



Programa terapéutico para el tratamiento post-recaída de un paciente adicto a sustancias: Un estudio de caso

Miosotis M. Mella López

Matrícula 2023-1101

Universidad Iberoamericana-UNIBE

Universidad de Salamanca-USAL

Especialidad en Crisis y Traumas

Asesora: Alba Polanco

Junio 2024

Resumen

El objetivo de esta investigación fue desarrollar un programa de intervención post-recaída, partiendo de la Terapia Cognitivo Conductual y Sistémica, para pacientes de la Clínica Clarium con adicción a sustancia que hubieran experimentado varias recaídas. A través de un estudio de un caso, se hizo énfasis en la historia clínica del paciente, sus recaídas, lo que le sucede después de estos eventos y la identificación de las herramientas y/o fortalezas que poseía para enfrentar recaídas futuras. La investigación fue prospectiva, de enfoque cualitativo, con una muestra fue no probabilística y por conveniencia. El sujeto estudiado fue un hombre de 53 años, con historia de consumo de más cuarenta años, y cuatro recaídas con varios procesos de rehabilitación. Para medir la evolución del paciente se diseñaron para este estudio dos cuestionarios aplicados antes y después del programa. Se desarrolló en seis sesiones, con una frecuencia semanal, y una duración de mes y medio. Los resultados evidenciaron la necesidad de trabajar de manera individual las herramientas y fortalezas que intrínsecamente poseía el paciente, y que no sabía que tenía y que podría utilizar para enfrentar nuevas recaídas. Se concluye que un programa individualizado de atención post-recaída, diseñado a partir de las herramientas psicológicas orgánicas e intrínsecas que el paciente posee, puede dar mejores resultados después del acompañamiento terapéutico, psiquiátrico, así como el grupal o farmacéutico. Se elaboró un plan de acción entregado al paciente, siendo vital para obtener resultados positivos en su implementación y potenciar su sobriedad en el tiempo.

Palabras clave: adicción, post-recaída, Terapia Cognitivo Conductual, psicoeducación, plan de acción.

La adicción o consumo de sustancias es un fenómeno complejo y multifactorial, siendo el resultado de una interacción de diversos componentes biopsicosociales. A pesar de todos los planes, y programas dedicados al tratamiento, la prevención de las adicciones, la recaída sigue siendo una situación común para las personas que se encuentran en proceso de recuperación, siendo frecuentes tras períodos de abstinencia.

Según lo que plantea Marlatt & Donovan (2008), cuando la persona está expuesta a situaciones que suponen un riesgo para su abstinencia y no es capaz de responder con estrategias adecuadas de afrontamiento es bastante probable que sucederá una recaída. Una recaída se debe a que no se dispone de habilidades y herramientas de afrontamiento para saber exponerse a dicha situación o por unos altos niveles de emocionalidad, tanto agradables como desagradables, que dificultan el razonamiento y autocontrol de la propia conducta (Domingo Martínez, 2016).

La recaída es posible que ocurra, pero eso no implica que no se pueda continuar con el tratamiento exitosamente, y lograr la recuperación del paciente. Aunque muchas personas buscan ayuda y reciben un tratamiento terapéutico para su adicción, es frecuente que regresen a patrones de consumo pasados, y recaigan, por lo que es importante reconocer las señales de alerta de una reincidencia (Blanco Á. & Jiménez M., 2015). Es importante identificar factores relacionados con la recaída que puedan ser tratados, ya que la corrección de los mismos se podría relacionar con una mayor probabilidad de abstinencia a largo plazo (Grau-López, 2015).

Aun cuando existe una amplia gama de programas que se ofrecen para combatir las adicciones, coexiste una alta tasa de recaídas, por lo que dicho fenómeno se ha vuelto uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción (Moreno Pedraza, 2012). La recaída, se haya llegado o no al consumo, no solo representa un

retroceso en el período de abstinencia y en el proceso de recuperación, sino que también impone la necesidad de abordar los distintos factores que contribuyen a que esta ocurra.

Los factores característicos esenciales de una recaída incluyen, un excesivo involucramiento por parte de la persona en aspectos perjudiciales para su sobriedad, una compulsión a continuar el consumo sin poder controlarla y una persistencia a consumir, a pesar de las consecuencias negativas que significa para el individuo o quienes lo rodean (Blanco Á. & Jiménez M., 2015). Por estos motivos el reforzamiento de estrategias cognitivas y conductuales de prevención ante una nueva recaída, aportan fortalezas para corregir las fallas del tratamiento y llegar a una recuperación más certera y duradera. Desde el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar los aspectos cognitivos relacionados con la adicción, es posible cambiar la conducta hacia el consumo (Llorente del Pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

Según CIJ (2010), algunas de las teorías y modelos que más se utilizan en la actualidad para la prevención y tratamiento de recaídas son: el Modelo Transteórico de los Procesos de Cambio, desarrollado por Prochaska y DiClemente; el modelo Cognitivo Conductual, propuesto por Marlatt y Gordon (1985), la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, la Terapia Racional Emotiva, de Albert Ellis y el modelo centrado en “Toma de Decisiones en Conflictos”, desarrollado por Janis y Mann (1982), entre otros.

Existen diversos programas institucionales y privados, a distintos niveles, que trabajan en la prevención y tratamiento de las recaídas, y se basan en la actualidad, en su mayoría, en los modelos teóricos presentados por Marlatt y sus colaboradores, para explicar las adicciones y los procesos de rehabilitación. Por lo general, buscan promover un cambio global en el estilo de vida del adicto ya sea a través de la

abstinencia total de sustancias, la reducción de riesgos o reducción de daños (Moreno Pedraza, 2012). Cada uno con variaciones en la cantidad de sesiones, metodologías o enfoques, pero siempre considerando que continuar el tratamiento luego de una recaída, es fundamental para la rehabilitación del adicto.

De acuerdo a Esarte Eseverri (2017), para una mejor eficacia de estos programas, es necesario un abordaje integral y multidisciplinario, teniendo en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales. Esarte considera que los componentes psicológicos son esenciales en el tratamiento de las conductas adictivas y los resultados de los programas dependerán de las características individuales de cada paciente. Es responsabilidad del paciente, del terapeuta y del entorno del paciente poner los medios para prevenir las recaídas. Si suceden, vuelve a ser responsabilidad de todos reflexionar acerca de lo ocurrido y volver a reconducir la situación hacia la vuelta a la abstinencia, pero con un grado mayor de experiencia (López Gómez, s.f.).

Aunque es válido, como afirman Pires & Schneider (2013), que la prevención de recaída es la meta de diversas farmacoterapias, clínicas, psiquiatras y psicoterapias, y sus frecuencias, intensidad y duración son los principales indicadores para evaluar los resultados de la terapéutica, también lo es reconocer que las personas al recaer tengan dudas, preocupaciones y suelen preguntarse qué sucede luego, y cómo proceder si se recae después del tratamiento, puesto que el individuo puede sentirse perdido en la rehabilitación, abandonando el tratamiento, sintiéndose culpable, y emocionalmente desmoralizado para volver a la clínica y reconocer su recaída (Pires & Schneider, 2013). De acuerdo a Luengo et al. (2000), existen muchos programas para el tratamiento de las drogodependencias, pero poca evaluación de su eficacia, evidenciándose altas tasas de recaídas, como uno de los principales problemas de los tratamientos para las adicciones. Por lo tanto, para desarrollar intervenciones eficaces es imprescindible comprender los

aspectos desencadenantes de las recaídas, cuáles son los factores de riesgo y cómo protegerse de las mismas.

El psicólogo deberá evaluar si una intervención psicoterapéutica, sola o en combinación con una intervención psicofarmacológica, tendrá buen resultado en un determinado paciente afectado por alguna clase de patología mental por drogas psicoactivas. Además, deberá considerar que suele experimentar malestar, sentimientos negativos, conductas desadaptativas, pensamientos distorsionados y, en definitiva, algunos de sus aspectos más vulnerables. En este marco de trabajo el terapeuta, al aplicar procedimientos psicoterapéuticos empíricamente garantizados de autorregulación, no podrá ni deberá obviar las numerosas variables (del paciente, del terapeuta y de la interacción terapéutica) que pudieron afectar al resultado de su intervención, destacando entre ellas la alianza terapéutica. El constructo alianza terapéutica tiene su origen en el seno del modelo psicoanalítico. De acuerdo con Andrade González (2005), aunque Freud no utilizó este concepto como tal, si estableció que antes de que el terapeuta proporcione al paciente sus primeras interpretaciones, debe establecerse en la relación un adecuado rapport, siendo la adherencia del paciente al tratamiento y al analista el primer objetivo de cualquier intervención.

