

Universidad Iberoamericana (UNIBE)



**Efectos de una terapia grupal enfocada en los factores psicosociales en pacientes en proceso de recaídas del centro Clarium by Fénix, período febrero–marzo 2023**

Autora:

Zawra Hasbún

22-0921

Maestría en intervención en psicoterapia

Asesor:

Joan Noboa

Junio, 2023

Santo Domingo, República Dominicana

Efectos de una terapia grupal enfocada en los factores psicosociales en pacientes en proceso de recaídas del centro Clarium by Fénix, período febrero–marzo 2023

Zawra Hasbún

Universidad Iberoamericana (UNIBE)

**Nota de autor:**

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

La correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Zawra Hasbún, al siguiente correo electrónico: [hasbunzawra@gmail.com](mailto:hasbunzawra@gmail.com)

### Resumen

La presente investigación tuvo como propósito identificar los factores psicosociales que influyen en el proceso de recaída en el consumo de drogas en una muestra de pacientes adictos y analizar la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal, a partir de los factores psicosociales que influyen en el proceso de recaída en el consumo de drogas en una muestra de pacientes adictos del centro Clarium, durante el período Febrero-junio 2023. Este estudio posee un enfoque cualitativo, con intervención cognitivo conductual. La población fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico y estuvo compuesta por siete personas (mujeres y hombres mayores de edad, internos por adicción con un mínimo 2 meses en la clínica Clarium by Fénix. Para la recolección de información se realizaron entrevistas semi estructuradas en profundidad y la bitácora de la investigadora. Esta investigación a través de sus intervenciones aportó un modelo del proceso de recaídas basados en emociones. Se evidenciaron emociones como la tristeza, la ira, culpa y frustración y factores de riesgo como el aislamiento, el ocio, asistir a bares y restaurantes, el trabajo compulsivo o falta de ocupación que inciden en la recaída. Posteriormente a las intervenciones, los participantes presentaron mejorías significativas respecto al manejo de emociones y a patrones de conductas negativos que incentivaban al consumo, sin embargo, los factores de riesgo que provocaban recaídas permanecían siendo los mismos. Se confirmó la hipótesis que establecía que luego de la intervención, los participantes estuvieron más conscientes de los factores de riesgo implicados en la recaída.

*Palabras claves:* adicción, paciente, psicología social, dinámica de grupo, psicoterapia

### **Introducción**

El consumo se ha estudiado a lo largo de los años en la humanidad, la Organización Mundial de la Salud afirma que las personas consumen una variedad de sustancias que les crean dependencia. De igual forma, el Dr. Lee (2022 citado en Arteaga & Rodríguez (2016), exdirector General de la mencionada institución, expone que la comunidad de salud pública debe prestar más atención a los problemas sociales y sanitarios que se relacionan con el consumo de sustancias ilícitas, el tabaco, y alcohol, así como la dependencia que generan estos productos para brindar una respuesta apropiada a este fenómeno (Lopera et al., 2015; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2016).

Asimismo, los trastornos a causa de la adicción a sustancias son una fuerte carga para el individuo, su entorno social y las comunidades en general. Se pueden generar problemas crónicos en la salud por el uso continuo de sustancias ilícitas como drogas, aunque la dependencia que causan puede ser tratables e incluso prevenibles si se identifica a tiempo. Al menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres en América Latina y el Caribe padecen de trastornos a causa del abuso de las drogas, ya sea por dependencia u otros padecimientos en alguna etapa de sus vidas. Es importante resaltar que el uso de drogas ilegales es muy común en los países con bajos ingresos y en donde hay encarecido acceso a la atención de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2023; Álvarez-López et al., 2020).

Evidentemente el consumo de sustancias no puede ser explicado a raíz de una sola causa, sucede todo lo contrario, pues este fenómeno se considera multicausal basado en la interacción de los factores biopsicosociales que de una manera u otra favorecen al afianzamiento de un patrón de abuso o dependencia (Mendoza et al., 2017; Grau-López et al., 2012) (Grau-López, 2014; Sandoval et al, 2013; Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012).

Conjuntamente, el abordaje biopsicosocial contempla las bases genéticas y biológicas de las enfermedades, incluyendo el rol que juegan los aspectos psicológicos como cogniciones, creencias y comportamientos en el desarrollo de estas; asimismo reconoce que los contextos culturales, económicos y sociales tienen un gran impacto en la salud de las personas. En base a esto, se plantea que las adicciones no son exclusividad del ámbito médico y considera que el análisis psicológico de la drogodependencia por sí mismo no es suficiente para explicar este fenómeno, pues no contempla el contexto en donde se adquiere la dependencia (Mendoza et al., 2017; Valladolid, 2015).

Por su parte, las circunstancias de tipo social y psicológicas que tienen una relación directa o indirecta con otras conductas o fenómenos, que pueden ser de orden precipitante, causal, predisponente o concurrentes en sí mismos, son considerados factores psicosociales. Por esto, se presupone que pueden influir como factores de riesgo o protección en el mantenimiento o desarrollo de las problemáticas de salud (Mendoza et al., 2017; Solano, 2017).

Asimismo, los conceptos prevención, factor de riesgo o factor de protección se encuentran íntimamente vinculados pues, un factor de riesgo es una característica externa o interna a la persona y su presencia puede aumentar la predisposición o la probabilidad de que se produzca un fenómeno determinado. Estas características que pueden ser psicosociales, es decir: psicológicas, familiares, sociales y personales, las mismas pueden permitir la predicción del desarrollo del comportamiento del consumo de sustancias ilícitas como drogas, además de colocar a esta persona en una posición de vulnerabilidad inclinada a este tipo de conducta (Becoña et al., 2019).

Es importante destacar que estos factores psicosociales que influyen en la salud y dan lugar a comportamientos autodestructivos y/o antisociales; ejemplos de estos pueden ser: la baja autoestima, bajo rendimiento académico, pertenencia a familias disfuncionales entre otros.

Algunos estudios Pons y Berjano (2006 citado Mendoza et al., 2017) en han comprobado una fuerte relación entre las variables familiares y el uso y abuso de sustancias psicoactivas, ejemplo: hijos de padres solteros, separados o viudos, es decir, una estructura familiar poco sólida, está relacionada con el inicio del consumo de alcohol, pues las personas en este contexto pueden verse empujadas a realizarlo gracias a la situación prematura de autonomía.

Por otro lado, Graña & Muñoz-Rivas (2000) exponen en su estudio que los adolescentes que se encuentran más aislados socialmente y con trastornos como la depresión y la ansiedad, tienden a consumir una mayor cantidad de sustancias como marihuana, alcohol y otras drogas ilegales convirtiendoles en policonsumidores. También añaden como causa probable a aquellos rasgos de personalidad como la introversión social, la no convencionalidad, falta de inteligencia emocional están relacionados con el consumo de sustancias.

A través del tiempo se han realizado diversos estudios sobre la efectividad de los tratamientos para personas que sufren de adicción que demuestran que sustancias como la nicotina, la cocaína, heroína o el alcohol muestran altas tasas de recaídas (Centro de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, 2010). Se comprende por recaída al resultado que experimenta una persona adicta a la exposición frente a un evento riesgoso sin tener las estrategias de afrontamiento adecuadas para la garantía de su permanencia en su abstinencia (Blanco & Jiménez, 2015).

La naturaleza crónica de la enfermedad comprende que la recaída no solamente es posible, sino probable y esta constituye un elemento importante dentro del proceso de recuperación que ha sido investigado durante los últimos años (Torrealba et al., 2017). Asimismo, Arteaga & Rodríguez (2016) evidencian que las tasas de recaída de individuos con adicciones y otros

trastornos debido al consumo de sustancias son parecidas a las tasas de recaídas a raíz de otras enfermedades crónicas, por ejemplo, el asma, la hipertensión y la diabetes.

Asimismo, uno de los aspectos que caracteriza la recaída, es el patrón de conductas del individuo que incluyen un involucramiento excesivo de este en el consumo, un impulso descontrolado a seguir dicha acción y la poca habilidad para autocontrolarse, lo que conllevan a la persistencia en esta acción a pesar de los resultados negativos que esto acarrea tanto para sí mismo, como a las personas que lo rodean (Blanco & Jiménez, 2015).

En un estudio correlacional realizado en Costa Rica sobre factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes, se concluyó que aspectos interpersonales como la búsqueda de sensaciones positivas, regulación emocional, estados emocionales negativos, el control atencional son determinantes y están relacionados a las recaídas en el consumo de drogas, aspectos en donde el componente psicosocial está muy marcado (Blanco & Jiménez , 2015).

Es importante resaltar, que tratar enfermedades crónicas involucra el cambio de conductas arraigadas profundamente y la recaída de estas personas nuevamente en la adicción no implica un fracaso en el tratamiento. A menudo los participantes manifiestan conductas conflictivas en los estudios, como la falta de colaboración recibida durante la exploración sobre los trastornos relacionados al consumo de sustancias lo cual dificulta el proceso de evaluación. Se resalta que la tendencia a la recaída se da por condición propia de estos trastornos, sin embargo, los pacientes consideran que ha sido el tratamiento que ha fracasado en (Arteaga & Rodríguez, 2016).

