocional. El grupo también posibilita observar progresos en otros participantes, intercambiar estrategias de afrontamiento y recibir retroalimentación, todos aspectos que pueden potenciar la autoeficacia y la sensación de pertenencia. En pacientes con consumo problemático, esta dinámica es significativa ya que muchos de ellos llegan al tratamiento habiendo sufrido rechazo, estigmas, desconfianza social o deterioro familiar.

El entorno residencial del CETAD "Resurge" también pudo haber contribuido a la respuesta a la intervención. En un formato residencial, los participantes están temporalmente apartados de ciertos estímulos de riesgo vinculados al consumo, lo cual puede hacer más fácil enfocarse en el proceso terapéutico, emplear las habilidades adquiridas y establecer rutinas más sanas. El ambiente residencial brinda más estructura, seguimiento diario y contención institucional que las intervenciones ambulatorias, elementos que tienen la posibilidad de

intensificar el impacto de una intervención breve de tipo cognitivo-conductual. No obstante, es necesario reconocer que esta misma situación puede restringir la aplicación inmediata de los resultados a entornos no residenciales, en los que los pacientes se exponen más a redes sociales, espacios o circunstancias relacionadas con el consumo.

Los resultados son relevantes en el contexto sociocultural de Ecuador, ya que el consumo problemático de sustancias a menudo está marcado por estigmas sociales, juicios familiares, presiones sociales y laborales, así como obstáculos para acceder a la atención psicológica especializada. En este contexto, el trabajo de la autoestima no es un elemento secundario, sino una necesidad clínica relacionada con la reintegración social y la recuperación completa. Para los adultos institucionalizados en Ecuador, el reforzamiento de la autovaloración podría ayudar a redefinir vivencias de fracaso, reducir la culpabilidad vinculada con el consumo y promover una narrativa personal más enfocada en transformar. Esta interpretación es concordante con lo que observaron Vásquez Vera y Vega Intriago (2021), quienes encontraron que la autoestima desempeña un rol relevante en el desarrollo individual, familiar y social de pacientes adictos a las drogas atendidos en centros especializados del país.

La tendencia religiosa encontrada en la muestra también puede considerarse como un recurso sociocultural importante durante el proceso de rehabilitación, sin que haya que suponer una relación causal directa con la mejora de la autoestima. La espiritualidad y la religión pueden servir de fuentes de sentido, esperanza, apoyo social y regulación emocional para algunos individuos en rehabilitación en el entorno ecuatoriano. Estos componentes tienen la capacidad de enriquecer el proceso terapéutico si se incorporan con respeto y sin imponer, particularmente en pacientes que desean reconstruir su proyecto de vida y robustecer sus recursos personales para

enfrentar una recaída. Sin embargo, por ser una variable sociodemográfica, su interpretación debe seguir siendo contextual y descriptiva.

Los descubrimientos también tienen vínculos con estudios de Ecuador que han resaltado la relevancia de tratar variables psicológicas, tales como la autoestima, el respaldo familiar y la resiliencia en individuos con problemas de consumo. Pibaque-Gómez y otros (2021) indicaron que la adaptación y la manera de enfrentar las cosas durante el proceso terapéutico son impulsadas por la autoestima y la resiliencia. Del mismo modo, Barberán et al. (2019) subrayaron que la educación en el hogar y la recuperación de zonas sociales y psicológicas son fundamentales para los individuos atendidos en un CETAD. Por lo tanto, los hallazgos del estudio actual indican que la TCC puede ser una estrategia adecuada cuando se combina con procesos de rehabilitación integral y con las demandas emocionales de la población institucionalizada.

La mejora vista en el grupo experimental podría estar relacionada, además, con métodos concretos que se emplearon durante la intervención, como la identificación de pensamientos automáticos, los autorregistros, la psicoeducación, el fortalecimiento de las capacidades para afrontar situaciones y la reestructuración cognitiva. Estas estrategias lograron que los participantes identificaran patrones de autocrítica, cuestionaran conceptos desvalorizantes y desarrollaran respuestas más adaptativas ante el malestar emocional. Según Fernández (2024), es esencial cambiar los puntos de vista y las ideas para alterar los patrones vinculados al consumo, lo cual concuerda con la lógica terapéutica de la TCC utilizada para reforzar la autoestima.

Los resultados deben ser analizados teniendo en cuenta que la TCC puede obtener mejores resultados si se combina con otros elementos terapéuticos, como el seguimiento después de la salida, la prevención de recaídas, el acompañamiento familiar y la entrevista motivacional.

Las estrategias combinadas pueden favorecer la adhesión a niveles más altos y los avances sostenidos, según Hurtado y Ferrer (2025). De esta manera, las alteraciones detectadas en la autoestima del grupo experimental indican una intervención positiva, aunque también muestran que es necesario sostener procesos terapéuticos constantes para consolidar lo avanzado durante la residencia.

La consistencia interna del instrumento empleado para medir la autoestima se puede respaldar gracias al elevado nivel de fiabilidad hallado en la investigación actual, a través del alfa de Cronbach. Este resultado está en línea con estudios anteriores que utilizaron la Escala de Autoestima de Rosenberg y hallaron coeficientes apropiados en diversas poblaciones. Montes et al. (2023) y Mendes et al. (2025) presentan índices de fiabilidad interna que superan 0,85, lo cual corrobora la estabilidad del instrumento para medir variables psicológicas. Fernández (2024) también apunta que, en investigaciones sobre el consumo de sustancias, es crucial disponer de herramientas fiables, ya que constructos como la autoestima pueden ser influenciados por elementos situacionales, emocionales y contextuales.