La efectividad de la terapia, considerando la Alianza Terapéutica como un elemento clave para impulsar cambios positivos en los pacientes y mejorar su calidad de vida. En tiempos recientes, la investigación en psicoterapia se ha enfocado en identificar los componentes que impactan en los resultados de los tratamientos psicoterapéuticos.

La alianza terapéutica es un componente fundamental dentro del proceso de tratamiento psicoterapéutico, con el objetivo de fomentar un vínculo saludable entre el terapeuta y el paciente. Según Pons Peiró (2023), una alianza sólida basada en la teoría del apego permite que el paciente se sienta comprendido y apoyado, facilitando así un

ambiente positivo y de confianza hacia un apego seguro. Además, se debe considerar la influencia de estilos de apego evitativo y desorganizado en la dinámica terapéutica.

Este entorno propicio es crucial para que el paciente pueda explorar sus emociones y experiencia de manera abierta y sin temor al juicio. Melchor Barreras (2024), sostiene que un apego seguro dentro de la terapia puede mejorar significativamente los recursos psicoterapéuticos, ya que el paciente se siente más dispuesto a enfrentar y procesar sus dificultades emocionales. Sin embargo la presencia de un apego evitativo puede presentar obstáculos importantes en el progreso terapéutico. Marcos (2021) explica que los pacientes con un estilo de apego evitativo tienden a mantener una distancia emocional, lo que dificulta el establecimiento de una relación de confianza con el terapeuta y, por ende, limita la profundidad del trabajo terapéutico. Una alianza terapéutica basada en un apego seguro es fundamental para el éxito del progreso del proceso psicoterapéutico, mientras que el apego evitativo puede frenar dicho progreso en intervención.

El terapeuta se convierte en una figura de referencia que brinda seguridad, regulación emocional y apoyo, fomentando la capacidad reflexiva del paciente a través de la mentalización, desarrollando en el paciente una capacidad reflexiva. Esto permite al paciente explorar aspectos no aprendidos anteriormente y desarrollar una nueva percepción de la realidad.

Rossetti & Botella (2017) indican que la necesidad de proximidad con las figuras de apego evoluciona a lo largo de toda la vida, siendo más evidente en la infancia, ya que en la adultez el desarrollo de estrategias de afrontamiento influye de las variables de apego en la alianza y resultados terapéuticos y capacidades de resolución de problemas elevan el umbral de activación del sistema de apego. La experiencia vincular con las figuras de apego, unida a la interacción con el ambiente,

dan lugar a “modelos operantes”, que comienzan a desarrollarse en la infancia y se vuelven parte de la personalidad. Se trata de representaciones mentales estables a cerca de uno mismo, los demás y las relaciones, que orientan los pensamientos, las emociones y la conducta de la persona (Rossetti & Botella, 2017).

En el caso de la adicción a sustancia psicoactivas, el centro Clarium tiene programas de rehabilitación por fases: residencial o interno, ambulatorio y post cuidado. También desarrollan un programa de prevención de recaídas, donde se realizan grupos focales una vez por semana, a los cuales asisten personas que pueden haber tenido alguna recaída, trabajando con la familia en grupos focales CODA (Clarium by Fénix, 2024). Según los especialistas del centro, estos ex pacientes, se unen a estos grupos buscando reforzamiento para su rehabilitación y ayuda para mantener la abstinencia. No obstante, en estos grupos focales la atención es más generalizada, y no se hace una intervención individual y personalizada, espacio que pretende llenar esta propuesta investigativa.

En este contexto, el objetivo principal de este trabajo es desarrollar un programa terapéutico individual, partiendo de la Terapia Cognitivo Conductual y Sistémica con pacientes con adicción a sustancia que han experimentado varias recaídas, luego de su intervención en la Clínica Clarium. Se pretende abundar sobre los aspectos particulares de estos sucesos y lo que sucede después de estos eventos, creando un espacio de acompañamiento, comprensión de lo sucedido y de lo que siente la persona, brindándole un plan de herramientas individualizadas psicológicas a perfeccionar, especialmente identificadas para cada caso, que les permita enfrentar la recaída ocurrida y futuras, si hubiera. La Terapia Cognitivo Conductual y Sistémica centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez,

regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias (Beck, 1999, como se citó en Llorente del Pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

Metodología

Tipo de Estudio

La presente investigación fue prospectiva con un enfoque cualitativo.

Participantes

Para esta investigación se realizó un estudio de caso, la selección de la muestra fue no probabilística y por conveniencia. Como criterios de inclusión, debía ser una persona que hubiera concluido el proceso de rehabilitación en el centro Clarium y que durante el seguimiento hecho por el centro hubiera reportado una recaída, ya sea con el consumo de sustancia o el deseo evidente de hacerlo. Sin distinción de sexo, por estado civil, sustancia que consumen u otra característica, con interés en participar del estudio de manera voluntaria y confidencial.

La persona seleccionada fue de sexo masculino, 53 años de edad, identificado con el seudónimo de Max para los fines de esta investigación, consumidor de sustancias desde los 12 años de edad, con varios procesos de rehabilitación y recaídas durante toda su vida adulta.

Instrumento

Para este programa se diseñaron específicamente los instrumentos que se aplicaron antes y después de implementado el programa, de acuerdo a los objetivos de esta investigación.

Se elaboraron dos cuestionarios semiabiertos, un cuestionario pre-intervención (Anexo 1) que se aplicó de manera digital al sujeto en la primera sesión de trabajo, y un cuestionario post-intervención, aplicado de igual manera en la última sesión de trabajo (Anexo 2). En estos cuestionarios se indagó sobre los aspectos que serían tratados en el

programa, de acuerdo con sus objetivos, como la historia personal y de consumo, los factores desencadenantes de las recaídas, y las herramientas de afrontamiento que poseía el paciente antes de comenzar el programa, y luego de concluido. Obteniéndose datos cualitativos, se recopiló información sobre el estado inicial del paciente antes de comenzar el programa y su evolución y estado final al concluir la intervención.

Los temas incluidos en estos instrumentos fueron: factores individuales que influyeron en la recaída; pensamientos y creencias que tiene el paciente sobre lo que implica la recaída dentro de su proceso de recuperación; intenciones de abandonar dicho proceso; habilidades y herramientas para prevenir próximas recaídas; y satisfacción con el programa.

Durante las sesiones del programa también se utilizaron indistintamente otras herramientas y técnicas para el registro de la información: la observación de gestos corporales, resúmenes de los datos más relevantes presentes en el discurso del paciente, escucha activa y registro de actividades.

Procedimientos

Para iniciar con esta investigación se solicitó en primera instancia la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana, UNIBE. Obtenida la aprobación, con el código ACECEI2024-139 (Anexo 3), se procedió a realizar la propuesta de participación para el reclutamiento de la persona a estudiar.

Los pacientes del centro que hubieran tenido alguna recaída, que asisten a terapias grupales semanales, fueron abordados por la investigadora con el fin de explicarles las características del programa, cómo se implementaría y los beneficios de participar en él. Se les entregó una tarjeta con los datos de la investigadora, por si deseaban participar o tener más detalles sobre el programa, entregándoles a todos una copia del consentimiento informado para que pudieran revisarlo y tomar una decisión.

También se colocó la convocatoria de participación en una pizarra que tiene el centro para las informaciones generales.

Luego de seleccionada la persona, y firmado el consentimiento informado, se pasó a coordinar los horarios de las sesiones e implementar el programa, que fue diseñado para seis sesiones, con una frecuencia semanal, y una duración de mes y medio. El trabajo con el caso de estudio, comenzó con la aplicación de un cuestionario diseñado específicamente para esta investigación, antes y después del programa, que permitió evaluar la evolución de la persona y describir sus procesos.