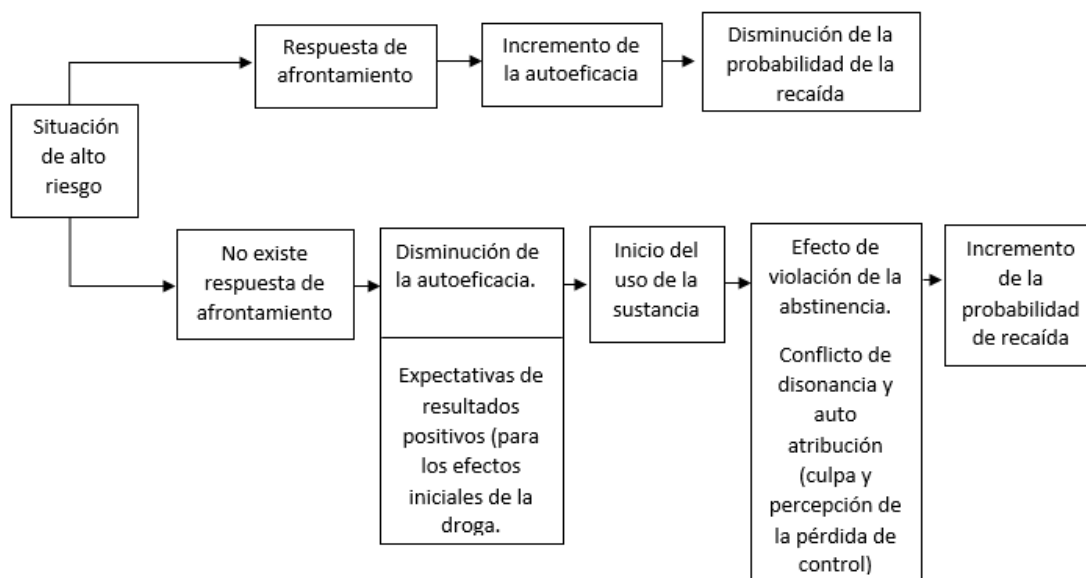
Actualmente, las investigaciones que conciernen al consumo son escasas y en relación con la recaída casi nulas, a pesar de que distintos autores han alarmado sobre la gravedad de esto. Se

destaca que la gran alta tasa de recaídas es de las problemáticas más significativas en los tratamientos de la adicción, en este caso a las drogas (Villa, 1997). Esto lo evidencian Luengo et al. (2001 citados en Arteaga & Rodríguez (2016) cuando plantean que una gran cantidad de las personas en tratamiento para las adicciones recaen en el consumo en períodos de tiempo relativamente cortos y han catalogado a las drogodependencias como un trastorno crónico. Cada vez es más importante entender los factores situacionales de riesgo o protectores de las recaídas y naturaleza de estas para el desarrollo de intervenciones más eficaces.

Dentro de los abordajes utilizados para la adicción se han utilizado diferentes enfoques terapéuticos que promueven los cambios de comportamiento y pensamiento para una mayor efectividad y eficacia en el tratamiento (Aguilar, 2019). Para la prevención de recaídas, es vital la evaluación individual de los factores que intervienen en las mismas, como lo son las situaciones de alto riesgo, las estrategias de afrontamiento de las personas que sufren de adicción y las capacidades de reconocimiento de situaciones de alto riesgo para estos (Villa, 1997).

Por lo tanto, se han propuesto diversos modelos de prevención de recaídas a fin de otorgarle estrategias de afrontamiento a las personas dependientes de adicciones y que las mismas logren un cambio en su estilo de vida, otorgándoles autonomía y capacidad de enfrentar las situaciones internas y externas que impiden o alteran su proceso de recuperación (Aguilar, 2019), modelo también descritos por Marlatt y Gordon en 1985 proponiendo el primer modelo cognitivo-conductual explicativo del proceso de recaída como se presenta a continuación:



**Figura 1.***Modelo Prevención recaídas Marlatt y Gordon*

*Nota.* Modelo de proceso de recaída de Marlatt y Gordon (1985) tomado de Arteaga & Rodríguez (2016).

Se presupone que el presente estudio colaborará a la comunidad científica a entender cómo los factores psicosociales están relacionados a las recaídas en adicciones y la intervención podrá aportar directrices de cómo elaborar un plan de intervención para esta población más integral y holístico, previniendo las recaídas.

Por ello, la investigación tiene como objetivo identificar los factores psicosociales que influyen en el proceso de recaída en el consumo de drogas en una muestra de pacientes adictos del centro Clarium, durante el periodo Febrero-junio 2023. Asimismo, la hipótesis del presente estudio establece que, al finalizar la intervención los pacientes serán más conscientes de los factores de riesgo implicados en la recaída.

### **Método**

El presente estudio es de tipo cuasiexperimental pues las personas no fueron asignadas al azar, sino que estos grupos ya estaban conformados antes del experimento (Hernández et al, 2014). Por otro lado, la investigación posee un enfoque cualitativo, con intervención cognitivo conductual y psicoterapia.

#### **Técnicas de recolección de datos**

Para la recolección de información en el presente estudio, se realizaron entrevistas semi estructuradas en profundidad y la bitácora de la investigadora como insumos para el análisis cualitativo.

#### **Muestra**

La muestra fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico y estuvo compuesta por siete personas (mujeres y hombres) con los siguientes factores incluyentes: hombres y mujeres mayores de edad, ubicados entre 18-50 años, internos por adicción con un mínimo 2 meses en la clínica Clarium by Fénix. Por otro lado, los factores excluyentes fueron: menores de edad, no internos por adicción por un mínimo de 2 meses en la clínica Clarium by Fénix.

#### **Procedimiento**

Para realizar el presente estudio en la clínica Clarium by Fénix, se solicitó de manera escrita el consentimiento y autorización afirmativa del centro para utilizar las instalaciones de este y acceder a las personas internas por adicción. Luego de esto, el centro procedió a autorizar la intervención través de una carta.

Luego de esto, se obtuvo por parte del comité de ética de la universidad UNIBE, la aprobación y aceptación de la investigación incluyendo su enfoque metodológico y el trabajo con población vulnerable como lo son las personas que sufren de adicción.

Asimismo, se elaboró el consentimiento informado a utilizar conforme a lo estipulado en el reglamento de la universidad otorgado por el comité de ética. Luego de esto, se socializó con las personas que conforman la población del estudio, donde se les explicaron sus derechos y deberes como participante, así como los criterios de participación. También se les reiteró que la información recopilada en el presente estudio fue de carácter confidencial y no se revelaría públicamente su identidad.

Durante el levantamiento de información e intervención, fueron codificados sus nombres para preservar su identidad y luego la información fue guardada en archivos de PDF y Microsoft Word encriptados con clave de acceso. Más tarde, se procedió a la realización del análisis y categorización de la información.

Finalmente, en la discusión se realizó una triangulación teórica entre los resultados del estudio y los autores o literatura más reciente sobre los factores psicosociales y las adicciones.

## Resultados

### Categoría 1. Gestión de emociones en adictos

Durante el proceso de caída y recuperación de la adicción, el grupo participante pudo identificar algunas situaciones de riesgo o manifestaciones externas a estos que les permitieron reconocer y nombrar algunas emociones vinculadas o no a sus adicciones y las estrategias de afrontamiento que utilizaban al sentirlas.

Es importante destacar, que dentro del control de estas emociones un participante expresó que siempre mantiene el control de sus emociones pues no le gusta mostrarse débil en frente a los demás, esto se lo atribuye a la crianza del hogar pues sus padres le transmitieron la concepción de que los hombres no pueden mostrarse vulnerables en ninguna circunstancia. Sin embargo, este destaca que la única excepción en donde ciertamente pierde el control es cuando está bajo los efectos del consumo:

“Bueno, mi personalidad en sí. Nunca, no sé por mi personalidad. He perdido el control, pero eso son bajo consumo. Si estoy alcoholizado. Pero yo digo que por mi ego. En verdad siempre me ha gustado mantener el control. “Eso me lo han dicho antes y yo me identificaba. Yo tengo un problema con, o sea, con la debilidad en la persona. A mí me molesta ver a alguien débil. Tal vez tú sabes que la crianza de los padres antiguos mi papá es baby boomers y viene de esa mentalidad de que el hombre es hombre y mujer es mujer. Hay que ser el hombre de la casa. Tu nunca puede, siempre tiene que el lío siempre tiene que echarlo. Y en verdad yo me crié con eso. Y me he mantenido así. Pa' yo llorar tiene que ser muy difícil” - PO6.

**Subcategoría 1. Alegría**

La mayoría de la población participante manifiesta la alegría con el compartir con las demás personas a través de manifestaciones como contacto físico con abrazos, besos, risas; el buen sentido del humor a través de chistes y unas cuantas pocas personas la asocian con acciones como cantar y bailar. A continuación, se muestran varios ejemplos en relación a esta subcategoría:

“Uff, con abrazos, besos. Me río muchísimo. Abrazos. Besos. Sí, me río muchísimo. Es una característica principal. Yo puedo reírme mucho” - PP4

“Cuando estoy alegre, me gusta compartir la alegría con los demás y me gusta que el otro se ría. Me gusta mucho que el otro se ría” - PL1

“Yo bailo y yo canto. Quiero ser más social de la cuenta con todo el mundo. Hasta con la gente de aquí que son complicados. Y sí, como que quiero, no sé cómo al yo vivir la tristeza, como yo veo la tristeza en alguien como yo se lo quiero pegar la felicidad cuando yo estoy feliz.”  
- PM2

“Pues siempre, siempre estoy riéndome, haciendo chistes, no sé, de manera normal. Yo no voy a decir que soy efusivo, pero se me nota” - PO6

“La alegría, la alegría yo la asocio con la euforia. Cuando yo estoy alegre, yo brinco. Sonrío mucho. Abrazo. Hablo con facilidad. Me integro a las conversaciones sin, como digo, sin problema. Porque a veces, cuando yo no estoy alegre, estoy sentada en un sitio y tan hablando como que me siento excluida” - PP5

Es importante destacar que no se evidenciaron cambios post intervención en esta subcategoría.