Por último, a pesar de que los resultados muestran indicios positivos acerca de la posible eficacia de la intervención cognitivo-conductual para aumentar la autoestima en adultos ecuatorianos que están en recuperación por uso de sustancias, es necesario analizarlos con precaución. La generalización de los hallazgos se ve limitada por la falta de asignación aleatoria rigurosa, el uso en un único centro, el tamaño de la muestra reducido y el diseño cuasiexperimental. Sin embargo, la investigación ofrece evidencia contextualizada acerca de la relevancia clínica de abordar la autoestima en los procedimientos residenciales de rehabilitación, particularmente si la intervención se organiza a partir de métodos cognitivo-conductuales, en modalidad grupal y con un entendimiento del entorno sociocultural de los involucrados.

CONCLUSIONES

Tras terminar la investigación se puede concluir que la muestra estuvo conformada por diferentes edades siendo la más predominantes entre 23 a 30 años lo que indica que la población joven es la más expuesta y susceptible al consumo de drogas. Asimismo, se evidenciaron distintos niveles académicos que permiten concluir que no importa el nivel educativo para que una persona decida consumir drogas y sin embargo también pueda rehabilitarse. En tanto a la ocupación se observa que varios participantes se encuentran desempleados y otros se encuentran desempeñando otras actividades laborales o académicas. En el estado civil, en su mayoría son solteros, pero también se evidenciaron otros estados civiles lo que demuestra una homogeneidad de estados civiles en los participantes. Un hallazgo interesante es que, casi la mitad de los participantes son de religión católica por lo que una se evidencia que se considera una parte importante en el aspecto personal es la espiritualidad.

Se puede concluir que, antes de la intervención TCC, los individuos del grupo experimental y el de control presentaban niveles mayormente medios o bajos, tras evaluar el grado de autoestima. Una vez se implementó la intervención TCC en el grupo experimental, se demostró que sí hubo una mejora importante en el incremento de la autoestima, a diferencia del grupo control, que no mostró mejoras notables.

Tras llevar a cabo los análisis estadísticos, se puede concluir que existieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control. Además, se observó que entre el pretest y el postest del grupo experimental también hubo evidencias con relevancia estadística. Esto demuestra que la implementación de la intervención TCC es muy efectiva para aumentar la autoestima en individuos con dificultades relacionadas al consumo de sustancias.

RECOMENDACIONES

Para lograr una mejor representatividad de los resultados y su generalización a grupos poblacionales más grandes, se aconseja aumentar el tamaño de la muestra y utilizar un muestreo probabilístico. El estudio tiene como limitación una muestra pequeña y no probabilística, lo que obstaculiza la capacidad de realizar inferencias sólidas y limita la extrapolación de los resultados a otras situaciones.

Se recomienda añadir instrumentos complementarios a la medición que faciliten tratar aspectos particulares del constructo, como la regulación emocional o la autoeficacia, además de realizar evaluaciones longitudinales para examinar cómo evoluciona a lo largo del tiempo. La investigación tuvo como limitación que se apoyó en un diseño transversal y en una sola escala para esta variable, lo cual podría no reflejar la complejidad ni las fluctuaciones temporales de la autoestima en este grupo poblacional.

Es posible llevar a cabo diseños experimentales con asignación aleatoria y grupos control más grandes, así como realizar seguimientos a medio y largo plazo que permitan valorar la durabilidad de los resultados terapéuticos. La magnitud del efecto observado y la validez interna de la investigación pueden verse afectadas por el diseño cuasiexperimental, la falta de aleatorización y el tiempo limitado de intervención.

REFERENCIAS

Abbasi, A., & Moradkhani, A. (2024). Evaluación psicométrica de la versión persa de la Escala de Autoestima de Rosenberg entre estudiantes de ciencias médicas. *Frontiers in Psychology, 15*. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1451862

Alabdulaziz, H. (2025). Más que un sentimiento: la autoestima como predictor de la satisfacción vital en los adolescentes: un análisis transversal en Arabia Saudí. *National Library of Medicine, 12*(8). doi:10.3390/children12081046

Alaniz, G. (2023). Estudio de validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población adolescente de educación pública en Jalisco. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 3*(|), 255-292. doi:https://doi.org/10.56712/latam.v4i6.1437

Alba, H., & Perez, L. (2021). La dependencia emocional: un problema de la psicología y otras ciencias humanísticas. *Edumecentro, 13*(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000200269

Amahazion, F. (2021). Examinando las propiedades psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg en la juventud eritrea. *Scienrific Research, 12*(1), 68-83. doi:10.4236/psych.2021.121005.