Protocolo de Intervención

Tabla 1

Sesiones del programa de intervención post-recaída

Sesiones	Objetivos y actividades
1. Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar evaluación exhaustiva de la historia de adicción, patrones de uso de sustancias y contexto social del individuo. ▪ Identificar los factores de riesgo de recaída, desencadenantes emocionales, factores ambientales y déficits de habilidades de afrontamiento.
2. Educación y conciencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar información educativa sobre procesos de adicción, factores de riesgo de recaída y consecuencias del consumo de sustancias. ▪ Fomentar conciencia de señales de advertencia de recaída y efectos negativos asociados del consumo.
3. Identificación y modificación de pensamientos distorsionados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar y cuestionar pensamientos distorsionados relacionados con el consumo, la minimización de riesgos o la justificación del uso. ▪ Fomentar la adopción de pensamientos realistas y adaptativos sobre la recuperación y el mantenimiento de la sobriedad.

4. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enseñar técnicas de afrontamiento efectivas para manejar el estrés, la ansiedad y otros desencadenantes emocionales. ▪ Desarrollar habilidades de resolución de problemas en situaciones de alto riesgo y resolver conflictos interpersonales de manera constructiva.
5. Fortalecimiento del sistema de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involucrar a familiares, amigos u otros miembros del sistema de apoyo en el proceso de intervención. ▪ Facilitar la comunicación abierta y la expresión de emociones dentro del sistema de apoyo.
6. Plan de Prevención de Recaídas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar plan individualizado de prevención de recaídas, con estrategias específicas para situaciones de alto riesgo y desencadenantes potenciales. ▪ Establecer metas realistas y medibles relacionadas con la sobriedad y el bienestar personal. ▪ Retroalimentación, cierre y despedida.

Nota: Esta tabla es de elaboración propia, partiendo de los objetivos y actividades que se proponen desarrollar en este programa, lo que se irá adecuando a las necesidades del caso de estudio.

Resultados

Descripción del Caso

Para la realización de esta investigación se realizó un estudio de caso con una persona del sexo masculino, de 53 años de edad, nivel educacional bachillerato y actualmente desempleado, con cuatro hijos y una historia de consumo de sustancias desde los 14 años de edad, y tiempo de remisión ante esta última recaída de 9 años. Identificado para fines de este trabajo con el seudónimo de Max.

Max tiene una historia familiar disfuncional, es el cuarto hijo de una familia de cuatro varones y dos hembras, un papá ausente, sin mucha relación con los hijos. Madre rígida, distante, poco cariñosa y lucía abatida la mayor parte del tiempo. Refirió que en su niñez tenía resentimiento con su mamá, “le daba muchas pelás y castigos muy fuertes”.

En su niñez vivió mucha soledad, socializaba poco y prefería estar en soledad. Su dibujo animado favorito era el Félix, el gato, que cuando sentía un poco triste, se subía a los tramos de la cocina y tomaba de 5 a 7 pastillas de melatonina, mencionaba luego Félix el gato se sentía en estado de paz, de relajación, de felicidad y de sueño.

En las reuniones familiares sus hermanos y primos bebían los remanentes de los tragos de los adultos, recogían las colillas de cigarrillo y se iban al techo a fumárselos y jugar a los compadres. Ya a la edad de 12 años había comenzado a probar alcohol y comenzado a fumar, recuerda que su padre lo mandaba a comprar ron a prepararles los tragos.

Sus tres hermanos varones todos han sido adictos, el mayor murió de una sobredosis a los 42 años, el tercer hermano es alcohólico, y el hermano más pequeño ya tiene 20 años limpio. Las dos hermanas son dos ejemplos a seguir, corroboró, nunca han caído en ninguna adicción, y llevan una familia funcional con sus esposos e hijos.

Desde la segunda y tercera sesión se comenzó a identificar y trabajar sus tipos de apegos, para ir llevándolo a un apego seguro en sus relaciones psicosociales. Las cuales se le fueron identificando como un lugar seguro y de sentido de pertenencia.

Historia del Consumo

A los 14 años Max se mudó a la ciudad de Nueva York con su primera pareja. Ambos consumían marihuana, luego otras drogas como la cocaína y LCD. De esta relación nace su primer hijo y se separan debido a que él no quiere parar su consumo.

A los 18 años ya estaba viviendo con su segunda pareja, también ambos consumían. Tiene un hijo de esta relación, pero se separaron por su consumo descontrolado dos años después. Entra en un estado de melancolía y nostalgia y un deseo de consumir cada vez mayor. Él ahí por primera vez toca fondo, pero no va a

ninguna rehabilitación hasta los 22 años, que su familia lo manda a una clínica en Costa Rica.

Después de llegar de Costa Rica vivió en casa de una hermana y consiguió un trabajo donde le fue muy bien. Después de un año y medio trabajando limpio, su ex pareja lo busca nuevamente, deja todo y se regresa a Nueva York. Volvieron ambos a consumir, y pasan aproximadamente ocho o nueve años de convivencia de consumo medio y alto, teniendo muy mala relación. Con esta ruptura vuelve a recaer y tocar fondo. Se quedó viviendo en NY sólo en muy mal estado a nivel general, manejo mucha nostalgia, culpa y soledad.

Después de esta recaída viene al país, trata de recuperarse de manera individual, su familia estaba muy preocupada, y lo convencieron tiempo después, y entró al programa en la Clínica Clarium. Estuvo limpio por casi tres años, y luego volvió a tener un consumo mínimo, como él mencionó en otras recaídas, de marihuana. Otra ruptura de pareja fue el factor desencadenante de la recaída que se trabaja actualmente.

Tratamiento

Max ha recaído cuatro veces a lo largo de su larga historia de consumo. Para el momento de iniciado este programa, Max todavía estaba en tratamiento en el centro Clarium por su última recaída, apoyado con un tratamiento farmacológico que incluía Buprenorfina y Nalrexona para tratar la adicción, y la abstinencia, y Quetiapina y Sertralina, para regular el sueño y otros procesos.

Sesiones del Programa de Intervención

Sesión 1

En esta primera sesión se recopiló información sobre la historia personal del paciente, su familia y niñez, así como de su adicción, los patrones de uso de sustancias y

el contexto social del individuo. Durante la sesión, se mostró vulnerable, sin sentido de vida y lloró en varias ocasiones mientras contaba detalles de su vida.

Fue un encuentro donde se escuchó la historia de vida del paciente, se le dio espacio para que contara sus experiencias, sus consumos, sobre su niñez y las relaciones de pareja que lo han marcado profundamente y que han influido en sus consumos y recaídas.

Terminó la sesión expresando lo vulnerable que se siente, y ante su familia y sus hijos. Mencionó que hoy en día tiene un gran amor que vive en Santiago, que él sabe que esa persona no le conviene y debe tener contacto cero, porque esa ex pareja es también consumidora. Enfatizó, que es el amor de su vida, que él nunca ha amado a una persona como ella.

Al final del encuentro se procedió a la aplicación del cuestionario pre-intervención.

Sesión 2

En esta sesión se continuó explorando sobre la historia personal de Max y cómo ha enfrentado sus desafíos. Es recurrente el tema del padre, por su herida abandono, el consumo del alcohol y cigarros, la soledad en su niñez, la contemplación, pero su contemplación siempre tenía que ver con algún tipo de consumo. En esta sesión, al igual que la pasada, Max mostró una actitud vulnerable, mencionó a sus hijos y a su familia, como sufre por el daño que les ha ocasionado, el vacío emocional y existencial que siente al defraudarse a sí mismo por un consumo tan largo en su vida, donde las recaídas van y vienen, una y otra vez. Se vio afligido y lloró en varias ocasiones durante el encuentro.

Al indagar sobre las razones por las que Max cree que recae, respondió que cada vez que él terminaba una relación con una persona que amaba, sentía que quería morirse, que estaba haciendo algo mal, que no era suficiente y buscaba adormecer ese dolor tan grande con las drogas. Por este motivo fue la recaída luego del tratamiento en Costa Rica, y también la última rehabilitación en Clarium. Además, durante todos estos años, Max ha tenido épocas de consumo de marihuana de manera funcional, expresando que verdaderamente funciona para él como una mejoría en su calidad de vida.