**Subcategoría 2. Tristeza y culpa**

Una gran cantidad de las personas participantes indicaron sentir tristeza durante los eventos de consumo o sobredosis, a raíz de eventos particulares puntuales como la pérdida de un trabajo, una ruptura amorosa. De igual forma, cuando sienten esta emoción, unos cuantos pocos indicaron que les invade el llanto o se obsesionan con sentimientos de culpa, recordando lo perdido.

Asimismo, algunos confiesan que, al sentir tristeza, conscientemente evaden o evitan sentir la misma a través del autoaislamiento alejando así a las personas fingiendo no estar triste o conductas como dormir. Es importante destacar que, algunos apuntaron hacia la tristeza como emoción que les incita a la recaída en sus adicciones, principalmente los adictos a sustancias y ludopatía. Sin embargo, un participante confesó que la incapacidad de gestionar adecuadamente la tristeza le provocaba buscar la gratificación a través de la comida, en especial de cosas fritas, dulces o no saludables.

“Me quedo en la cama, acostado. Y no quiero ver a nadie, no quiero ver con el teléfono ni nada. Lloro a veces, pero, no siempre” - PO4.

“La tristeza y la inconformidad. El ocio. Como ya lo he repetido, el ocio. El ocio es fatal para mí y la soledad. La soledad” - PL1.

“Bueno, yo creo que me aísló. Aquí, por ejemplo, cuando yo he estado triste en el plan, yo lo que hago, o sea, yo me siento. No sé. Yo estaba diciéndole a todos los otros días que hubo un momento de adicción, yo estuve bebiendo demasiado alcohol y fumando marihuana y como que, metiéndola demasiado peso al cuerpo, y como que el umbral de la tristeza como que me creció y estuve un tiempo en cama como un año, así como que yo quería estar trancado con la cortina abajo hasta las 3:00 de la tarde. Y aquí sí que me puse triste, como

que me dejaron aquí al principio con, por ejemplo, ahora cómo yo manifiesto la tristeza con obsesión, por ejemplo, yo me pongo triste que de que perdí la universidad, que perdí el trabajo (...) Me invaden los pensamientos de látigo, de decirte mira, lo perdiste. Perdiste el trabajo, perdiste la universidad. Qué oportunidad perdiste. Todos los días. La perdiste, la perdiste. O sea, me llega y yo la vivo como que diache la perdí. Y eso” - P2M.

“Tú sabes que yo en verdad no, no me acuerdo. La última vez que estuve estuve triste y diciendo que un periodo triste, muy difícil. Tengo que tener de amoreo algo así. Pues yo soy, como dice Vicente, una máquina formidable de evasión y de bloquea sentimiento. Bueno, la última vez, me pongo cortante con la gente, me tranco. No hablo yo no le cuento a nadie lo que me está pasando. Pues exacto, básicamente eso yo me tranco. No digo nada. Y trato de disimularlo como si me pasa nada” - PO6.

“Lloro mucho llanto. Un agotamiento físico. Evado la tristeza con el sueño. Anestésico los sentimientos con el consumo. O sea, allá afuera, aquí, cuando yo estoy triste. Yo sencillamente lo dejo ver muchas veces me voy a acostar como había mencionado. O me gratifico con algún dulce. Me ha pasado que yo en el tema del menú de los fines de semana, que es cuando se comen cosas más fritas. Hubo un tiempo que yo dejé de pedir cosas fritas o sea en algunas de las opciones, porque hay otra opción que a conciencia de los monitores grupales. Entonces yo he estado en la posición de que, por ejemplo, el sábado yo me siento muy triste. Entonces al otro día yo me doy un atracón de comida. Me gratifico de una forma que no es saludable” - PP5.

Luego de la intervención, los participantes manifestaron un mejor manejo de la tristeza y la culpa. Fueron capaces de identificar el motivo de su tristeza y los pensamientos o creencias que les llevaban a mantenerse en esta emoción de manera prolongada y así podían ajustar dichos pensamientos y sustituirlos por otros más positivos. Asimismo, se evidenció que la culpa

antecedía y contribuía de manera significativa al sentimiento de tristeza. Esto se pudo ver en el siguiente comentario:

“Yo me culpaba mucho de todo lo que yo hice y en la persona que me convertí y todo el daño que le hice a la gente que yo quiero, pero cuando comencé las terapias me fui dando cuenta que yo estaba enfermo y que esas cosas yo solo no las podía resolver yo solo. Cuando yo llegué aquí yo duré como un par de semanas sin encontrarle sentido al yo estar metido aquí, pero después fui soltando el control y le agradecí a mi hermana que me haya convencido” - PL1.

### **Subcategoría 3. Ira y frustración**

Los participantes indicaron sentir ira en situaciones de relacionamiento con los demás por no saber gestionar adecuadamente sus emociones. Asimismo, indicaron que, al sentir frustración en situaciones ajenas a estos, les invade la ira y pierden el control de estas emociones. Lo anterior se evidencia con los siguientes comentarios:

“Eso mismo cuando me siento frustrado. Cuando yo sé que tengo la razón y el otro, el otro quiere imponerse con un punto de vista que yo sé que está mal. Eso me... Pierdo el control de mis emociones y podría soy muy sensible. Me hiero fácil” - PL1.

“Mi frustración se me nota muy, muy clara. En verdad yo si estoy frustrado o no, yo no paro de intentarlo hasta lograrlo. Y si no funciona, o sea. La conecto mucho con la ira. Me pongo furioso cuando me frustra. Pero la frustración llega a un momento que sí sé que no lo puedo lograr, no vuelvo a tocar el tema más nunca. Como que lo cierro. Sigamos. Si no puedo lidiar con la frustración, ese tema. Lo bloqueo completamente. Pero si yo sé que puedo al final lograr el propósito que tengo, si me pongo furioso, pero si sigo intentando hasta poder lograrlo” - PO6.



Durante la situación del consumo, evidenciaban que el descontrol de la ira los incentivaba a realizar acciones violentas, ya sea de tipo verbal o física autoinfligidas o a externos utilizando objetos físicos a la mano. Ejemplo de esto son las siguientes expresiones:

“Pero yo me incomodo con alguien y está lejos de mí. La ira. La ira. Yo no soy violento físicamente, pero sí verbalmente, yo soy jodón. Tengo un temperamento jodón” - PL1.

“Un perro. Mi perro mi mascota, me estaba molestando mucho, estaba ladrando y a mí me habían botado del trabajo y de la universidad. Yo no dejaba de consumir y yo no dejaba de jugar. Tenía como 36 horas despierto y a mí como que se me explotó todo. El perro estaba jodiendo y yo lo ahorqué” - PM2.

“Pero como eso fue como un amague, como porque yo realmente nunca en mi vida le tira una silla a nadie, o sea, lo más que yo he llegado a ser fue una sola vez en kung fu. Que tuvo un pleito con un ex novio mío y yo he estrellé una botella de presidente en el piso. No a él. Y yo estaba ya a un nivel de locura y sentí mucha impotencia porque él me había, él me estaba maltratando, o sea, el me arrastró por el piso, hizo muchísimas cosas. Y eso me llevó a hacer eso” - PP5.

Otro participante destaca tocar un instrumento cuando siente ira. De igual forma, otra persona externa que utiliza técnicas de respiración para controlar la ira. A continuación, se presente lo que comentaron ambos participantes al respecto:

“Fuera de aquí yo tocaba piano todos los días y eso como que me equalizaba. Me como que dicen Vivaldi, era el primero. Él es un balanceador de los estados de ánimo. ¿Pero qué más? Frustrado para conseguir trabajo. Yo trabajo más si es con emoción. Tristeza, no sé cómo que, si yo me pongo triste como del uno al diez, como que no sé, como que lo puedo aguantar, como

que no me da esa depresión. Y frustración como que yo sé, he leído mucho del taoísmo. Como que yo fluyo” - PM2.

“Con técnicas para de respirar, salir del espacio en el que me encuentro” - PO6.

La mayoría de los participantes manifestaron un mejor manejo de la ira, controlando el impulso mediante respiración o retirándose de la situación. La frustración la manejaban cambiando su diálogo interno por uno más racional, lo cual se pudo ver en la siguiente expresión:

“Aunque yo sepa que eso sigue dentro de mí, yo ya me controlo, a veces se me sale y soy muy sarcástico, pero yo lo quiero mejorar eso. Porque es que yo lo quiero controlar todo, yo soy obsesivo con las cosas” - PM2.