American Psychiatric Publishing. (2023). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Obtenido de https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnsticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf

Anaya, M., & Barraza, B. (2024). Factores del estrés asociado al consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 12. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*, 37-47. doi:https://doi.org/10.29057/icsa.v13i25.13811

Andrade, S., & Pibaque, M. (2025). La Prevención Y Su Incidencia En El Consumo De Drogas En Adolescentes Distrito 10d02 2021-2022. *Revista Multidisciplinar, 2*(1). doi: https://doi.org/10.56124/refcale.v13i2.024

Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). Ley Orgánica de Salud (Registro Oficial Suplemento No. 423, 22 de diciembre de 2006; con reformas vigentes). Obtenido de https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%c3%a1nica%20de%20Salud.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador.* Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Barbalat, G., & Plasse, J. (2022). El papel central de la autoestima en la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales. *Scientific Reports., 1*(1). doi:https://doi.org/10.1038/s41598-022-11655-1

Barrios, F., & Muñoz, J. (2026). Autoeficacia académica en estudiantes: Una revisión sistemática. *Revista, 6*(1), 1-11. doi:https://zenodo.org/records/15232934

Becerra, A., & Pérez, A. (2023). Depresión, ansiedad y activación conductual en pacientes oncológicos mexicanos: comparaciones y factores predictores. *Gaceta Mexicana de Oncologica*. doi:10.24875/j.gamo.23000102

Beck, A. (2024). Avances en teoría cognitiva y terapia: El modelo cognitivo genérico. *Reseñas Anuales, 1*(3), 10-24. doi:https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734

Benavides, V., Ayala, K., & Coral, N. (2023). Programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en contextos escolares: una revisión sistemáticabold. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 10*(2), 67-84. doi:https://doi.org/10.15332/22563067.9370

Bittencourt, S. (2023). Intervenciones grupales cognitivo-conductuales transdiagnósticas: una revisión sistemática. *Springer nature*, 303–326. doi:https://doi.org/10.2196/47927

Blondé, P., & Girardeau, J. (2022). Una mente errante es una mente olvidadiza: Una revisión sistemática sobre la influencia de la mente que divaga en la codificación episódica de la memoria. *Revisiones de Neurociencia y Bioconducta, 132*, 774-792. doi:https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.015

Blondé, P., & Girardeau, J. (2022). Una mente errante es una mente olvidadiza: Una revisión sistemática sobre la influencia de la mente que divaga en la codificación episódica de la memoria. *Revisiones de Neurociencia y Bioconducta, 132*, 774-792. doi:https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.015

Calle, P. (2024). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes de la Universidad Adventista de Bolivia. *Revista de Educación e Investigación, 6*(11), 42 - 57. doi:https://doi.org/10.37260/alternancia.v6n11.3

Cango, A., & Suárez, N. (2021). Consumo de droga en estudiantes ecuatorianos. Una alternativa de prevención y desarrollo resiliente del alumnado desde la escuela. *Revista de estudios y experiencias en educación, 20*(44). doi:http://dx.doi.org/10.21703/0718-5162.v20.n43.2021.021

CEETAD. (2020). *Modelo de atención integral residencial para adultos en centros especializados de tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.* Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/12/modelo_de_atencion_integral_residencial_para_adultos_cetad_28_10_2016.pdf

Changoluisa, K., & Cabezas, F. (2022). Autoestima y bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar., 6*(6). doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4121

Cui, Z., & Lin, Z. (2024). Explorando la autoestima y los rasgos de personalidad como predictores del bienestar mental entre estudiantes universitarios chinos: el papel mediador y moderador de la resiliencia. *Frontiers in Psychology., 15*(1). doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1308863

Danböck, S., Franke, L., Miedl, S., & Liedlgruber, M. (2023). Inducción experimental de la disociación peritraumática: El papel del afecto negativo y el dolor y sus correlatos psicofisiológicos y neurales. *Behaviour Research and Therapy., 164*. doi:https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104289

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 2000. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01

Díaz, J., Carrete, Z., Hernández, L., & Barrios, A. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 25*(6). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013

Duffy, D., & Richards, D. (2025). Implementación de la terapia cognitivo-conductual proporcionada por Internet para la depresión y la ansiedad en adultos: Revisión sistemática. *Advancing digital health y open science, 2*(6). doi:doi:10.2196/47927

Duro, A. (2021). Autoestima: Actualización y Mantenimiento. Un Modelo Teórico con Aplicaciones en Terapia. *Clinica Contemporánea,, 12*(3). doi:https://doi.org/10.5093/cc2021a16

Echeburúa, E., & Salaberría, K. (2020). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 21*(3), 247-256. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf

Enriquez, C., Barreto, Y., Lozano, L., & Ocampo, M. (2021). Percepción de adultos sobre consumo de sustancias psicoactivas en entornos escolares. Estudio cualitativo. *MedUNAB, 24*(1), 41-50. doi: https://doi.org/10.29375/01237047.3959

Erten, B., & Feijs, L. (2021). A Review of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I Apps): Are They Designed for Engagement? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(6). doi:https://doi.org/10.3390/ijerph18062929

Escudero, T., & Aladino, C. (2025). Análisis de la relación entre la autoestima y la satisfacción. *Revista Cientifica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 127-140. doi:10.26820/recimundo/9.(2).abril.2025.127-140

Fandiño, Y. (2021). Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 150-163. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/2991/299124247009.pdf

Fenn, M., & Byrne, M. (2023). Los principios fundamentales de la terapia cognitivo-conductual. *InnovAiT, 6*(9), 579–585. Obtenido de https://doi.org/10.1177/1755738012471029

Ford, B. (2020). Reevaluación: Un análisis más detallado de los costes de una estrategia de regulación emocional reconocida. *Current Directions in Psychological Science,, 28*(2), 173-178. doi:https://doi.org/10.1177/0963721419827526

Furukawa, T. (2025). Habilidades de terapia cognitivo-conductual a través de una aplicación para smartphone para la depresión subumbral entre adultos de la comunidad: el ensayo controlado aleatorizado RESiLIENT. *Medicina de la naturaleza, 31*, 1830–1839. doi:https://doi.org/10.1038/s41591-025-03639-1