Durante esta sesión la terapeuta fue identificando los factores de riesgos claves que intervienen en las recaídas de Max y fortalezas que no reconoce aún, pero que pueden desarrollarse para lograr mejores resultados a largo plazo en su rehabilitación.

Sesión 3

Max comienza la sección con muy buen ánimo, contento de que ya le quedan pocos días para salir del centro de rehabilitación. Comentó que tenía mucha fe, pero a la vez miedo de exponerse a su círculo social de nuevo. Sin embargo, prácticamente no tiene amigos, no tiene trabajo, lo que también se convierte en un factor de riesgo, porque la vez que perdió el mejor trabajo que ha tenido, donde económicamente le fue muy bien, esa frustración lo llevó también al consumo.

Reconoció en esta sesión que él comienza siempre con marihuana entendiendo que lo puede manejar, aunque él en el fondo sabe que, si tiene una nueva ruptura o tiene algún problema económico, volverá a consumir las drogas más fuertes.

En esta ocasión, su narración de los hechos tiene distorsiones, vuelve a contar cosas de su niñez, la falta de su padre, la relación medio distante con sus hermanos, los castigos de su madre, y pérdida de sus ex parejas, pero de manera diferente a las sesiones anteriores y con fechas dispersas, evidenciado el deterioro cognitivo que ha tenido y lo comprometido que ha estado con tanto consumo.

Terapéuticamente se siguió recopilando información sobre la vida pasada y actual de Max e identificando las herramientas orgánicas como la lectura, la fe, la contemplación, el ejercicio, el altruismo, la gratitud, tener un proyecto de vida entre otros, el paciente en la actualidad cuenta con ellas para fortalecer su proceso de rehabilitación.

Sesión 4

Max comienza en la sesión ubicado en tiempo y espacio, está muy bien arreglado, más que en otras ocasiones, y con buen ánimo. “Estoy a un día de salir del centro”, expresó con satisfacción y una sonrisa, pero luego comentó que aún seguía con miedos, porque no identificaba las herramientas necesarias para salir del centro y enfrentar a la sociedad.

En este punto, la terapeuta explicó el trabajo que se venía desarrollando desde la primera sesión, y que estaba preparando una guía de herramientas y fortalezas que le iban a ayudar en la prevención de próximas recaídas, identificando sus herramientas orgánicas y las que habría que desarrollar, de acuerdo a sus experiencias anteriores.

En esta sesión, aunque estaba planeado comenzar a trabajar con actividades y herramientas de control, Max necesitaba conversar sobre la historia con su última pareja, la que en varias veces anteriores se había referido a ella como “el amor de su vida”, por quien se fue a vivir a Santiago, relación que duró aproximadamente 8 años. Con planes de pareja, negocio en común, se complementaban muy bien, consumían, se divertían y se amaban, refiere Max, pero también había un consumo de ambas partes y tuvieron que separarse. Expresó sentir un dolor muy profundo todavía por la pérdida de ella. Esta separación implicó para Max tener que mudarse de Santiago para no verla, y porque tuvo que alquilar sus propiedades para pagar deudas acumuladas por años.

Aunque se apreció una tristeza en Max al hablar sobre este tema, en esta sesión no ha llorado y su discurso es más coherente y fluido.

Hablando de otros temas, Max comentó que lo estaban valorando para una posible posición de venta en una compañía y solicitó a la terapeuta ayuda con las herramientas que él necesita para enfrentarse de nuevo a la vida laboral. En este sentido, la terapeuta resaltó las muy buenas herramientas para la venta y para el mercadeo que Max ha mostrado tener con su trayectoria laboral y habilidades que Max dominaba. Admitió que era verdad, “gracias por recordármelo”, concluyó.

Se trabajaron además en esta sesión la intención de Max de congregarse en una iglesia, la satisfacción y relajación que encuentra cuando está en contacto directo con la naturaleza, especialmente la playa, y al ser propuesto por la terapeuta, reconoció la importancia y bienestar que le aporta realizar alguna actividad física y ejercicios. Con esto encuentra su ansiada contemplación y conexión.

Sesión 5

Para este encuentro ya Max había salido de la clínica. Expresa sentirse desubicado, desnudo, porque todavía no tiene un padrino, mencionó que debe admirar mucho a su padrino que por eso no ha elegido a ninguno todavía. Comentó, además, su preocupación por que ha tenido alteración del sueño en las primeras dos noches, no pudo dormir, y asume que se debe a la reducción de la dosis de sertralina que le indicaron.

Por otro lado, describió que tuvo un recibimiento muy bonito de toda su familia, donde él se sintió expuesto y asustado al principio. Había bebidas alcohólicas, pero la atención familiar fue crucial, y en especial de su hija Nicole, lo que le permitió integrarse, pasarla bien y sentirse agradecido por su familia y su mejoría. Comenta que

se está sintiendo cada vez mejor, que pudo conectar ya con la casa de su hermana, con el entorno, que comienza a pensar en nuevas ideas para realizar algunas actividades.

A partir de esto, la terapeuta dio intensidad sobre las herramientas que él tiene de manera orgánicamente natural. Se profundizó en desmontar la idea de Max de que tocar fondo había sido una herramienta para él buscar ayuda y enfrentar su situación.

Contrario a esto, se le explicó que tocar fondo no es una herramienta, es una vivencia muy intensa y dolorosa, y que lo importante es que marca el punto de partida cuando la persona no quiere volver a vivir eso y busca ayuda, y soluciones, como lo está haciendo Max ahora.

Se conversó sobre cuáles son las herramientas reales que tiene, las que se le mostraron en este encuentro, y se explicó la diferencia con sus historias. La terapeuta destacó la fe como una de las herramientas más poderosa a la que se debe aferrar, así como la contemplación, el autocuidado, el altruismo, el ejercicio, y el contacto con la naturaleza.

Conjuntamente con la terapeuta Max identificó seis herramientas que él tiene de manera orgánica: la contemplación; la lectura de autoayuda, de libros que tengan que ver con lo que es la espiritualidad, la fe y el poder superior; su fe y deseo de servir en una iglesia; la socialización, que le da mucha ilusión, porque él se siente muy acogido por su familia, querido y valorado; cuidar de la alimentación y la actividad física, con un plan balanceado y saludable; tiempo de calidad para él y para su hija Nicole, que deben brindarse con mucha regularidad.

Sobre su hija Nicole, especialmente comentó que quiere apoyarla ahora que termina el bachillerato, y que comienza la universidad, tener una relación asidua con ella, y hacer lo que no ha podido hacer con sus otros hijos, es su forma de retribuir todo

lo que no he hecho por mis cuatro hijos. Ella es uno de los mayores retos de amor y por el cual él va a mantenerse limpio, declaró.

Como trabajo terapéutico quedó pendiente para la última sesión, terminar de identificar las herramientas que él tiene ya de manera orgánica y otras que se puedan desarrollar, y entregarle el programa de fortalezas a trabajar (anexo 7), para lograr la prevención de futuras recaídas. Max estuvo de acuerdo y se mostró muy esperanzado, y contento de tener esas herramientas, expresó que no había logrado ese autoconocimiento en el centro, porque ya son muchos internos, y tienden a ser un poco fríos y genéricos con todos, y no se hace un trabajo individualizado como el de este programa.

Concluyó la intervención aclarando que la próxima sesión sería la última, y que se le entregaría un listado estructurado de todas sus herramientas, que posee de manera natural, en su mayor parte.

Sesión 6

En este último encuentro Max se ve muy bien arreglado, contento, más seguro de sí mismo, expresándose de manera muy fluida y coherente. De acuerdo a todo el trabajo realizado, el programa termina con la entrega del plan de prevención de recaídas, elaborado particularmente para Max. Ya identificadas las herramientas que posee de manera intrínseca, se utilizaron como parte del programa de fortalezas a reforzar para la prevención de recaídas futuras.

Se le presentó y explicó a Max, cada una de las herramientas y fortalezas aquí contempladas, así como las hormonas que participan de cada proceso y las sensaciones positivas que provocan en el cuerpo y la salud mental. El plan estuvo compuesto por

once herramientas, cada una con las fortalezas a desarrollar, la ejecución, y las hormonas involucradas en cada actividad.