#### **Subcategoría 4. Vergüenza y fracaso**

Las personas participantes indicaron sentir vergüenza cuando recaen debido a la autopercepción de haber invertido tiempo, esfuerzo y apoyo de familiares y aun así fallar, igualmente algunos participantes expresaban experimentar sentimientos de fracaso a raíz de las razones previamente mencionadas. De igual manera, destacan la invasión de pensamientos negativos de autocrítica e insuficiencia que los incentivan al consumo para evadir los mismos. Esta subcategoría sobre la vergüenza y el fracaso fue constatada a partir de las siguientes expresiones por parte de los participantes:

“Pero después de eso ya me puedo dar cuenta. Es mucha vergüenza. Mucha vergüenza. Me siento fracasado. La volví a cagar. Coño, yo no voy a tener solución. Es como que, que vaina. Tanto, tanto tiempo desperdiciado, tanto dinero gastado. Tanto esfuerzo que ha hecho... Tanto dolor que ha causado, pero sobre todo a mí. Yo he sufrido mucho.” PL1

“Bueno, mi personalidad en sí. Nunca, no sé por mi personalidad. He perdido el control, pero eso son bajo consumo. Si estoy alcoholizado. Pero yo digo que por mi ego. En verdad siempre me ha gustado mantener el control” PO6

“Tú no sirves en esta vaina. No sé. Es tan asqueroso. Cuando yo recaigo hay una obsesión en una lluvia de pensamiento tan negativa que al final yo terminé en un ciclo de consumir para no oírla.” PM2

Varios participantes manifestaron seguir con miedo a fracasar en el proceso de recuperación y fracasar frente a sus vidas. Un participante manifestó haberse librado de la vergüenza:

“Ya yo me liberé de la vergüenza, ya todo el mundo sabe de mi enfermedad y eso me ha quitado un gran peso de encima. Todavía si tengo miedo a fracasar o a defraudar a mi familia y en mi trabajo o que ya no confíen en mi porque en mi trabajo necesito a los inversionistas para yo hacer mis películas” - PP5.

## **Categoría 2. Situaciones de riesgo**

En la presente categoría los participantes pudieron identificar las situaciones específicas que les incitaba al consumo, las cuales se detallan en las siguientes subcategorías.

### **Subcategoría 2.1. Situaciones de ocio / Bares y restaurantes**

La mayoría de las personas participantes identificaron como principal situación de riesgo el contacto con actividades de ocio que implicaban bares y/o restaurantes, particularmente uno de estos identificó que en la ciudad en donde vivía aquel entonces le incitaba al consumo por el ritmo de la vida social que implicaba fiestas, discotecas o celebraciones de cumpleaños. En ese sentido, los participantes expresaron:

“El ocio. El estar sin hacer nada. El Ocio. Como dije, la pereza. El compararme y no identificarme” - PL1.

“Y también consumo lo social y lo también la ciudad que yo vivía, yo vivía en Miami, una ciudad muy muy hardcore con esos temas de fiesta. Influyen también mis ganas de nunca saber cuándo parar. Y ahí es que vienen la droga mala, que te ayudan a poder seguir” - PO6.

“A restaurantes. Yo voy a restaurantes, ya no tengo edad para ir a discotecas en restaurantes y bares” - PP4.

“Días festivos. Celebraciones de cumpleaños” - PO.

### **Subcategoría 2.2. Falta de límites o peleas o discusiones**

Unos cuantos pocos durante el ejercicio de identificación de situaciones de riesgo, expresaron que la falta de límites a sus amistades, el no saber decir que no por temor al que dirán los llevaba a la situación de consumo. Sin embargo, otros confesaron que situaciones como discusiones acaloradas o con fuertes emociones eran directamente detonantes de sus consumos; por ejemplo, una persona identificó que la ruptura de relaciones de pareja anteriormente lo habían llevado a tener recaídas. La falta de límites, peleas o discusiones se pudo observar a través de los siguientes comentarios:

“A la ansiedad número uno, yo diría. Yo diría también... el no saber decir que no, la verdad” - PP4.

“Una discusión con algo insignificante para mí” - PO5.

“Tener una conversación como super, super diefull o pelear con alguien. Eso. Me acuerdo que había dejado de fumar y peleé con un agente del seguro y me fumé una cajetilla entera de todas formas. ¿Y cuando me botaron de las relaciones? las relaciones han sido una causa muy vital. En el consumo” - PP4.

Luego de las intervenciones, los participantes manifestaron reconocer mejor las situaciones en las que se amerita poner límites. Esto se pudo evidenciar con ejemplos como el siguiente:

“Ahora sucedió algo el sábado, que un compañero que yo tenía mucho cariño recayó y eso me afectó mucho, hasta tuvimos una discusión y yo me sentí tan mal, que yo decía yo estoy rota y estoy tratando de salvar a alguien que no quiere ser salvado. Así que decidí tomar distancia y yo sé que él no está bien, pero yo estoy enferma también y veo como eso me hace daño y no quiero volver a caer” - PP5.

De igual manera, otro participante expresó:

“Ya yo estoy en la fase medio camino y puedo salir, y el día de mi cumpleaños fuimos a comer a un restaurante y yo me estaba sintiendo mal con la bulla y la gente bebiendo. Ya yo me di cuenta que no puedo estar en lugares donde hay mucha bulla y gente bebiendo, yo tengo que estar vigilante con eso” - PO5.

### **Subcategoría 2.3. Tristeza, soledad y/o sobreprotección**

Algunos participantes identificaron como causantes de sus recaídas en adicciones emociones como la tristeza, el sentimiento de soledad y en búsqueda de evitar este sentir hacían o caían en situaciones de consumo. Al respecto, algunos participantes se expresaron de la siguiente manera:

“¿Con el consumo? Sí, también, claro. La tristeza. La depresión. La depresión” - PO5.

“Pues antes yo estaba solo. Qué sé yo. Por ejemplo, tengo un primo con el que yo he jugado compulsivamente toda mi vida. Entonces ir a su casa, es como una situación... jugar videojuegos” - PM2.

Es importante resaltar, que un participante identificó como una situación de riesgo la sobreprotección que les brindaron sus padres durante toda su vida, pues nunca asumió responsabilidad de su vida ni sentía un compromiso real con su recuperación, tal como se muestra a continuación:

“De no haber yo ponerme los pantalones y tomar mi propia cuota de responsabilidad. Eso me ha hecho mucho daño. La facilitación de... más de mi papá y que de mi mamá también. Por eso, como dice Vicente, el colchón” - PL1.

#### **Subcategoría 2.4. Trabajo compulsivo o falta de ocupación**

Asimismo, otras personas identificaron que el extremo de tener trabajo de forma compulsiva o no tener ocupaciones para nada, eran situaciones que los empujaban al consumo, especialmente este participante que sufre de ludopatía con las computadoras y/o pantallas. Por otra parte, otros expresan que trabajar les da un sentido de orientación y mantenerse ocupado los hace evitar el consumo. En ese sentido, expresaron:

“Bueno, el trabajo compulsivo. Cuando yo empiezo a trabajar muchísimo, salgo de la oficina y me quedo pensando en el trabajo tres horas más. Porque el tema al yo consumir mucho en computadora y jugar, el simple hecho de prender una computadora me da un high” - PM2.

“A mí lo que me lleva a consumir es no estar ocupado en la vida, no estar distraído. Si yo estoy enfocado en mi trabajo y todo eso, tengo un propósito. Eso ahí no voy a mi consumo de que me encuentro sin nada que hacer. Obviamente voy a voy a terminar bebiendo. Y si termino bebiendo, o sea que termino consumiendo” - PO6.

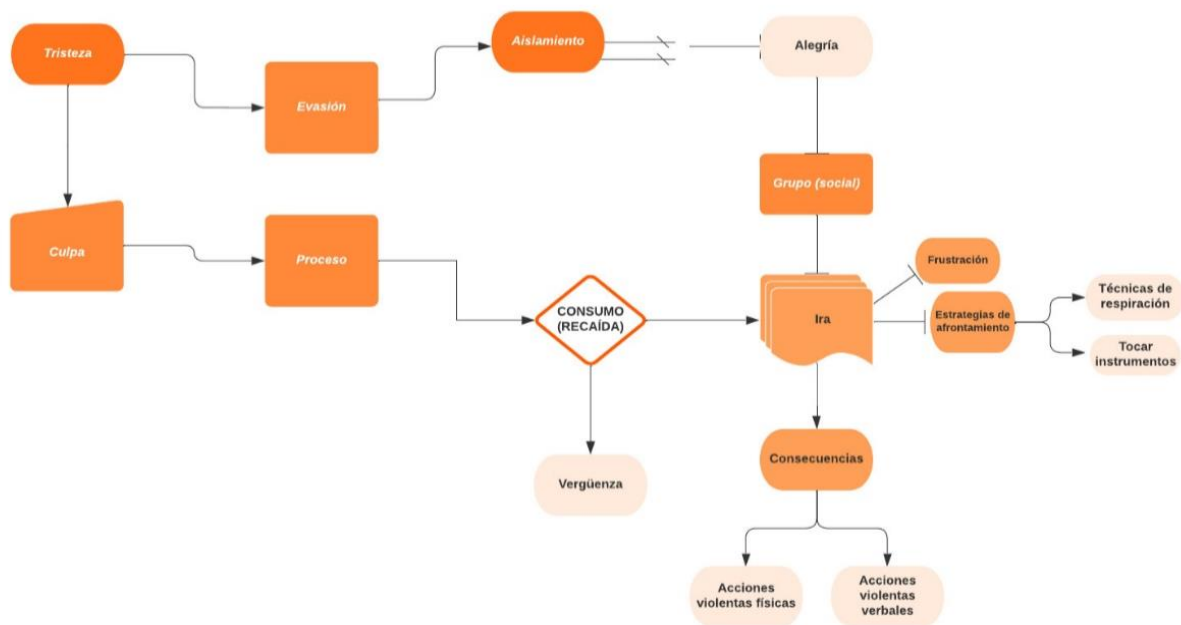
Más tarde al final de las intervenciones, los participantes manifestaron haberse dado cuenta de su patrón de conducta frente al trabajo compulsivo o a la falta de ocupación lo cual se pudo observar a partir de comentarios como el siguiente:

“Ahora que estoy en medio camino, lo que más me da miedo es el ocio, porque eso era lo que me permitía consumir, porque yo consumía de noche solo en mi habitación, pero si yo sabía que tenía que levantarme a ir al trabajo yo no consumía esa noche” - PM2.