Gao, Z. (2024). La relación y los efectos de la autoestima y la forma corporal en el comportamiento de los trastornos alimentarios: una encuesta transversal a estudiantes universitarios chinos. *Healthcare., 12*(10). doi:https://doi.org/10.3390/healthcare12101034

Gao, Z., & Zhao, J. (2024). La relación y los efectos de la autoestima y la forma corporal en el comportamiento de los trastornos alimentarios: una encuesta transversal a estudiantes universitarios chinos. *Healthcare, 12*(10). doi:https://doi.org/10.3390/healthcare12101034

García, H., & Lara, J. (2020). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 247–256. doi:https://doi.org/10.37135/chk.002.17.06

Garnica, J., & Solórzano, R. (2023). Importancia de las intervenciones psicológicas en pacientes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. *Salud, Ciencia y Tecnología, 21*(3). doi: 10.56294/saludcyt2023242

Ghasempour, S., & Nia, S. (2025). Validación de la Escala de Autoestima de Rosenberg entre la población adulta iraní: un estudio transversal. *Plos One, 20*(12). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336969

Ghasempour, S., & Sharif-, H. (2025). Validación de la Escala de Autoestima de Rosenberg entre la población adulta iraní: un estudio transversal. *Plos one, 20*(12). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0336969

Gkintoni, E. (2025). Terapia cognitivo-conductual de próxima generación para la depresión: integrando herramientas digitales, teleterapia y personalización para mejorar los resultados en salud mental. *Medicina, 61*(3). doi:https://doi.org/10.3390/medicina61030431

Gök, E., & Uslu, M. (2025). El efecto de la psicoeducación basada en la terapia cognitivo-conductual sobre creencias irracionales, la expresión de emociones y el bienestar mental. *Journal of Research in Social Sciences and Language, 5*(1), 1-18. doi:https://doi.org/10.71514/jssal/2025.162

Guzmán, E., & Valle, M. (2023). Relación entre autoestima y regulación emocional en adolescentes en un colegio de la ciudad de Loja, Ecuador. *Revista digital de Ciencia, Tecnología e Innovación, 11*(2), 203-215. doi:https://doi.org/10.61154/rue.v11i2.3497

Guzmán, E., & Valle, M. (2024). Relación entre autoestima y regulación emocional en adolescentes en un colegio de la ciudad de Loja, Ecuador. *Revista Uniandes Episteme, 11*(2). doi:https://doi.org/10.61154/rue.v11i2.3497

Habigzang, L., Petersen, M., & Zamagna, L. (2020). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiplos. *Ciencias psicológicas, 13*(2), 249-264. doi:https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882

Harvey, S., & Taylor, J. (2020). Un metaanálisis de los efectos de la psicoterapia con niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revisión de Psicología Clínica, 30*(5), 517-535. doi:https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.006

Hasin, D., & M. A. (2023). Criterios del DSM-5 para los trastornos por consumo de sustancias: recomendaciones y justificación. *American Journal of Psychiatry, 170*(8). doi:https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782

Heilig, M., & MacKillop, J. (2021). La adicción como enfermedad cerebral revisada: por qué sigue siendo importante y la necesidad de la consiliencia. *Neuropsicofarmacología*, 1715–1723. doi:https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y

Hofmann, S., & Asnaani, A. (2022). La eficacia de la terapia cognitivo conductual: una revisión de metaanálisis. *ognitive Therapy and Research, 36*(5), 427-440. doi:https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Hogue, A., Bobek, M., & MacLean, A. (2020). Elementos fundamentales de la TCC para la conducta adolescente y problemas de consumo de sustancias: comorbilidad, técnicas clínicas y ejemplos de casos. *Cognitive and Behavioral Practice, 27*(4), 426–441. doi:https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.12.002

Horowitz, M., & Taylor, D. (2023). La adicción y la dependencia física no son lo mismo. *The Lancet Psychiatry, 10*(8). doi:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00230-4

Hsing, Y. (2025). Un estudio comparativo de las respuestas de autoestima de los estados a los bucles de retroalimentación en redes sociales en adolescentes y adultos. *Psicología del Desarrollo Humano, 16*(1). doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1625771

Hunt, A., Pierpaolo, G., Pierpaolo, G., & Jaeggi, A. V. (2024). Perspectivas evolutivas sobre las adicciones a sustancias y conductual: caminos distintos y compartidos para la

comprensión, predicción y prevención. *Revisiones de Neurociencia y Bioconducta, 159*. doi:https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105603

Hurtado, E., & Ferrer, J. (2025). Eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento del trastorno por abuso de cannabis: una revisión sistemática. *Psicumex, 15*. doi:https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.747

Ibragim, A., & Issatayeva, B. (2025). Rehabilitación psicológica de personas con trastorno por consumo de alcohol, adicción a las drogas, trastorno del juego y codependencia. *Acta Psychologica, 2*(1). doi:https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105052

Im, S., & Stavas, J. (2021). ¿Mejora la intervención basada en mindfulness la función cognitiva?: Un metaanálisis de estudios controlados. *Revisión de Psicología Clínica, 84*. doi:https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101972

Jaramillo, O. (2022). Diseño y validación de un programa de salud mental en las organizaciones. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología /, 22*(1). doi: https://doi.org/10.18270/chps..v22i1.4034

Jiang, C., & Meng, R. (2023). Validación de la versión china de la Escala de Autoestima de Rosenberg: evidencia de un estudio longitudinal de tres ondas. *Psicología, 11*(345). doi:https://doi.org/10.1186/s40359-023-01293-1