Max se mostró agradecido, conforme y receptivo con el programa entregado, hizo preguntas sobre los detalles y las hormonas cómo funcionaban en cada caso. Terminamos la última sesión con la entrega de este material, un regalo de un libro de la terapeuta para Max, libro que habla de un despertar, donde se le invita a soltar para volar, y conectar con un mundo nuevo y lleno de posibilidades del Dr. Mario Puig, y el compromiso de trabajar en su nuevo proyecto de vida, apoyar a su familia, a su hija Nicole con las herramientas en mano y un plan de acción, para fortalecer la prevención ante cualquier eventualidad que pueda presentarse. Se concluyó la sesión con la aplicación del cuestionario final post-intervención.

Cuestionarios Pre y Post Intervención

El cuestionario creado para esta investigación tuvo dos versiones, con la intención de comparar el estado en que el paciente llegó al programa, y luego de la intervención si hubiera habido algún cambio. Además, en la versión inicial se recogieron los datos generales de la persona y su consumo, información que ya no se solicitó en el cuestionario final.

Con relación a las preguntas de control vinculadas con el programa, las informaciones recopiladas en la aplicación inicial sirvieron para rediseñar las sesiones del programa de intervención, obteniéndose resultados distintos en cada pregunta de la versión final.

En la pregunta relacionada con las situaciones o factores que desencadenaron la última recaída, Max consideró que sus carencias y problemas familiares, las rupturas de pareja, su incapacidad para evitar el deseo de consumir, la presión por parte de otra persona para el consumo, la falta de acompañamiento terapéutico, y una opción libre

que agregó, “la soledad, el desempleo y la desmotivación”, fueron los principales causantes de sus recaídas. En el cuestionario post-intervención, sobre este mismo tema, Max consideró que, de estas situaciones marcadas anteriormente, ya contaba con las herramientas para enfrentar sus carencias y problemas familiares, las rupturas de pareja y sus sentimientos de soledad, sin embargo, aún no se considera capaz de enfrentar efectivamente sus deseos de consumo y la presión grupal.

En relación con las emociones y pensamientos que llegan antes de una recaída, Max pudo identificar la mayoría de las opciones propuestas en ambos cuestionarios, incluso agregó una opción más, “melancolía, culpa y tristeza”. En ambas aplicaciones indicó que la ansiedad, los sentimientos de pérdida, la impulsividad y la incapacidad de controlar sus deseos y emociones, son elementos que previenen a sus recaídas, según su experiencia con estos eventos.

A la pregunta sobre la red de apoyo con la que contaba, Max respondió en ambos casos los grupos con los que cuenta y, además, agregó dos opciones más. En la aplicación inicial se mostró una preocupación por no tener padrino, pero en la aplicación final hay una respuesta para una acción proactiva y una motivación. Max reconoció que cuenta con una red de apoyo importante que incluye tanto familiares, como acompañamiento terapéutico, herramientas y grupos de apoyo informales.

Sobre los cambios que debía hacer en su estilo de vida para mantenerse lejos de su adicción y evitar las recaídas, en el cuestionario pre-intervención Max respondió que no estaba seguro qué pudiera hacer para mantenerse en remisión. Luego de concluido el programa, pudo identificar al menos una de las acciones que debe realizar para lograr este objetivo, en este caso, reconoció que debía evitar exponerse a la influencia de amigos, lugares, o conocidos que consuman sustancias.

Por último, en el cuestionario post-intervención, en relación al programa propiamente, la ayuda que puede brindar y la pertinencia de darle continuidad, las respuestas positivas y de conformidad de Max fueron continuar en disposición de recibir ayuda profesional con regularidad, y recomendar la implementación de este programa en la Clínica Clarium para los pacientes que tengan recaídas. Por último, Max expresó su satisfacción con el programa, al responder que ha sido de mucha ayuda para él y su proceso de rehabilitación, marcando la casilla de máxima puntuación de la escala de satisfacción.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue desarrollar un programa terapéutico individual, partiendo de la Terapia Cognitivo Conductual y Sistémica, para pacientes de la Clínica Clarium con adicción a sustancia psicoactivas, que hubieran experimentado varias recaídas. A través de un estudio de un caso, se pudo implementar este programa creando un espacio de acompañamiento, comprensión de lo sucedido y de lo que sentía la persona, haciendo énfasis sobre los aspectos particulares de la historia clínica del paciente, sus recaídas y lo que le sucede después de estos eventos.

Los resultados de esta investigación sugieren que la implementación individualizada del programa fue favorable para la modificación de actitudes hacia el consumo, además de ampliar las herramientas y capacidades para enfrentar situaciones desencadenantes, que tenía el propio paciente y no sabía cómo utilizarlas para prevenir nuevas recaídas. No obstante, cabe aclarar que, en este caso, estando de acuerdo con Casas Gavilán & Peña Lorente (2018), aunque las intervenciones motivacionales y conductuales pueden ser altamente efectivas para impulsar el deseo hacia la sobriedad, los participantes de tales terapias siguen siendo propensos a una recaída.

Esta investigación evidenció, coincidiendo con lo planteado por Barros Flores (2021), la necesidad e importancia de una intervención personalizada ajustada a las demandas del paciente. Al diseñar este programa de tal manera, se logró ilustrar y mostrarle al paciente las herramientas propias y sus fortalezas que poseía de manera intrínseca y no sabía que tenía, los procesos fisiológicos y hormonales que intervienen en ellas a su favor y que lo pueden ayudar en su rehabilitación y sacarlos de los pensamientos intrusivos, así como trabajar con la identificación de otras herramientas, que desde su contexto y características personalizadas, podría desarrollar como parte de las fortalezas a reforzar, para su propio programa de prevención de recaídas.

El paciente fue capaz de identificar y reflexionar sobre factores desencadenantes de sus recaídas como la codependencia que había experimentado en casi toda su vida e identificó cómo establecer relaciones confiables y poder pasar de un apego inseguro evitativo e inseguro desorganizado a un tipo de apego seguro, logró más cercanía emocional con su familia, al mismo tiempo construyendo relaciones coherentes con sus familiares, así también con su compromiso de sobriedad, enfatizando su autosuficiencia laboral. Así mismo, determinar acciones concretas que podría asumir para mantener su abstinencia. Además, en su discurso el paciente enfatizó que este programa significó un avance para él, porque nunca le habían dado un plan de acción tan específico y objetivo. El plan de herramientas psicológicas a perfeccionar, especialmente identificadas para este caso, le permitió entender la recaída ocurrida y probablemente las futuras, si hubiera. Como tal, concuerdan Casas Gavilán & Peña Lorente (2018), las intervenciones que consolidan los efectos positivos del tratamiento a corto plazo en un cambio de estilo de vida más amplio son de gran importancia para el campo del tratamiento de las adicciones.

A pesar de que existen evidencias de que el apego es un predictor de la alianza terapéutica por encima de la personalidad y la sintomatología del paciente, no hay muchos trabajos que estudien este impacto. Como se ha mencionado anteriormente, el sistema de apego se activa ante situaciones estresantes o percibidas como amenazantes. Esto parece evidenciarse en momentos en los que las personas buscan ayuda en terapeutas, que actúan como base segura (Rossetti y Botella, 2017).

Las futuras investigaciones podrían centrarse en el entrenamiento de la identificación, expresión, manejo y regulación emocional en personas adictas a sustancias tóxicas. Una inadecuada gestión emocional, es algo que afecta a todas las áreas del individuo, provocando que las situaciones de riesgo se disparen ya que se pueden dar en cualquier ámbito o conflicto, que se resuelve con el posterior consumo de tóxicos. Por ello es tan relevante avanzar en el mundo emocional del adicto, para que los resultados en su rehabilitación sean óptimos.

En cuanto a la implementación del programa, los resultados suponen que, para este caso, la cantidad de sesiones de trabajo propuestas fueron suficientes y efectivas para cumplir con los objetivos propuestos. Se pudo dedicar tiempo y espacio para la indagación de la vida personal del paciente, de su contexto actual, determinación de sus fortalezas intrínsecas, se trabajaron también los grupos de apoyo.