“Ahora que volví a trabajar con mi papá, aunque yo tenga cosas que hacer todavía yo no dejo de venir a los grupos y de aquí siempre paso por la casa de mi padrino, ya no es como antes, que me quedaba pegao de la computadora, inclusive cuando llegaba a mi casa, una locura. Pero ya me sé desconectar” PO6

## Figura 2

*Categoría gestión de emociones en adictos*



Nota. Elaboración propia.

### **Categoría 3. Patrones de conductas negativos**

Durante la recogida de información, las personas participantes pudieron identificar algunos patrones de conductas negativas que le incentivan o les motivan a consumir.

#### **Subcategoría 1. Aislamiento o salir a fiestas**

Las personas identificaron que acciones como aislarse o salir a fiestas son detonantes para las recaídas en adicciones. Un hallazgo importante por destacar es que algunos, los más

introvertidos se aíslan para consumir, les gusta y procuran estar solos para poder consumir. Sin embargo, los extrovertidos indicaron consumir de forma social, al juntarse con los amigos y salir de fiesta a discotecas y lugares con música alta. A continuación se muestran algunos ejemplos sobre esto:

“No, pero como que me aísló más, digamos cuando yo me tranco, yo usualmente todos los días voy con mi hermano. Si me aísló no me dan ganas de salir, ni si quiera voy a comer con él, o sea, me distancio de mi familia. Sentimiento, así como que sin propósito la vida que ahí siempre me encuentro dentro como un hueco que lo único que me deja salir me saca del hueco es salir los fines de semana, parrandear y pasa un buen rato” - PO6.

“Escapar de mi realidad. Y el aislamiento. Siempre querer buscar una euforia, una sensación a cada momento” - PJ3.

“Yo empecé consumiendo socialmente alcohol y todo fue progresivo. Yo terminé consumiendo solo. Solo en mi casa, yo solo. ¿Y qué patrón? Bueno, hay música que me dispara. Yo llegué un momento en que todo lo que hacía lo tenía que hacer drogado. Si quería comer, tenía que ser endrogado, si quería bañarme, para pararme de la cama, tenía que estar muy drogado para hacerlo todo, todo, hasta con el sexo. Yo no recuerdo la última vez que tuve una experiencia sexual limpia. No recuerdo” - PL1.

“Bueno, todos mis amigos de la noche a la mañana nos volvimos alcohólicos y empezamos a beber los fines de semana. Tengo muchos amigos que han muerto de sobredosis de alcohol y todo fue progresivo. Yo empecé para divertirme y al principio me divertía y después esclavizado totalmente” - PL1.

Posterior a la intervención, están siendo más vigilantes para no caer en el aislamiento, pues reconocen tener una relación directa en la afectación sobre su estado anímico y consumo. Y el



volver a círculos sociales le sigue generando incertidumbre porque no saben cómo se sentirán, además están trabajando en alejarse de los círculos que le hacían consumir y piensan seguir fomentando las amistades que han encontrado en el centro. Lo anterior se pudo constatar a través de comentarios como los siguientes:

“Ya yo sé, por ejemplo, que, en vez de trancarme en el cuarto temprano, mejor comparto más con la familia y así evito la tentación” - PJ3.

“Ahora yo trato de mantenerme ocupado siempre, yo no estoy trabajando ahora, pero me la paso aquí el día entero y cuando estoy en mi casa entreno a mi perro, limpio mi cuarto todos los días y estoy pasando más tiempo compartiendo con mi familia en la casa” - PM2.

### **Subcategoría 2. Procrastinar**

De igual forma, algunos participantes indicaron que una conducta negativa que habían identificado luego de caer en el consumo era la procrastinación de tareas o actividades que anteriormente antes de caer en adicción, realizaban con facilidad. La procrastinación se pudo ver a partir de los siguientes comentarios:

“Procastinar. A mí yo empezaba a leer un libro y luego otro y terminaba leyendo diez libros al mismo tiempo y nunca lo terminaba. Nunca lo terminaba. El orgullo. Soy muy orgulloso, muy egoísta” - PP1.

“Bueno. Aislarme. Mentir. Patrones de conductas... Se bueno. Dejar de hacer actividades. Ser perezoso. Yo creo que estos son los cuatro” - PM2

Post intervención las personas participantes manifestaron el valor de la estructura y de ocupar su tiempo en actividades sanas, deportes, hobbies, actividades productivas económicamente. Ejemplos de esto son las siguientes citas de dos de los participantes:

“Tener una agenda del día que me dé estructura pa mi eso será una de las cosas que implementaré desde que salga de aquí” - PO5

“Yo quiero conseguir un trabajo, porque pa mi la soledad es fatal, y si yo no tengo nada que me obligue a pararme, aunque tenga mil cosas que hacer no las hago” - PL1.

### **Subcategoría 3. Falta de límites**

Por otro lado, las personas participantes destacaron que a causa de no establecer límites claros a personas externas o al trabajo, se han sentido empujados al consumo, ya sea social o solo. En ese sentido, a continuación, se observan algunos comentarios sobre la falta de límites:

“Pues malas elecciones de parejas. También yo soy muy trabajadora cuando yo me pongo para el trabajo. Yo le doy durísimo y normalmente termino los días tan agotado que para mí el alcohol era siempre un escape. Al final de una semana de trabajo muy fuerte. Yo me gratificaba con el trago. Es como que yo hoy me merezco un trago porque yo trabajé tanto que yo me merezco gratificarme de esa forma. Cuando yo tenía un evento, por ejemplo, los eventos para mí eran un detonante, aunque eso no es una conducta.” - PO5.

“El decirle sí a todo el mundo. Falta de límites” - PP4.

Luego de la intervención la mayoría de los participantes, manifestaron que han podido percatarse de que están más conscientes al poner límites. Dos participantes lo expresaron de esta forma:

“Alguien de aquí me estaba enamorando y yo siento que eso me estaba desenfocando, por eso le puse un alto y tomé distancia” - PO6.

“El domingo pasado salí a mi casa y había unos familiares bebiendo y vaina, en verdad les pedí que se fueran para no verme tentado” - PL1.

#### **Categoría 4. Habilidades sociales**

En la presente categoría se destacan dos habilidades sociales claves que las y los participantes han indicado que carecen y les gustaría trabajar las mismas.

##### **Subcategoría 1. Comunicación asertiva**

La mayoría de las personas participantes expresaron querer mejorar su forma de comunicarse con los demás ya sea con un fin específico como poder expresar sus emociones de una mejor forma o inclusive hablar en público. También les gustaría mejorar esta habilidad con el fin de ser más asertivos a la hora de establecer límites a otras personas.

“La comunicación. La comunicación asertiva. Eso yo quiero tenerlo, como poner los límites de forma que no hiera al otro, cuando saber poner límites y aprender a decir que no, yo tengo ese problema que no sé decir que no, porque creo que el otro me va a rechazar, que se va a resentir conmigo. La compra de aceptación es” - PL1.

“Expresar tus sentimientos mejor” - PJ3.

“Por ejemplo, hablar en grupos grandes, por ejemplo. Hablar en público. Si. Y como yo soy como medio agorafóbico, un poquito y claustrofóbico” - PP4.

Es importante destacar que, dentro de la comunicación como habilidad a desarrollar, algunos indicaron querer aprender a socializar más con el sexo opuesto, pues se destaca que la totalidad de las personas participantes han expresado sentirse fracasados dentro de las relaciones de pareja a raíz del mismo consumo.

“Poder hablar de mí. Más amable. En lo que serían las habilidades sociales de relaciones de pareja” - PJ3.

“Aprender a decir que no. No dejarme influenciar. Buscar un amor verdadero. Una mujer. Sencilla. Yo sufrí mucho en mi relación” - PP4.

Post intervención, aunque todos manifestaron mejoría, desean seguir trabajando en comunicarse mejor con sus familiares y en su entorno social, entienden la importante de expresar sus emociones y puntos de vista y ser educados en los ambientes sociales.

“Yo por lo menos estoy hablando más, yo me di cuenta de que hablar y decir lo que uno piensa te hace como que organizar lo que tú quieres decir para que te entiendan y como yo me quedaba callado y no decía nada, solo pensaba, me di cuenta que eso no me estaba ayudando o que yo no era tan inteligente como yo pensaba” - PP4.

“Yo había escrito una carta hace un tiempo para mi mamá, pero no se la había dado y cuando yo la volví a leer, me di cuenta de lo hiriente que yo soy, y la volví a escribir de otra forma, como para que ella no se supiera a la defensiva pero que si supiera que ella me hacía sentir mal cuando me decía que estaba gorda. Pero se lo pude decir de otra forma y ese día fue como tan tranquilo entre ella y yo, le llevé desayuno y todo bien” - PP5.

### **Subcategoría 2. Empatía**

Una gran mayoría de los participantes destacaron que les gustaría mejorar la empatía con las y los demás como habilidad social para adquirir, sin embargo, solamente una destaca que aunque le gustaría tener esta habilidad, tampoco quisiera que se le violen sus límites por ser muy empático. Algunos ejemplos sobre esta subcategoría se detallan a continuación:

“Empatía. Se me hace muy difícil ser empático con la gente. Pero también pudiera trabajar un poco más la humildad. Esas dos digamos. Más solidario, más servicial.” PO6

“Ser más extrovertido. Yo soy muy tímido. Ser más extrovertido y tener mucha empatía con los demás. Ponerme en los zapatos del otro.” PL1

“O sea, como que, bueno, si la empatía podría ser como que ser empática a una justa medida, no ser tan empática que me desbordo dándole tanto a los demás.” PO5

Al finalizar la intervención, algunos participantes manifestaron haber mejorado la empatía, pero desean seguir conectándose mejor. Una participante manifestó su incapacidad de ser empática, pero entiende su importancia. Esto se pudo ver a través del siguiente comentario:

“Yo no me sé conectar emocionalmente con nadie, y siempre ha sido así, los novios terminaban conmigo y yo no sentí lo que era un mal de amores, es más ni con mi hija que ya tiene 10 años, yo no sentía disque emocionada ni desde el embarazo” - PP6.

### Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general analizar la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal, a partir de los factores psicosociales que influyen en el proceso de recaída en el consumo de drogas en una muestra de pacientes adictos del centro Clarium.

En materia de las adicciones se ha observado que los pacientes adictos a consumo de sustancia presentan dificultades como: patrones de conducta negativos, baja tolerancia a la frustración y poca regulación emocional tanto para estados de ánimo positivos como negativos, y otros factores de riesgo citados por Marlatt y Gordon (1985 en Arteaga & Rodríguez, 2016). Estos factores psicosociales se siguen observando en los pacientes a pesar de los tratamientos y programas recibidos, por lo que este trabajo de tesis proponía identificar y describir lo que llamamos el proceso de recaída.

En ese sentido, los resultados de la presente investigación evidencian que las conductas que anteceden al consumo vienen determinadas por esos factores de riesgo que cada participante manifestó enfrentar y que le generan emociones tanto negativas como positivas, tales como la falta de ocupación o trabajo compulsivo, situaciones de ocio o ambientes sociales, conflictos interpersonales, soledad o sobreprotección. Así también se evidencia la existencia de estudios sobre este tema (descritos por Marlatt y Gordon en 1985) proponiendo entre los primeros modelos cognitivo- conductual que explica el proceso de recaída (López, 2020).

Asimismo, diversos autores (Marlatt, Brownell et al., 1986; Marlatt, 1982; Marlatt y Gordon 1985 citados en Arteaga & Rodríguez, 2016) contribuyeron al entendimiento de la adicción con su enfoque cognitivo-conductual para la prevención de la recaída. Dicho modelo establece que las personas se autoperciben como si tuviesen una sensación de autoeficacia o control. De igual manera, cuando se ven expuestos a situaciones que ameritan un alto riesgo, dicha sensación se ve atacada.

Cuando las personas encaran estas situaciones de alto riesgo, están expuestos a responder con conductas de afrontamiento. También, cuando no se producen estas respuestas de afrontamiento o carecen de las mismas, los individuos experimentan un incremento de las expectativas sobre los efectos presuntamente positivos que les produciría la adicción, específicamente en el caso de los adictos a sustancias como las drogas, una disminución de su autoeficacia. Algunas situaciones de riesgo para el abuso de sustancias que experimentan las personas adictas pueden ser: estados físicos o estados emocionales negativos o positivos, conflictos interpersonales, presión social o exposición a las drogas u otras sustancias (Sánchez, 2021; Herzberg et al., 2007; Castro, 2021; Rivadeneira et al., 2020).

En esta investigación se pudo identificar que en esta muestra los pacientes coincidían en el mismo patrón de conducta negativa que los llevaban a las recaídas, descrito por Marlatt y Gordon (1985 citado en Arteaga & Rodríguez, 2016). Los resultados evidencian que, una vez el paciente recaía generaban sentimientos de culpa y vergüenza y que esta antecedía y contribuía de manera significativa al sentimiento de tristeza. Luego de experimentar la tristeza, los participantes expresaron que se aislaban, siendo esta conducta un mecanismo de afrontamiento, que les conducía a la repetición del círculo del consumo compulsivo.

La teoría de Marlatt y Gordon hace referencia a este consumo en su modelo de recaída, resaltando tres términos importantes: el lapso o desliz, caracterizado por ser un error leve en donde se ingiere de forma aislada la sustancia de elección con la particularidad de la carencia de la intoxicación con esta; la recaída, definida como un proceso de consumo mayor en cantidades y en el tiempo, caracterizado por ser transitorio, aunque tienen fenómenos de intoxicación, pero eventualmente se detiene; y el colapso en donde se vuelven a los antiguos comportamientos de consumo, la ingesta de manera masiva y sostenida en el tiempo, conjuntamente acompañada con

el regreso de pautas anteriores de pensamiento y comportamiento (Cachay et al., 1996; Martínez, 2019).

Mientras se evidenciaba un patrón de recaída relacionado con la tristeza, se manifestaba por otra parte un patrón diferente cuando la recaída venía determinada por emociones positivas, como la alegría o la euforia, siendo estos factores que disminuyen el autocontrol. La mayoría refirió que estar alegres los hacía querer consumir para intensificar la emoción o prolongarla. Este factor estuvo relacionado con la interacción del adicto con su grupo social (García et al., 2013).

De igual forma se evidenció en los participantes que la interacción con grupos sociales podía ocasionar confrontaciones o discusiones que terminaban generando ira y agresividad. También se manifestó en los pacientes que la falta de límites combinados con las interacciones sociales era un factor de riesgo para una posible recaída.

A través de las informaciones recogidas de la entrevista inicial y nuestro cuestionario semiestructurado, obtuvimos de manera clara cuales eran los puntos claves a trabajar terapéuticamente con los participantes. Se abordó el manejo de emociones y habilidades de afrontamiento, utilizando psicoterapia y enfoque cognitivo conductual para trabajar con los patrones de pensamientos negativos y conductas desadaptativas. También se utilizó la técnica del autorregistro de emociones y pensamientos, ejercicios de mindfulness, grounding y rolplay.

Uno de los mayores temores que manifestaron los pacientes y que constituyen factores de riesgo principales, eran el ocio/ falta de ocupación o trabajo compulsivo. Una vez identificado esto en nuestra investigación representó un punto que no podía dejarse de abordar en las intervenciones, para esto utilizamos una dinámica con técnica proyectiva utilizando imágenes vacías y ellos le daban contexto, con esto trabajamos plan de vida y sentido de la vida.



En ese sentido, luego de la intervención se pudo observar que los participantes pudieron darse cuenta de cómo sus conductas y pensamientos eran factores de riesgo ante una posible recaída. De manera específica, comunicaron tener este *insight* en relación a su trabajo, ya sea por la falta de ocupación o por caer en rutinas de trabajo excesivas. Blanco & Jiménez (2015) establecen que las personas conscientes de los factores de riesgo que le inciden al consumo, con las debidas habilidades de afrontamiento, cuentan con mayor probabilidad de mantenerse en abstinencia.

De igual manera, luego de la intervención, los pacientes expresaron estar más atentos a cómo el aislamiento influye en su estado de ánimo y en el consumo. Al mismo tiempo, manifestaron que están trabajando en evitar los círculos sociales que fomentan el consumo y, en cambio, continuar con las relaciones que han creado en el centro. Esto es corroborado por un estudio realizado en jóvenes de una universidad privada de Colombia, donde se identificaron como principales situaciones de riesgo de consumo: las celebraciones, las habilidades de autocontrol y el ambiente social que desata la presión social y que conlleva como consecuencia el consumo o recaída (Arteaga & Rodríguez, 2016).

En ese sentido, otro elemento que mejoró luego de la intervención fue la comunicación con sus familiares y amistades. Los participantes dijeron reconocer la importancia de expresar sus emociones y tener empatía, aunque desean continuar trabajando dichos aspectos. Asimismo, Aguilar (2020) evidenció en su estudio con jóvenes internos en un centro de rehabilitación en Perú, que entre las principales razones significativas por las cuales esta población consumía drogas, era por la falta de apoyo familiar convirtiéndose esto en una disfunción familiar.

De hecho, dado los datos arrojados en nuestro cuestionario post intervención, los factores de riesgo percibidos en los participantes como detonadores de sus recaídas, permanecieron siendo los mismos.

A su vez, luego de finalizar las intervenciones con los participantes y conocer el programa que realiza la clínica Clarium by Fénix, se puede decir que el programa utilizado para el adicto integra todas las esferas del individuo que se deben abordar. Sin embargo, se encontró que hay oportunidades de mejoras en la parte de terapias familiares, con énfasis en el proceso ambulatorio de recuperación del paciente, para así poder lograr una recuperación sostenida. Aunque todos los participantes manifiestan haber tenido un buen apoyo familiar, uno de los mayores temores que expresan los participantes es volver al mismo ambiente familiar; sienten que aunque salgan con herramientas, si sus familiares no están del todo trabajados en el tema de la adicción, constituye un factor de riesgo, pues, deberán manejar mejor los límites, las capacidades de afrontamiento ante discusiones, codependencia de uno de los miembros de la familia con el adicto y/o adicciones dentro de la casa.

En ese sentido, aunque en el centro al que acuden estos pacientes existen espacios en el programa que llevan para trabajar con la familia, esta labor puede profundizarse más a través de una mayor cantidad de terapias familiares que pueden añadirse como parte de los requisitos para que los internos puedan ser dados de alta, trayendo esto consigo una disminución en el porcentaje de recaídas. Esto constituye una fuente de ingresos adicionales, un mayor prestigio para la institución por su eficacia en la baja incidencia de recaídas y una disminución de los costos económicos y emocionales que están relacionados al proceso.

Por otro lado, y con mayor relevancia, este enfoque en abordar a la familia como un requisito del programa, sugiere un aumento de la calidad de vida de los familiares del adicto

disminuyendo los niveles de estrés, proveyéndoles de herramientas necesarias para mejorar la manera de relacionarse y eliminar pautas transaccionales insanas dentro del núcleo familiar.