Jin, F., Ni, S., & Wang, L. (2025). Estrés laboral, estrategias de afrontamiento y salud mental entre enfermeros clínicos en hospitales: un análisis de mediación. *Frontiers in Public Health., 13*. doi:} https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1537120

Jirada Prasartpornsirichoke, N. P., Poolvoralaks, C., & Sermruttanawisith, N. (2025). Efectos de la terapia cognitivo-conductual online sobre la depresión, los pensamientos automáticos negativos y la calidad de vida en estudiantes universitarios tailandeses durante el

confinamiento por COVID-19 en 2021: un estudio cuasi-experimental. *Frontiers in Psychiatry., 16*. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1502406

Kattari, L., & Anderson, K. (2023). Efectos del malestar psicológico y la satisfacción vital en el estrés traumático relacionado con la COVID: un estudio internacional transversal. *Revista de Trastornos Afectivos, 328*, 222-227. doi:https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.052

Kupcewicz, E., & Cybulska, A. (2024). Autoestima global y afrontamiento del estrés por parte de los estudiantes polacos durante la pandemia de COVID-19. *Frontiers in Public Health, 12*(1). doi:https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1419771

Kupcewicz, E., & Cybulska, A. M. (2024). Autoestima global y afrontamiento del estrés por parte de los estudiantes polacos durante la pandemia de COVID-19. *Frontiers in Public Health., 12*(1). doi:https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1419771

Laníz, E., & Pinargote, M. (2021). La importancia del tratamiento psicoterapéutico en pacientes con consumo problemático de sustancia psicoactivas. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR, 4*(8). Obtenido de https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/30

León, D. (2024). La autoestima en los adolescentes de centros educativos: revisión teorica. *Aula Virtual, 5*(12). doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.11169222

Li, Y., & Buys, N. (2021). La eficacia de las intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual en pacientes con hipertensión: una revisión sistemática y metaanálisis. *Informes de Medicina Preventiva, 23*(1). doi:https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101477

Llorente, J. (2021). Tratamiento cognitivo-conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos, 10*(4), 265–274. Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-

trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-deshabituacion-cocaina-13131181

López, C. (2020). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros. *Terapia psicológica, 27*(1), 119-127. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100012

Mao, F. (2022). La función familiar impacta la tendencia a recaer en el trastorno por consumo de sustancias: mediada a través de la autoestima y la resiliencia. *Al frente. Psiquiatría, 13*(1). doi:https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.815118

María Avila, M. L. (2022). Niveles de satisfacción con la vida y su relación con la autoestima. *Revista de Psicología UNEMI, 7*(12), 23 - 34. doi:https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol7iss12.2023pp23-34p

Márquez, A. (2025). Intervenciones para la prevención de la recaída y la recurrencia del trastorno depresivo en niños y adolescentes. *Conocimiento Enfermero, 29*(1), 59-79. doi: https://doi.org/10.60108/ce.375

McCrady, B., & Flanagan, J. (2021). El papel de la familia en la recuperación del trastorno por consumo de alcohol para adultos. *Alcohol Research: Current Reviews, 41*(1). doi: 10.35946/arcr.v41.1.06

Medina, P., Guzmán, E., & Álvarez, A. (2024). Autoestima y consumo de cannabis en adolescentes: Una revisión integrativa. *Horizonte sanitario, 23*(1). doi:https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5454

Mendes, L., Leonido, L., & Soares, B. (2025). Educación superior: impacto del consumo de sustancias en la autoestima y el bienestar. *Motrices, 21*. doi:https://doi.org/10.6063/motricidade.39660

Mendoza, K., & Vera, D. (2024). Consumo de sustancias psicoactivas y su impacto social en la población. *Revista Multidsciplinaria Arbitrada de Investigación Científica, 8*(1). doi: https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.2056-2077

Mercha, H. (2024). Las intervenciones de prevención de recaídas de consumo de drogas: Revisión sistematica. *Psicología UNEMI, 8*(15), 88–101. doi:https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol8iss15.2024pp88-101p

Mhaidat, I., Taherian, M., & Saeed, S. (2023). Efecto de la terapia cognitivo-conductual en la resiliencia y recaída en pacientes adultos con trastorno por consumo de sustancias: un protocolo de revisión sistemática. *BMJ Open, 13*(5). doi:https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067115

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). Lineamientos de prevención integral del uso y consumo problemático de drogas. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/11/LINEAMIENTOS-DE-PREVENCION-5.1.2024_FINAL__compressed.pdf

Mohammad, S., & Davasaz, R. (2023). Efectos de la terapia cognitivoconductual breve en la salud mental en trastornos relacionados con sustancias: un ensayo controlado aleatorizado. *BMC Psiquiatría, 13*(5). doi:https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067115

Molina, V., & Reyes, H. (2023). Experiencias traumáticas y síntomas psicopatológicos en población penitenciaria y población general. *cta Colombiana de Psicología., 26*(2). doi:https://doi.org/10.14718/ACP.2023.26.2.6

Montes, F., Rodríguez, L., & Guzmán, F. (2023). Autoestima, autoeficacia, conducta prosocial y el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Health and Addictions/Salud y Drogas, 23*(1), 368–381. doi:https://doi.org/10.21134/haaj.v23i1.799