En relación con las limitaciones de esta investigación, la decisión metodológica de realizar un estudio de caso establece el primer límite de alcance. Aún los resultados obtenidos en este trabajo, el caso a estudiar fue escogido de manera no aleatoria y por conveniencia, lo que implica que dicha muestra no puede considerarse representativa para generalizar estos hallazgos. Además, los resultados de la implementación de este programa probablemente varíen en dependencia de cada caso, teniendo que ajustar la cantidad de sesiones, los aspectos a trabajar, y el plan de herramientas que se construya

para cada caso deberá ser diferente y particularizado. Por último, de la manera en la que fue diseñado, para los fines de esta investigación, no se contempló seguimiento del paciente, por lo que no hay constancia de que el plan fue llevado a cabo por el mismo como fue recomendado por la terapeuta.

Es válido considerar, de igual forma, la recomendación de Esarte Eseverri (2017), de incorporar al programa, dentro de la evaluación inicial, un análisis de los tratamientos anteriores recibidos e incluir unas citas de seguimiento tras el alta para poder intervenir precozmente en los procesos de recaída. En este sentido, el mismo paciente consideró que estaría dispuesto a participar de estos encuentros y que la Clínica Clarium debería ampliar estos servicios también, sobre todo para casos como estos que ya tienen un historial amplio de consumos y recaídas.

En conclusión, atender a personas con largos historiales de consumo de sustancias y recaídas frecuentes, a través de un programa individualizado de atención post-recaída, diseñado a partir de las herramientas psicológicas orgánicas e intrínsecas que el paciente posee, sugiere que puede dar mejores resultados después del acompañamiento terapéutico como el grupal o farmacéutico. Se pueden identificar herramientas y acciones de trabajo para fortalecer la rehabilitación, aún y cuando estos pacientes hayan estado en algún tratamiento anterior. La atención personalizada, la identificación de herramientas y motivaciones intrínsecas del paciente, más el diseño de un plan de acción para entregar a la persona, es vital para obtener resultados positivos.

Como recomendación final para la Clínica Clarium la implementación de un programa de recaídas, con acompañamiento individualizado para fortalecer su sobriedad a través del tiempo. Desarrollado en un enfoque personalizado para la adecuada reintegración social a su entorno en sobriedad, a futuro. Este enfoque debería basarse en la evaluación continua de factores de riesgo, la identificación de desencadenantes

específicos y el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y autogestión. Es vital integrar estrategias de regulación emocional, así como promover la participación activa del paciente en la identificación y solución de desafíos adaptativos. Asimismo, un seguimiento regular y sistemático post-tratamiento para monitorear la adherencia al plan individualizado y realizar ajustes según sea necesario.

Referencias

- Agrelo, A. M. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas. La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 15-54.
- Andrade González, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Barragán Torres, L., Flores Mares, M., Ramírez García, A. N., & Ramírez Mendoza, C. (2014). *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*. Mexico D.F: Secretaría de Salud. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf
- Barros Flores, M. L. (2021). Prevención de recaídas en personas con adicción a la cocaína: una revisión bibliográfica. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 5(39), 155-164. Obtenido de <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss39.2021pp155-164>
- Beck, A. T. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Ediciones Paidós.
- Blanco Á., T., & Jiménez M., 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*. San José: Revista Costarricense de Psicología.
- Casas Gavilán, E., & Peña Lorente, T. (2018). Eficacia del programa de prevención de recaídas basado en mindfulness para la disminución del craving del paciente alcohólico. *Nure Investigación*, 15(93). Obtenido de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1324/828>
- Chávez Vizuet, E. (2010). *Prevención de Recaídas. Manual de Aplicación*. Centros de Integración Juvenil y Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Obtenido de http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotratamiento/manua_lprevrecaidas.pdf
- CIJ. (2010). *Centros de Integración Juvenil A.C.* Obtenido de Manual de aplicación para la prevención de recaídas:

<http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotrataamiento/manualprevrecaidas.pdf>

- Clarium by Fénix. (2024). *Clínica Clarium*. Obtenido de <https://clinicaclarium.com/inicio/>
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión sistémica y una necesidad de actualización. *Redes*(38), 47-64.
- Cócola, F. (2022). Apego, regulación emocional y funcionamiento familiar en adultos con trastornos por consumo de cocaína. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 27(1), 59-72.
- Díaz Crosthwaite, A. M., & Zapata Bermúdez, D. L. (2019). *Programa de prevención en recaídas basado en mindfulness para personas con adicción a sustancias psicoactivas en proceso de transformación de vida de la Institución Prestadora de Servicios de Salud PSICO de la ciudad de Cartago*. Universidad Católica de Pereira, Pereira. Obtenido de <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5593/1/DDPAESPA8.pdf>
- Domingo Martínez, M. (2016). *El Efecto de Violación de la Abstinencia EVA*. Obtenido de Fundación FAER: <https://www.ctmadrid-adicciones.com/el-efecto-de-violacion-de-la-abstinencia-eva/>
- Esarte Esevenri, S. (2017). *Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento ambulatorio para pacientes alcohólicos*. Obtenido de Universidad Pública de Navarra: <https://www.proyctohombrenavarra.org/imagenes/documentos/es/evaluacion-de-la-eficacia-de-un-programa-de-tratamiento-ambulatorio-para-pacientes-alcoholicos-24.pdf>
- Grau-López, L. (2015). *Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Llorente del Pozo, J., & Iraurgi-Castillo, I. (2008). *Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína*. España: Elsevier.
- López Gómez, D. (s.f.). *¿Qué pasa si recaigo después del tratamiento?* Recuperado el febrero de 2024, de Reably.es: <https://reably.es/tratamientos/despues-tratamiento/recaida-tratamiento-desintoxicacion#>
- Luengo, M., Romero, E., & Gómez, J. (2000). *La prevención de recaídas en el consumo de drogas; Análisis de la eficacia del Programa Terapéutico-Educativo Proyecto Hombre*. Santiago de Compostela: Editorial Compostela S.A. Obtenido de https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/15520/2001_prevenicion_recaidas.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2008). *Prevención de recaídas. Estrategias de mantenimiento en el tratamiento de la conducta adictiva*. (Segunda ed.). New York: The Guilford Press. Obtenido de https://books.google.com.do/books?hl=es&lr=&id=Sj-NZMIF-UcC&oi=fnd&pg=PA1&ots=ISOEIO4DWX&sig=TftiTFIjEfBCSts0D5L7FiR41jA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Melchor Barreras, A. (2024). Influencia de las variables de apego en la alianza terapéutica y resultados psicoterapéuticos: una revisión sistemática.
- Meneses Castaño, C. (2021). Eficacia de las estrategias en rehabilitación para la salud mental de pacientes en adicción a drogas. Revisión sistemática. *Revista Salud Uninorte*, 37(3), 828-852. doi:<https://doi.org/10.14482/sun.37.3.616.891>
- Moreno Pedraza, F. (2012). *La recaída en egresados de la clínica multidisciplinaria para el tratamiento de las adicciones Ceresova*. Centros de Integración Juvenil A.C, Ciudad de México. Obtenido de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/factoresintervienenrecaida.pdf
- Pires, F. B., & Schneider, D. R. (2013). *El fenómeno de la recaída en el alcoholismo: una revisión integradora de las publicaciones científicas internacionales (2004-2009)*. Obtenido de SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762014000100008&script=sci_arttext&tlng=es
- Pons Peiro, R. (2023). La alianza terapéutica desde la teoría del apego y la figura del terapeuta (Master's tesis).
- Rossetti, M. L., & Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario pre-intervención

Programa terapéutico para el tratamiento post recaída de pacientes adictos a sustancias.

Por favor, responda las preguntas a continuación de la manera más honesta posible. Gracias por su colaboración.

Cuestionario para el tratamiento post recaída.