Por lo tanto, se concluye que todos los patrones de conductas negativos manifestados en esta investigación, como pensamientos desadaptativos y falta de habilidades de afrontamiento, deben seguir siendo reforzados en los adictos de manera constante con sus terapias individuales de seguimiento, apoyados con figuras valiosas como sus padrinos y grupos de autoayuda.

### **Limitaciones del estudio**

En el proceso de este estudio se encontraron varias limitaciones que deben ser tomadas a consideración en una próxima indagación sobre este tema. La primera limitante por mencionar es que la muestra seleccionada en este estudio fue pequeña y, por lo tanto, no puede ser generalizada. Asimismo, una de las limitantes más importantes y la que pudo haber inferido o contaminado más este estudio, es la combinación simultánea de las presentes intervenciones en la población seleccionada, con las terapias de grupo y terapias individuales propias de cada participante. Esta condición no permite demostrar fehacientemente qué tanto las intervenciones de este estudio dieron al traste con los resultados o si fue producto de todas las intervenciones.

Otro factor limitante fue el poco tiempo para intervenir a la población, de manera que pudiese observarse los cambios y su sostenibilidad en el tiempo.

### Referencias

- Aguilar, B. A. (2019). *Adicciones y pensamientos irracionales en adictos a las drogas del centro sin adicciones Perú, Huaral - Lima*. [Tesis de grado, Universidad Privada Telesup] <https://repositorio.utelesup.edu.pe/handle/UTELESUP/1219>
- Álvarez-López, Á., Carmona-Valencia, N., Pérez-Rendón, Á., & Jaramillo-Roa, A. (2020). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Pereira, Colombia. *Universidad y Salud*, 22(3), 213-222. <https://doi.org/10.22267>
- Arteaga, N., & Rodríguez, M. (2016). *Factores psicosociales y el proceso de recaída en pacientes del centro integral de tratamiento de adicciones Benito Menni, de Quito, Período abril - septiembre 2016*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3401>
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Berdullas, J., Iraurgi, I., Juan, L., López, A., Madoz, A., Martínez, J., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., & Villanueva, V. (2019). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. <https://investigacion.usc.gal/documentos/607a31c16899bf65845f0dc1>
- Blanco, T., & Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476747240007>
- Cachay, C., Angeles, V., Sáñez, Y., Pérez, R., & Laura, J. (1996). *Manual de atención primaria para el manejo relacionado con el uso y abuso del alcohol*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". [https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ALCOHOL\\_PE\\_6124.PDF](https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ALCOHOL_PE_6124.PDF)

Castro, L. (2021). *Estrategia psicoterapéutica cognitivo conductual para la prevención a la adicción a las redes sociales*. [Tesis de grado, Universidad Señor de Sipán].

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8904/Castro%20Guevara%20Lourdes%20Mabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Centro de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación (2010). *Manual de aplicación*.

<http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotratamiento/manualprevrecidas.pdf>

García del Castillo, J., García del Castillo-López, Á., Gázquez Pertusa, M., & Marzo, J. (2013).

La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y drogas*, 13(2), 89-97. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83929573001.pdf>

Graña, J. L., & Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2), 249-269.

[https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/04.Gra%C3%B1a\\_8-2oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/04.Gra%C3%B1a_8-2oa.pdf)

Grau-López, L. (2014). *Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia*. [Tesis doctoral,

Universitat Autònoma de Barcelona].

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283644/lgl1de1.pdf;sequence=2>

Grau-López, L., Roncero, C., Constanza, D., Gonzalvo, B., Rodríguez-Cintas, L., Egido, Á., &

Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.

<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122912004.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Grall Hill Education.

Herzberg, A., Messina, V., Moreno, D., Olmedo, N., Pitronello, R., & Roman, F. (2007).

Paralelo entre la actividad y la sustancia adictiva desde un enfoque social y sus posibles tratamientos. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(3), 355-362.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232007000300019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232007000300019)

Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del Instituto de Adicciones*. Organismo Autónomo Madrid Salud.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>

Lopera, Á., Jaramillo, C., Montañó Pardo, W., & Botina Narváez, S. (2015). *Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial*. Fundación Universitaria Luis Amigó.

[https://fundacionamigo.org/wp-content/uploads/2016/04/books\\_gratis-Prevencion-Tratamiento-Adicciones-Psicosocial.pdf](https://fundacionamigo.org/wp-content/uploads/2016/04/books_gratis-Prevencion-Tratamiento-Adicciones-Psicosocial.pdf)

López, Á. (2020). “Programa de prevención de recaídas en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas” [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez]

<http://erecursos.uacj.mx/bitstream/handle/20.500.11961/5936/Tesis%20Noviembre%202020%20%281%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Martínez, J. (2019). *Estudio de caso: Intervención psicológica y prevención de recaídas en un caso de alcoholismo*. [Tesis de grado, Universidad de Almería]

[http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7966/TFG\\_MARTINEZ%20GARCIA,%20JUAN%20JOSE.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/7966/TFG_MARTINEZ%20GARCIA,%20JUAN%20JOSE.pdf?sequence=1)

- Mendoza, Y., Vargas, K., & Alvarado, L. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención*. UNODC.ORG: [https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc\\_who\\_programme\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/unodc_who_programme_brochure_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_29-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (31 de mayo de 2023). *Organización Panamericana de la Salud.org* <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
- Pons, B. (2014). *Programa de Intervención Familiar con adolescentes y jóvenes con Conductas Adictivas*. [Tesis Doctoral, Universitat de València] <https://roderic.uv.es/handle/10550/40981>
- Rivadeneira, M., Cajas, A., Viejo, I., & Quinto, E. (2020). Adicciones a sustancias y comportamentales en la ciudad de Loja. *Revista Psicología UNEM*, 4(06), 20-29. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1068/1038>
- Sánchez, E. (2021). *Prevención de Recaídas en el Consumo de Benzodiazepinas*. [Tesis de grado, Universitas Miguel Hernández] <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/26890/1/TFGS%c3%a1nchez%20Carrasco%2c%20Elena.pdf>
- Sandoval, J., Díaz, J., Álvarez, A., & Fraga, E. (2013). Factores de riesgo de recaídas en el alcoholismo y su relación con el funcionamiento familiar. *Revista Hospital Psiquiátrico*

- de la Habana*, 10(3), 01-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph133g.pdf>
- Solano, C. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]
- [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6629/Solano\\_mc.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6629/Solano_mc.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Torrealba, F. U., Escalona, M., López, V., & Ortiz, G. (2017). Factores psicosociales en la recaída de la dependencia al alcohol: Un análisis de ruta. *Enfermería Investiga*, 2(4), 137-144. <https://doi.org/10.29033/ei.v2n4.2017.04>
- Valladolid, M. N. (2015). Innovación conceptual en adicciones. (Primera parte). *Revista de Neuropsiquiatría*, 78(1), 22-29.
- [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972015000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000100004&lng=es&tlng=es).
- Villa, R. S. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: Estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270.
- <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709203>



**Anexos**

Código px\_\_\_\_\_

**Entrevista inicial a pacientes de Clarium by Fénix**

- 1. Nombres:**
- 2. Apellidos:**
- 3. Edad:**
- 4. Sexo:**
- 5. Fecha de nacimiento:**
- 6. Lugar de nacimiento:**
- 7. Estado civil:**
- 8. Profesión:**
- 9. Nivel académico:**
- 10. Ocupación actual:**
- 11. Tipo de adicción:**
- 12. ¿Cuántas recaídas has sufrido?**
- 13. Sufres de alguna otra enfermedad aparte de la adicción? ¿Cuál?**
- 14. ¿Has recibido alguna atención terapéutica anteriormente? ¿Por cuál motivo?**
- 15. ¿Cuál ha sido el mayor tiempo de abstinencia que has experimentado?**
- 16. ¿Quiénes viven en tu hogar?**
- 17. ¿Cuántos hijos tienes y edades?**
- 18. ¿Practicas alguna religión?**
- 19. ¿En qué etapa del programa de recuperación te encuentras?**
- 20. ¿Cómo describes tu situación de salud mental actual?**

**21. ¿Qué expectativas tienes de este proceso terapéutico que vas a recibir?**

Código px\_\_\_\_\_

**Cuestionario de situación psicosocial**

1. ¿A qué atribuye usted su recaída?
2. ¿Considera usted la recaída como un fracaso personal o del programa?
3. ¿Cuáles patrones de conducta negativas puedes identificar que te ha llevado a consumir?
4. ¿Cuáles consideras tú, son las situaciones de riesgo que te llevan a consumir?
5. ¿Qué sería lo que más ayudaría a mantenerte en abstinencia?
6. ¿Cómo percibes el apoyo familiar que has recibido en tu proceso? ¿Y por qué?
7. ¿Cómo percibes el apoyo social que has recibido? ¿Y por qué?
8. ¿Cuáles conductas sanas se te ha hecho difícil sostener? ¿Y por qué?
9. Cuando estas triste, ¿cómo lo manifiestas?
10. Cuando te sientes alegre, ¿cómo lo manifiestas?
11. Cuando te sientes frustrado, ¿cómo lo manejas?
12. ¿En qué situaciones sientes pierdes el control de tus emociones?
13. ¿Cuáles son las emociones que más te cuestan regular?
14. ¿Qué situaciones o circunstancias puedes identificar te hacen querer consumir?
15. Cuando te ha llegado la tentación de consumir y no lo haces, ¿cómo lo logras o manejas?
16. ¿Has sentido o sientes presión social?, cuáles serían los temas que ejercen presión sobre ti? ¿Cómo lo manifiestas?
17. ¿Cuáles habilidades sociales te gustaría mejorar?
18. Cuando ya estás en la recaída, ¿qué piensas de ti mismo?