Moya, J. (2020). El fortalecimiento de la autoestima en niños provenientes del sector rural de la Unidad Educativa General Córdova. *Universidad Indoamérica*. Obtenido de https://hdl.handle.net/20.500.14809/6409

Müller, B., & Heinz, M. (2020). Dependencia del alcohol y uso perjudicial del alcohol: diagnóstico y opciones de tratamiento. *Deutsches Ärzteblatt, 113*(17), 301–307. doi: https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.030

Muñoz, M., & Costa, A. (2025). La autoestima y su influecnia enel rendimiento academico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 9*(1). doi:https://doi.org/10.37811/el_rem.v9il

Musitu, G. (2023). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, 18*(1). Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/654/65413111.pdf

Muslih, M., & Huey, M. (2024). Validez estructural de la escala de autoestima de Rosenberg en pacientes con esquizofrenia en Indonesia. *Plos One, 1*(2). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300184

Naeli, A., & Skentzos, M. (2022). La influencia del estilo de apego de los miembros en la cohesión del grupo en los grupos de terapia por consumo de sustancias. *Discov Psychol, 2*(1). doi: 10.1007/s44202-022-00022-w

Nakao, M., & K. S. (2021). Terapia cognitivo-conductual para el manejo de condiciones relacionadas con el estrés: una revisión actualizada. *BioPsychoSocial Medicine, 15*(2). doi:https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w

Nakao, M., & Shirotsuki, K. (2021). Terapia cognitivo-conductual para el manejo de condiciones relacionadas con el estrés: una revisión actualizada. *BioPsychoSocial Medicine, 15*(2). doi:https://doi.org/10.1186/s13030-021-00219-w

Naranjo, M. (2020). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación, 7*(3). Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf

Nardi, B., Bellantuono, C., & Moltedo, A. (2022). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión posparto. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 77*(6), 434 - 443. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600005

Nieto, A., & Vera, M. (2024). Estrategias de intervención cognitivo-conductual en el manejo de la ansiedad generalizada: Eficacia y perspectivas futuras. *Revista Multidisciplinar Ciencia Latina, 86*. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15158

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2025). Problematicas de las drogas. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

OMS. (junio de 2024). *Alcohol*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol

OMS. (2 de 09 de 2024). *La salud mental en el trabajo*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work

OMS. (2025). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/neuroscience-spanish.pdf

Ontiveros, G. (2025). Effectiveness of an educational intervention to improve perceptions of obesity, enhance self-esteem, and reduce tobacco and alcohol consumption among nursing students. *Salud, Ciencia y Tecnología, 5*. doi:https://orcid.org/0000-0003-4329-3707

ONU. (2024). Inclusión y juventudes en América Latina y el Caribe. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Obtenido de https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-04/es_oij_dg_cuadernillo1_inclusion_1.pdf

Ordóñez, M. (2025). Red de apoyo y exclusión social en jóvenes. *Revista Científica Multidisciplinar, 2*(4), 344-355. doi:https://doi.org/10.63415/saga.v2i4.294

Pastrano, K., & Jiménez, W. (2024). Riesgo de Abuso de Sustancias Relacionado con la Baja Autoestima en Estudiantes de la Carrera de Enfermería. *Ciencia y Desarrollo Social, 3*(6). doi: https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)1947-1959

Paz, W., & Zavala, L. (2020). Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos. *Salud Pública de México, 61*(2). doi:https://doi.org/10.21149/9858

PDOT. (2024). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial* . Obtenido de Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de San José de Chaltura 2023–2027: https://chaltura.gob.ec/pdot/1/

Pereyra, A. (2024). El consumo problemático de sustancias como factor de riesgo para la transgresión penal juvenil. *Produccion académica*. Obtenido de https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/4690/1/pdf24_unido%20-%202025-01-24T091806.452.pdf

Persano, H. (2020). La teoría del apego: El Mundo de la Salud Mental en la Practica Clinica. Obtenido de El Mundo de la Salud Mental en la Practica Clinica: https://www.researchgate.net/publication/338825868_La_Teoria_del_Apego

Presidencia de la República del Ecuador. (2014). Reglamento a la Ley Orgánica de Salud. *Ministerio de Salud Pública del Ecuador.* Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Salud.pdf

Quijije, S., & Reyes, G. (2024). El uso problemático de sustancias versus cicatrización de herida emocional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 5*(5). doi:https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2851

Ramos, E., & Fernández, O. (2020). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional. *Práctica clínica*. doi: https://doi.org/10.5093/cc2018a1

Robinson, N., & Ramos, F. (2025). Inmersión cognitivo-conductual para la depresión: Protocolo para un ensayo controlado aleatorizado de tres brazos sobre coaching entre pares en el Metaverso. *Jmair publications, 14*(1). doi:doi:10.2196/65970

Rodrigues, C., & Gruart, M. (2020). Programa de intervencion cognitivo conductual. *Revista entretextos*. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9149629.pdf

Rodríguez, A., & Hernández, L. (2020). Adaptación lingüística y psicométrica del Cuestionario de Estilos Atributivos Académicos (EAT-A). *Scielo, 26*(2), e408. doi:http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.03

Rojas, V., & Pilco, G. (2023). Autoestima y Habilidades Sociales en Adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 6*(1). doi:https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.529

Ruiz, C., & Gozalo, M. (2025). El papel mediador de las estrategias activas de afrontamiento en la relación entre los factores de estrés académico y las respuestas al estrés entre los estudiantes universitarios. *Healthcare, 13*(14). doi:https://doi.org/10.3390/healthcare13141674