(Aplicación inicial)

1. Datos generales: Sexo
2. Datos generales: Edad
3. Tiempo en remisión:

4. ¿Desde qué edad consume sustancias?
 - Antes de los 16 años de edad
 - 16-20 años
 - 21-25 años
 - 26-35 años
 - Después de los 35 años
5. ¿Cuántas recaídas ha experimentado?
 - 0-2 veces
 - 3-5 veces
 - Más de 5 veces
6. ¿Hace cuánto ocurrió la última recaída?
 - Hace menos de un mes
 - De 1 a 3 meses
 - Alrededor de 6 meses
 - Hace más de un año
7. ¿Alguna de estas situaciones cree usted que fueron desencadenantes de su última recaída?
 - Problemas familiares
 - Ruptura de pareja
 - Incapacidad para evitar el deseo de consumir
 - Alguien que haya consumido cerca o le haya brindado (o la presión de un grupo)
 - Situaciones muy demandantes o exigentes en el plano laboral
 - Falta de acompañamiento terapéutico
 - Otro:
8. ¿Alguno de estos pensamientos y emociones experimentó justo antes de la recaída?
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Sentimientos de pérdida
 - Baja autoestima
 - Impulsividad
 - Incapacidad para controlar las emociones y deseos
 - Otro:
9. ¿Qué tipo de apoyo tienes actualmente en tu vida para mantener la sobriedad?
 - Familiares cercanos como padres, hijos, pareja
 - Acompañamiento terapéutico profesional
 - Grupos de apoyo formales e informales
 - Otro:
10. ¿Sabes qué cambios específicos puedes hacer en tu estilo de vida para apoyar tu recuperación?

- Sí lo sé, pero no los aplico
 - No lo sé
 - No estoy seguro que funcione algo para mantenerme aislado de la adicción
11. ¿Estás dispuesto a buscar ayuda profesional adicional, como terapia individual o grupos de apoyo?
- Sí
 - No
 - Tal vez

Anexo 2. Cuestionario post-intervención

Programa terapéutico para el tratamiento post recaída de pacientes adictos a sustancias.

Por favor, responda las preguntas a continuación de la manera más honesta posible. Gracias por su colaboración.

1. ¿Luego de concluido el programa, cuál de estas situaciones considera usted, podría enfrentar de manera positiva para NO recaer en la adicción?
 - Problemas familiares
 - Ruptura de pareja
 - Incapacidad para evitar el deseo de consumir
 - La presión grupal para consumir
 - Situaciones muy demandantes o exigentes en el plano laboral, o desempleo
 - Soledad
2. ¿Luego de concluido el programa, cree que sea capaz de reconocer alguno de estos pensamientos y emociones antes de tener una recaída?
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Sentimientos de pérdida
 - Baja autoestima
 - Vulnerabilidad ante la actuación de otras personas
 - Impulsividad
 - Incapacidad para controlar las emociones y deseos
3. ¿Qué tipo de apoyo consideraría tener cotidianamente para mantener se estado de sobriedad?
 - Familiares cercanos como padres, hijos, pareja
 - Acompañamiento terapéutico profesional
 - Grupos de apoyo formales e informales

- Otro:
4. ¿Cuáles de estos cambios o acciones específicas considera que puede llevar a cabo, a partir de ahora, para apoyar tu remisión?
 - Evitar lugares, personas o situaciones donde se consumía drogas o alcohol
 - Reconocer la gravedad de la adicción y la necesidad de tratamiento continuo, ya sean en grupo y atención individualizada
 - Buscar el apoyo de familiares, amigos o grupos de apoyo
 - Cuidar la salud física, la alimentación, el ejercicio y el sueño
 - Ejercitar estrategias efectivas para manejar situaciones difíciles o desencadenantes del consumo
 - Evitar exponerse a la influencia de amigos o conocidos que consumen sustancias
 - No estoy seguro que funcione algo para mantenerme aislado de la adicción
 5. ¿Está dispuesto a continuar con ayuda profesional adicional, como terapia individual o grupos de apoyo?
 - Sí
 - No
 - Tal vez
 6. En una escala de 1 al 5, ¿qué tan valioso y de ayuda ha sido este programa para usted?
 7. ¿Recomendaría este programa para ser implementado en el centro, como continuación de la atención a personas que hayan tenido alguna recaída?
 - Sí
 - No

Anexo 3. Aprobación del Comité de Ética de UNIBE

Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación	ACECEI2024-139
Nombre del Estudiante #1	Miosotis Margarita Mella López
Matrícula del Estudiante #1	20231101
Nombre del Proyecto de Investigación	PROGRAMA TERAPEUTICO PARA EL TRATAMIENTO POST RECAÍDA DE PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS
CAMBIOS APROBADOS DÍA	Wednesday, March 6, 2024
ESTADO DE LA APLICACIÓN	APROBADO

Anexo 4. Carta de autorización del centro



15 de Marzo 2024

Señores
Universidad Iberoamericana
Unibe
Ciudad


Atención
Vanessa Espailat
Coordinadora Especialidad Intervención en Crisis y Trauma
Postgrado Universidad Iberoamericana y Universidad USAL

Estimada Dr. Vanessa Espailat:

Por medio de la presente y a petición de la parte interesada, autorizamos a la estudiante de postgrado, **Miosotis M. Mella López**, cédula 001-1081498-5, matrícula 23-1101, quien está actualmente cursando la "Especialidad Intervención en Crisis y Trauma" en esta institución, a que pueda realizar un levantamiento de datos en nuestra clínica, a través de cuestionarios en la institución, para recopilar la información necesaria para llevar a cabo su proyecto final de tesis. La cual tendrá como título: **Programa terapéutico para el tratamiento post-recaída de un paciente adicto sustancias**. Se nos ha notificado que dicha investigación tendrá como objetivo evaluar los efectos positivos de dicho programa a implementar, así reducir el deseo continuo de consumo del paciente.

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

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


Dr. Rafael Johnson
Director Clínico,
Clarium by Fénix



Anexo 5. Carta de solicitud de la institución académica

UNIBE POSTGRADO

20 Febrero de 2024

Señores
Clínica Clarium
Ensanche Julieta

Atención: Licenciado Fausto Guzman
Director

Estimado señor Guzman:

Por medio de la presente le solicitamos cortésmente su autorización, a petición de la interesada, Miosotis Mella López Matrícula 2023-1101, alumna de la Especialidad Intervenciones en Crisis y Trauma en la Universidad Iberoamericana, UNIBE, para que pueda recolectar datos de esa institución para la parte práctica de su Proyecto de Investigación, ya que es requisito para graduarse.

Esperando que reciba todo el apoyo de su parte.

Saludos cordiales,


Dra. Vanessa Espailat

**Coordinadora Especialidad Intervenciones en Crisis y Trauma
Postgrado UNIBE**



Anexo 6. Plan de acción individualizado entregado al paciente

Ya identificadas las herramientas que posee el paciente. de manera intrínseca, s usaremos para psicoeducar como parte del programa de fortalezas, a reforzar para el programa de prevención de recaídas en pacientes en remisión.

1. Contemplación:

Fortaleza a desarrollar: autoconciencia y tranquilidad emocional.

Ejecución: Practicar la contemplación diaria mediante la meditación, la reflexión o simplemente tomando unos minutos para estar en calma y conectar consigo mismo. En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina, dopamina, endorfinas.

En pocas palabras estas hormonas en la contemplación te aportan y te ayudan, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.

2. Ejercicios:

Fortaleza a desarrollar: resistencia física y mental.

Ejecución: Incorporar una rutina de ejercicios regular que incluya actividades como caminar, correr, yoga o cualquier otra forma de ejercicio que disfrute y se adapte a sus capacidades.

En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina, dopamina, endorfinas y oxitocina.

En pocas palabras estas hormonas en la actividad física te aportan y te ayudan, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.

3. Lectura:

Fortaleza a desarrollar: expansión del conocimiento y mejora del lenguaje.

Ejecución: Leer diariamente libros, artículos o cualquier material que le interese y le ayude a aprender algo nuevo y a mejorar su fluidez en el lenguaje.

En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina y dopamina.

Acetilcolina que se encarga de la concentración y el aprendizaje. **En pocas palabras estas hormonas con la lectura te aportan concentración, te aportan recursos en la memoria y el aprendizaje, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.**

4. Fe:

Fortaleza a desarrollar: fortaleza emocional y espiritual.

Ejecución: Cultivar su fe a través de la oración, la meditación, la participación en actividades religiosas o cualquier otra práctica espiritual que le brinde consuelo y apoyo emocional.

En esta herramienta se disminuye la adrenalina y el cortisol, se potencia la resiliencia, que es la capacidad de reinventarse en la adversidad. **En pocas palabras estas hormonas que percibes mediante la fe te aportan y te ayudan, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.**

5. Socializar:

Fortaleza a desarrollar: habilidades sociales y conexión emocional.