19. Cuando has estado en el período de recaída, ¿qué te ha motivado a volver a recuperarte?
20. ¿Qué cosas harías diferente en esta nueva oportunidad de recuperación?
21. ¿Qué te gustaría seguir mejorando como persona?

Código px\_\_\_\_\_

### **Cuestionario psicosocial post intervención**

1. ¿Cuáles patrones de conducta negativas puedes identificar que te ha llevado a consumir?
2. ¿Cuáles consideras tú, son las situaciones de riesgo que te llevan a consumir?
3. ¿Qué sería lo que más ayudaría a mantenerte en abstinencia?
4. ¿Cómo percibes el apoyo familiar que has recibido en tu proceso? ¿Y por qué?
5. ¿Cómo percibes el apoyo social que has recibido? ¿Y por qué?
6. ¿Cuáles conductas sanas se te ha hecho difícil sostener? ¿Y por qué?
7. ¿Cuáles conductas sanas se te ha hecho más fácil sostener? ¿Y por qué?
8. ¿En qué situaciones sientes pierdes el control de tus emociones?
9. ¿Cuáles son las emociones que más te cuestan regular?
10. ¿Qué situaciones o circunstancias puedes identificar te hacen querer consumir?
11. Cuando te ha llegado la tentación de consumir y no lo haces, ¿cómo lo logras o manejas?
12. ¿Cuáles habilidades sociales te gustaría mejorar?
13. ¿Qué cosas harías diferente en esta nueva oportunidad de recuperación?
14. ¿Qué te gustaría seguir mejorando como persona?

### **Consentimiento informado**

**El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los y las participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.** La presente investigación es conducida por **Zawra Hasbún Genao** estudiante de término en la maestría de **Intervención en psicoterapia** en la Universidad Iberoamericana (UNIBE). Con esta investigación se pretende identificar los factores de riesgo que influyen en las recaídas en el consumo de drogas en una muestra de pacientes adictos del centro Clarium, durante el periodo marzo-junio 2023.

Si usted está de acuerdo con participar en este estudio, se le realizará una entrevista inicial para recolección de datos socio demográficos y un cuestionario pre- intervención de tu situación psicosocial actual, luego de ocho intervenciones terapéuticas, una o dos por semana, se procederá a realizarle otro cuestionario psicosocial post-intervención. Su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. La información obtenida será codificada usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. De igual forma, el presente documento de consentimiento informado será manejado únicamente por los investigadores y no contendrá datos personales. A su vez, las respuestas obtenidas serán guardadas en archivos de base de datos PDF, Microsoft Word y Excel encriptados con clave de acceso.

Si usted tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, se puede retirar del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, contactar al investigador principal o a su asesor de tesis a

los siguientes correos [hasbunzawra@gmail.com](mailto:hasbunzawra@gmail.com) y [j.noboa@prof.unibe.edu.do](mailto:j.noboa@prof.unibe.edu.do). Desde ya le agradecemos su participación y solicitamos que firme este documento de consentimiento para participar en la investigación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación realizada por **Zawra Hasbún Genao, estudiante de maestría en la Universidad Iberoamericana (UNIBE)**. He sido informado(a) de que la meta de este estudio es **identificar los factores de riesgo que influyen en las recaídas en el consumo de drogas en una muestra de pacientes adictos del centro Clarium, durante el periodo marzo-junio 2023.**

Me han indicado que participaré en un estudio en el cual se me realizará una entrevista inicial para recolección de mis datos socio demográficos y un cuestionario pre- intervención de mi situación psicosocial actual, luego de ocho intervenciones terapéuticas, una o dos por semana, se procederá a realizarme otro cuestionario psicosocial post-intervención y que la información que yo facilite en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree en perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora principal o a su asesor de tesis a los siguientes correos [hasbunzawra@gmail.com](mailto:hasbunzawra@gmail.com) y [j.noboa@prof.unibe.edu.do](mailto:j.noboa@prof.unibe.edu.do). Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la persona encargada de la investigación en el correo anteriormente mencionado.

---

—  
Nombre y firma

CLÍNICA  
**CLARIUM**  
BY FÉNIX

3 de Marzo de 2023

Señores  
Universidad Iberoamericana  
Unibe  
Ciudad

Atención  
Vanessa Espailat  
Coordinadora Especialidad Intervención en Psicoterapia  
Postgrado Universidad Iberoamericana

Estimada Lic Espailat:

Por medio de la presente y a petición de la parte interesada, autorizamos a la estudiante de postgrado, la Lic. Zawra Hasbún Genao, matrícula 22-0921, quien está actualmente cursando la "Especialidad Intervención en Psicoterapia" en esta institución, a que pueda realizar un levantamiento de datos en nuestra clínica, a través de cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, a nuestros pacientes internos, para recopilar la información necesaria para llevar a cabo su proyecto final de tesis. La cual tendrá como título: **Factores Psicosociales y el Proceso de Recaidas en Pacientes del Centro Clarium by Fénix, Período marzo-mayo 2023**. Se nos ha notificado que dicha investigación tendrá como objetivo identificar esos factores psicosociales del adicto que intervienen en el proceso de recaída, para poder elaborar una intervención a un grupo focal, en la que se procure reforzar la capacidad de afrontamiento del adicto, de cara a prevenir las recaídas, lo cual contribuye al trabajo diario que hacemos en la clínica.

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

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



## **Detalle por sesión de la intervención**

### **Sesión 1:**

Se hizo la primera recavación de información a través de las entrevistas y los cuestionarios.

### **Sesión 2:**

Manejo de emociones: Como primer paso ayudamos a la persona a desarrollar conciencia sobre sus emociones y comprender cómo les éstas afectan. Esto implica identificarlas, etiquetarlas y comprender cuáles son los desencadenantes y finalmente alternativas de conductas más sanas.

Para esto utilizamos la técnica del autorregistro de emociones y pensamientos. A través del dialogo socrático buscamos mejorar las respuestas críticas y de conducta ante las situaciones.

### **Sesión 3:**

Manejo de emociones: seguimos trabajando las emociones, en esta sesión utilizamos el modelo psicodinámico de Moreno con el psicodrama, a través del juego de roles, en donde se desarrollaba una situación en la que interactuaban varios actores para resolver un conflicto. De esta forma se fomentaban las alternativas de respuestas o pensamientos sobre lo que experimentaban como conflicto y se ayudaba a tercerizar los problemas en vez de personalizarlos. Al final de esta intervención finalizamos con una meditación guiada para manejo de estrés y ansiedad.

### **Sesión 4:**

Identificación de factores de riesgo: de igual manera nos basamos en el modelo del psicodrama, a través del grupo terapéutico, brindándoles a los participantes la oportunidad de sentirse expertos de su propia vida y generadores de cambios. Se les hicieron preguntas para compartir sus experiencias y mirada acerca de su propia historia y que de manera conclusoria pudiera

identificar cuáles eran esos factores de riesgo que los detonan. Terminamos con una meditación guiada como técnica de relajación. Se les invitó a hacer grownding en el patio y en el botánico como otra herramienta de mindfulness para manejo de estrés y ansiedad.

**Sesión 5:**

Habilidades sociales: Se trabajó en mejorar la empatía y la comunicación asertiva con juego de roles los cuales se hacían durante la intervención y se les invitaba como tarea a seguir saliendo de su zona de confort acercándose a nuevos compañeros y entablar conversaciones y fomentar la comunicación asertiva expresando emociones o incluso en situaciones de conflicto.

**Sesión 6:**

Plan de vida: a través del modelo de desarrollo humano, invitamos a los participantes a reflexionar sobre lograr un equilibrio en todas las áreas de sus vidas y llevarlos al plano material a través de objetivos logrables entre nivel de esfuerzo y tiempo, buscando así considera las metas y aspiraciones a largo plazo y cómo pudieran utilizar sus habilidades y recursos para beneficiarse ellos y a los demás y así tener un impacto positivo en su entorno.

**Sesión 7:**

Sentido de la vida: en esta sesión utilizamos una técnica proyectiva con imágenes vacías donde de manera dinámica ellos le daban contexto y sentido a la imagen que estaban viendo. Finalizamos con el diálogo socrático para reflexionar sobre lo que le daba contenido a la vida de cada uno y que se fuesen con la idea clara de que ellos son los responsables de elaborar su propio contenido y sentido a sus vidas.

**Sesión 8:**

En esta sesión pasamos el cuestionario semiestructurado post intervención.



---

No. de la sesión	Objetivo	Actividades
1	Levantamiento información pre-intervención	Entrevista clínica y cuestionario psicosocial
2	Manejo emociones	Diálogo socrático, autorregistro
3	Manejo emociones	Repaso autorregistro, juego de roles, meditación
4	Identificación factores de riesgo	Grupo terapéutico, diálogo socrático, meditación y como tarea grownding
5	Habilidades sociales	Juego de roles, y como tarea salir zona confort acercándose a alguien y conversar o resolver un conflicto
6	Plan de vida	Modelo de desarrollo humano, establecimiento de metas, tarea identificar metas corto y mediado plazo.
7	Sentido de la vida	Revisión de metas, técnica proyectiva con imágenes y diálogo socrático
8	Levantamiento información post intervención	Cuestionario semiestructurado post intervención.

---