Santos, A., Saura, P., & López, C. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología, 36*(3). doi:https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.3.399291

Saxena, K., & Sahai, A. (2024). Comprendiendo la eficacia de la terapia cognitivo-conductual: un estudio sobre delincuentes. *National Library of Medicine, 32*(4), 309–314. doi: 10.1177/09727531241288609

Schaeuffele, C. (2024). Revisión sistemática y metaanálisis de terapias cognitivo-conductuales transdiagnósticas para trastornos emocionales. *493–509, 8*(1), 493–509. doi:https://www.nature.com/articles/s41562-023-01787-3

Schönfeld, F., & Maranzana, M. (2024). Análisis factorial exploratorio de la Escala de autodeterminación personal en una muestra Argentina. *Acta Académica*, 105. Obtenido de https://www.aacademica.org/000-048/666

Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025.* Obtenido de https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-creacion-de-oportunidades-2021-2025/

Sequeira, A., & Blanco, M. (2022). Dependencia de sustancias psicoactivas en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y neurobiológicos de una enfermedad incomprendida. *Población y Salud en Mesoamérica, 19*(2). doi:http://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i19.48064

Sheldon, K. M., Ryan, R., & Reis, H. T. (1996). What Makes for a Good Day? Competence and Autonomy in the Day and in the Person. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*(12), 1270-1279. doi:https://doi.org/10.1177/01461672962212007

Shinohara, K., Honyashiki, M., & Imai, H. (2023). Terapias conductuales frente a otras terapias psicológicas para la depresión. *Cochrane Database Syst Rev, 10*(1). doi:10.1002/14651858.CD008696.pub2

Shuang, L., & Zhang, T. (2025). Estudio sobre los efectos del nivel de adicción, el estrés y el apoyo social en la recaída y la motivación para dejar el consumo de sustancias. *BMC Psychology, 13*. doi:https://doi.org/10.1186/s40359-025-02917-4

Socidrogalcohol. (2024). Guía clínica sobre adicciones comportamentales basada en la evidencia. *Socidrogalcohol*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/02/Guia_Adicciones_Comportamentales_completa-1.pdf

Soler, J., & Díaz, O. (2020). Inteligencia emocional y bienestar II: Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones. *diciones Universidad San Jorge., 1*(4). Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/655308.pdf

Soriano, J., & Sastre, S. (2024). Validación de la Escala de Autoestima de Rosenberg en Personal Militar del Ejército Español (RSES-JGA). *Healthcare, 12*(22). doi:https://doi.org/10.3390/healthcare12222301

Spaan, P., Boogert, F., & Bouman, Y. (2024). ¿Cómo lo estás afrontando? Estrés, afrontamiento, agotamiento y agresividad en los profesionales forenses de la salud mental. *Frontiers in Psychology., 14*(1). doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1301878

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). Impacto de los cambios entre el DSM-IV y el DSM-5 en la Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas y la Salud. *Department of Health and Human Services.* Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519702/

Sun, P., Wang, L., & Yan, L. (2025). Mediación del estilo de afrontamiento entre la autoeficacia académica y el estrés académico en estudiantes de secundaria. *Psicología Educativa, 16*(1). doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1496528

Tabugan, D., & Bredicean, A. (2025). Perspectivas novedosas sobre el manejo de la adicción: un metaanálisis sobre la intervención para la prevención de recaídas. *Medicina, 61*(4). doi:https://doi.org/10.3390/medicina61040619

Tiruneh, Y., & Elliott, K. (2022). Abordando el consumo y el abuso de sustancias en el este de Texas: necesidades y prioridades impulsadas por los interesados. *Int J Environ Res Public Health, 1*(2). doi:10.3390/ijerph192215215

Tulachan, P., & Yonjan, P. (2022). Traducción, adaptación y validación de la versión nepalí de la escala de autoestima de Rosenberg en población adulta nepalí. *Salud Mental, 2*. doi:https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100150

Valdevila, J., Valdevila, R., Vázquez, M., & Madero, M. (2022). Causas y condiciones del uso indebido de drogas en Ecuador. *Correo Científico Médico, 26*(3). Obtenido de https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4009/2203

Vallejo, A. (2020). Factores influyentes en la eficacia de los procesos psicoterapéuticos en las prácticas clínicas institucionales. *Psicología Iberoamericana, 25*(1). doi:https://www.redalyc.org/journal/1339/133957571007/html/

Vásquez, C., & Vega, J. (2021). Autoestima en pacientes drogodependientes. *Revista Sinapsis, 2*(20). doi:https://orcid.org/0000-0003-4871-1605

Vásquez, C., & Vega, J. (2021). Autoestima en pacientes drogodependientes. *Revista Sinapsis, 2*(20). Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8474714.pdf

Vinueza, G., & Cedeño, M. (2024). Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la urbanización San Alejo. *Digital Publisher, 9*(3), 438-450. doi:doi.org/10.33386/593dp.2024.3.2392

Volkow, N., & Blanco, C. (2023). Trastornos por consumo de sustanciasUna actualización integral de clasificación, epidemiología, neurobiología, aspectos clínicos, tratamiento y prevención. *World Psychiatry, 22*(2), 203–229. doi: 10.1002/wps.21073

Wong, T., & Shek, D. (2025). Estrés y estrategias de afrontamiento de los estudiantes de la Universidad de Hong Kong durante la pandemia de COVID-19: un estudio cualitativo. *International Journal of Environmental Research and Public Health., 22*(9). doi:https://doi.org/10.3390/ijerph22091359