Ejecución: Buscar oportunidades para socializar con amigos, familiares o grupos de apoyo, participar en actividades sociales y cultivar relaciones significativas que le brinden apoyo y compañía.

En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina, dopamina, endorfinas. **En pocas palabras estas hormonas en la socialización te aportan y te ayudan a la, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.**

6. Gratitud:

Fortaleza a desarrollar: actitud positiva y aprecio por la vida.

Ejecución: Practicar la gratitud diariamente mediante la reflexión sobre las cosas por las que está agradecido, mantener un diario de gratitud o expresar verbalmente su aprecio hacia los demás.

En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina, dopamina, endorfinas. **En pocas palabras estas hormonas en el ejercicio diario de la gratitud te aportan y te ayudan a la, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.**

7. Buena alimentación:

Fortaleza a desarrollar: salud física y mental.

Ejecución: Mantener una dieta equilibrada y nutritiva, incluyendo frutas, verduras, proteínas magras y evitar el exceso de alimentos procesados y azúcares.

Al no consumir azúcar tienes un puntazo a tu favor. La insulina que regula la sangre y no forzar e funcionamiento del páncreas se mantiene trabajando en excelentes condiciones, aquí se involucra la serotonina que sacia el deseo de atracones. **En pocas palabras estas hormonas en la contemplación te aportan y te ayudan a la conexión del buen funcionamiento del cuerpo y alma.**

8. Tiempo de calidad propio:

Fortaleza a desarrollar: autoconocimiento y autocuidado.

Ejecución: Reservar tiempo regularmente para actividades que disfrute y le ayuden a relajarse y recargar energías, como hobbies, tiempo al aire libre o simplemente descansar.

En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina, dopamina, endorfinas. **En pocas palabras estas hormonas en el tiempo de calidad para ti o tu autoayuda, te aportan y te ayudan, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.**

9. Proyecto de vida:

Fortaleza a desarrollar: sentido de propósito y dirección.

Ejecución: Definir metas y objetivos personales, identificar pasiones y aspiraciones, y trabajar hacia su realización mediante la planificación y el seguimiento de un proyecto de vida.

En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina y dopamina. **En pocas palabras estas hormonas en tu proyecto de vida te aportan y te ayudan, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.**

10. Tiempo de calidad para su familia:

Fortaleza a desarrollar: vínculos familiares fuertes y apoyo mutuo.

Ejecución: Priorizar el tiempo para estar con la familia, participar en actividades juntos, tener conversaciones significativas y demostrar amor y apoyo hacia los miembros de la familia.

En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina y dopamina. **En pocas palabras estas hormonas en tiempo de calidad para tu familia te aportan y te ayudan, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.**

11. Paciencia: espíritu de mansedumbre, fe, agradecimiento y templanza, todas éstas descritas por tí. La paciencia es una cualidad mental que puede influir en varios aspectos de la salud y el bienestar.

En esta herramienta se implican las siguientes hormonas: serotonina, dopamina, endorfinas. **En pocas palabras estas hormonas ejercitando la paciencia te aportan y te ayudan, conexión con los demás, al control de ira, al ánimo bajo, a sentir bienestar, empatía, confianza, tranquilidad y paciencia.**

Las hormonas - Neurotransmisores - Características

- **Serotonina:** es un neurotransmisor que desempeña un papel importante en la regulación del estado de ánimo, la ansiedad y la agresión. Niveles adecuados de serotonina están asociados con una sensación de bienestar y tranquilidad, lo que puede ayudar a mantener la paciencia en situaciones estresantes.
- **Dopamina:** es otro neurotransmisor que está involucrado en la regulación del estado de ánimo y la motivación. Niveles equilibrados de dopamina pueden ayudar a promover la sensación de satisfacción y recompensa, lo que puede contribuir a una actitud más paciente y tolerante.
- **Endorfinas:** son neurotransmisores que actúan como analgésicos naturales y están asociadas con sentimientos de bienestar y euforia. La liberación de endorfinas durante actividades placenteras, como el ejercicio físico o la risa, puede promover una sensación de calma y paciencia.
- **Oxitocina:** conocida como la "hormona del amor" o la "hormona de la confianza", la oxitocina está asociada con los lazos sociales, la empatía y la confianza. Niveles elevados de oxitocina pueden promover sentimientos de calma y conexión con los demás, lo que puede favorecer la paciencia en las interacciones sociales.
- **Acetilcolina:** esta activa las neuronas y está implicada regulación de la atención, la memoria, el aprendizaje y el control de la frecuencia cardiaca.

- **Adrenalina:** es una hormona y un neurotransmisor que se libera en respuesta al estrés o la excitación. Actúa sobre receptores adrenérgicos en diversas células del cuerpo.

Psi. Clínica Miosotis Mella
28-5-2024

Anexo 7. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROYECTO: Programa terapéutico para el tratamiento post recaída de pacientes adictos a sustancias. Clínica Clarium, Santo Domingo, RD. Febrero-Mayo 2024

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: Implementación de un programa terapéutico para el tratamiento y acompañamiento de pacientes que hayan sido rehabilitados en el Clínica Clarium, estén en remisión y tengan la vivencia de alguna recaída con sustancias. En esta intervención se analizará con los participantes lo que ha sucedido con la recaída, el Efecto de Violación de Abstinencia que explica las reacciones consecuentes a las recaídas, los factores que influyeron en esta, estrategias cognitivas y conductuales ante una nueva recaída, y el papel potenciador de estos eventos para corregir las fallas del tratamiento y llegar a una recuperación más certera. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Universidad Iberoamericana (UNIBE).

PROCEDIMIENTO: Esta investigación se llevará a cabo a partir de un estudio de caso, con un programa de intervención individual, que consta de 4 sesiones, con una frecuencia semanal, y una duración de un mes. Su participación es completamente opcional y voluntaria. Tanto al principio como al final del tratamiento, usted llenará unos cuestionarios que evaluarán la evolución suya en relación con los temas tratados y la eficiencia de la intervención, así como su satisfacción con el programa.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El beneficio de participar en esta investigación radica en que usted podrá comprender la recaída ocurrida, tener un espacio para la comprensión, expresión de sentimientos y pensamientos sobre lo sucedido, no abandonar y continuar con el proceso de rehabilitación, así como prevenir nuevas recaídas.

Es posible que durante el tratamiento salgan a relucir temas o emociones que le perturben o le agobien. Las recaídas son eventos difíciles de superar en muchas ocasiones, por lo que puede ser complejo para usted revivir el evento o compartir

experiencias. Si esto llegase a ocurrir, tenga presente que existirá una comunicación directa con el centro y su terapeuta, en caso de necesitar una intervención más directa y especializada.

CONFIDENCIALIDAD: La identidad de los participantes será protegida por la investigadora utilizando seudónimos, en las técnicas a aplicar, para los registros y notas de sesiones, observaciones, y cualquier otro documento que se genere, así como en el artículo investigativo resultante de este trabajo. No se usarán sus nombres en la divulgación de los resultados. Este consentimiento será archivado por separado de las notas del proceso terapéutico. La información digital será protegida por contraseña. A la Clínica Clarium, y a su terapeuta, se le entregará un informe final de los resultados alcanzados con el programa y el estado general de su proceso de recuperación.

CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con la investigadora Lic. Miosotis Mella, al correo electrónico mellamiosotis@gmail.com, y al teléfono 809-330-8333. También puede ponerse en contacto con la supervisora de este estudio Alba Iris Polanco, al correo electrónico a.polanco4@prof.unibe.edu.do.

ESTUDIO VOLUNTARIO: Si siente que no puede o no quiere participar en esta investigación, siéntase en total libertad de comunicarlo a la investigadora. Su participación es opcional y voluntaria.

TIEMPO REQUERIDO: Una hora y media semanal, por 4 semanas.

Yo, _____, firmando este documento confirmo que se me explicó el objetivo de esta investigación. Conozco los riesgos y beneficios, y que mis datos serán confidenciales. El personal me entregó una hoja con los detalles del estudio e información de contacto. Sé que este estudio es voluntario, y puedo decidir no participar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO: Deseo ser parte de este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y entiendo lo que se requiere de mí.

Firma del participante: _____

Fecha:

Anexo 8. Recurso entregado al paciente al terminar la intervención