Zainal, N. (2024). Efectos a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual aplicada por internet: metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. *Psychological Medicine, 1*(2). doi:https://doi.org/10.1017/S0033291724000466

Zainal, N. (2024). Long-term effectiveness of internet-delivered cognitive behavioural therapy for anxiety and depression. *Psychological Medicine., 1*(3). doi:https://doi.org/10.1017/S0033291724000466

Zhao, Y., Zheng, Z., & Pan, C. (2021). Autoestima y compromiso académico entre adolescentes: un modelo de mediación moderada. *Frontiers in Psychology, 11*(2). doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.690828

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE POSGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Estimado/a participante: Código del/de la participante:

_____

La presente investigación tiene como objetivo realizar la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) mediante una intervención grupal para mejorar la autoestima en adultos ecuatorianos en proceso de rehabilitación en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) "Resurge".

Su participación es voluntaria. Usted puede negarse o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su tratamiento, permanencia o beneficios en el CETAD. La información será utilizada únicamente con fines académicos e investigativos.

¿Acepta usted de forma libre y voluntaria participar en esta investigación?

Sí ( ) No ( )

2. Participación

Por su aceptación, el/la participante autoriza y se compromete a:

2.1. Completar los instrumentos de evaluación, que incluyen el cuestionario sociodemográfico y la Escala de Autoestima de Rosenberg, en los momentos establecidos (pretest y postest).
2.2. Asistir a las sesiones grupales programadas en caso de pertenecer al grupo experimental.
2.3. Respetar las normas básicas de convivencia del grupo, incluyendo no divulgar información personal compartida por otros participantes durante las sesiones.

3. Confidencialidad:

3.1. La información obtenida en el presente estudio es confidencial. Se registrará mediante un código, sin nombres. La investigadora se compromete a resguardar y emplear con estricta cautela la información obtenida.

3.2. La información proporcionada por el participante será utilizada única y exclusivamente con fines académicos y de investigación, y los resultados se presentarán de forma agrupada.

Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
Av.17 de Julio 5-21 y Gral. José María Córdova
Ibarra-Ecuador
Teléfono: (06) 2997-800 RUC: 1060001070001
www.utn.edu.ec

3.3. Cada instrumento recibirá un código por participante, el cual se mantendrá en reserva y será conocido únicamente por la investigadora responsable del estudio. De ser necesario para fines de supervisión académica, el tutor académico podrá acceder a dicha información, manteniendo la confidencialidad correspondiente.

3.4. En actividades grupales, la investigadora mantendrá la confidencialidad; sin embargo, no es posible garantizar al 100% que otros participantes no divulguen lo escuchado. Por ello, se solicitará a todos respetar la confidencialidad y no compartir información personal fuera del grupo.

Firma del/de la participante: _____ Fecha: ____/ ____/ 20____

C. I.: _____

Nombre del/de la investigador/a: Dafna Elizabeth Ramírez Rea

Firma del/de la investigador/a: _____ Fecha: ____/ ____/ 20____

Anexo 2

Cuestionario Sociodemográfico

Cuestionario sociodemográfico

Código del/de la participante: _____ No escriba su nombre.

Fecha: ____ / ____ / 20____

Aplicador/a: Dafna Elizabeth Ramírez Rea

Instrucciones: Marque con una X la opción que corresponda o complete la información solicitada.

Edad (en años cumplidos): _____

Sexo:

☐ Femenino ☐ Masculino

☐ Otro (especifique): _____ ☐ Prefiero no responder

Estado civil:

☐ Soltero/a ☐ Casado/a

☐ Unión libre ☐ Separado/a

☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Nivel educativo alcanzado:

☐ Sin instrucción

☐ Educación primaria incompleta

☐ Educación primaria completa

☐ Educación secundaria incompleta

☐ Educación secundaria completa

☐ Educación superior incompleta

☐ Educación superior completa

Situación laboral actual:

☐ Servidor público ☐ Estudiante

☐ Trabajo independiente ☐ Jubilado/a

☐ Desempleado/a ☐ Otro (especifique): _____

Provincia de residencia: _____

Sustancia principal de consumo (marque una):

☐ Alcohol ☐ Tabaco/Cigarrillo

☐ Marihuana ☐ Cocaína/Pasta base

☐ Inhalantes ☐ Policonsumo (varias sustancias)

☐ Otra (especifique): _____ ☐ Prefiero no responder

Religión (opcional):

☐ Católica ☐ Evangélica/cristiana

☐ Ninguna ☐ Otra (especifique): _____

☐ Prefiero no responder

Confidencialidad y voluntariedad: La información recopilada se utilizará únicamente con fines académicos y de investigación. Sus respuestas se registrarán con un código, sin nombres. Su participación es voluntaria y puede omitir preguntas o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su tratamiento, permanencia o beneficios en el CETAD. Los datos serán resguardados por la investigadora en archivos protegidos y se reportarán únicamente de forma agregada.

Anexo 3

Instrumentos

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Instrumento de evaluación – Pretest / Postest

Pretest ( ) Postest ( )

Instrucciones: Marque con una X la alternativa que mejor describa su opinión. No existen respuestas correctas o incorrectas.

1	2	3	4
Muy en desacuerdo	**En desacuerdo**	**De acuerdo**	**Muy de acuerdo**

Pregunta	**1**	**2**	**3**	**4**
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo varias cualidades buenas.				
3. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado/a.				
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno/a en nada.				