Recibido:10/09/2026 Aprobado:16/10/2026

DOI: https://doi.org/10.70208/3007.8245.v6.n3.623

De prácticas existentes a continuidad articulada: el Modelo de Continuidad Ecológica Multiescalar Marakame

Alejandro Villegas Ortiz
24000312@uan.edu.mx
https://orcid.org/0009-0002-9194-8050
Universidad Autónoma de Nayarit
México

Diana Pérez Pimienta
diana.perez@uan.edu.mx
https://orcid.org/0000-0002-1936-634X
Universidad Autónoma de Nayarit
México

Salvador Ruiz Bernés
salvador@uan.edu. mx
https://orcid.org/0000-0003-1957-8649
Universidad Autónoma de Nayarit
México

Aimée Argüero Fonseca
aimee.arguero@uan.edu.mx
https://orcid.org/0000-0002-3864-5299
Universidad Autónoma de Nayarit
México

Martha Berenice Meza Dávalos
bere.meza@uan.edu.mx
https://orcid.org/0000-0003-2181-9368
Universidad Autónoma de Nayarit
México

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas institucionales de postratamiento del Instituto Marakame y diseñar una propuesta sistémica, ecológica y colaborativa para fortalecer la continuidad del cuidado y la reinserción social. Metodología: estudio cualitativo interpretativo, descriptivo y con componente proyectivo, basado en revisión documental y normativa, entrevistas semiestructuradas a siete terapeutas seleccionados intencionalmente y registro reflexivo retrospectivo del investigador-terapeuta; se organizaron y contrastaron las fuentes mediante análisis temático. Resultados: se identificaron prácticas existentes de preparación para el egreso, seguimiento individual, evaluaciones periódicas, comunicación familiar, Cuidado Continuo y vinculación externa, junto con necesidades de mayor articulación, documentación y delimitación de responsabilidades. A partir de estos hallazgos se diseñó el Modelo de Continuidad Ecológica Multiescalar Marakame, con seis componentes y una ruta de seguimiento de doce meses. Conclusiones: la propuesta sistematiza y conecta recursos institucionales preexistentes, pero requiere revisión participativa, pilotaje y evaluación antes de atribuirle eficacia.

Palabras clave: postratamiento; terapia sistémica; reinserción social; continuidad del cuidado; adicciones

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.
El editor y los revisores declararon no tener conflicto de intereses.

Licencia: CC BY NC ND

From Existing Practices to Connected Care: The Marakame Multilevel Ecological Continuity Model

ABSTRACT

Objective: To examine existing aftercare practices at the Marakame Institute and develop a systemic, ecological and collaborative proposal to strengthen continuity of care and social reintegration. Methods: An interpretive qualitative study with descriptive and projective components drew on institutional and regulatory documents, semi-structured interviews with seven purposively selected therapists, and a retrospective reflexive account by the therapist-researcher. Sources were organized and contrasted through thematic analysis. Results: Existing discharge preparation, individual follow-up, periodic assessments, family communication, peer support and external referrals were identified alongside gaps in coordination, documentation and role definition. Findings informed a six-component model and a proposed twelve-month follow-up pathway. Conclusions: The model organizes and links existing institutional resources; participatory review, pilot testing and outcome evaluation remain necessary before claims of effectiveness can be made.

Keywords: aftercare, systemic therapy, social reintegration, continuity of care, substance use disorders

The authors declare no conflict of interest.
The Editor and the Reviewers declared no conflict of interest.

License:

INTRODUCCIÓN

El Instituto Marakame, ubicado en Nayarit, cuenta con experiencia en el tratamiento residencial y dispone de un modelo institucional de postratamiento. Este modelo comienza antes del egreso e incluye la elaboración de un plan, la entrega del Portafolio de Soporte, sesiones individuales y evaluaciones programadas durante los doce meses posteriores a la salida. También contempla la comunicación con familiares cuando las condiciones del seguimiento lo requieren, el acceso al espacio institucional denominado Cuidado Continuo y la vinculación con servicios externos de salud, educación, capacitación y empleo.

La existencia de estas prácticas permite precisar el problema abordado en la investigación. La necesidad institucional no consiste en crear un servicio de postratamiento inexistente, sino en analizar cómo se relacionan sus componentes y qué aspectos pueden fortalecerse. Entre estos se encuentran la documentación de algunos procedimientos, la vinculación de las evaluaciones con las decisiones terapéuticas, la diferenciación entre contacto y participación familiar, el seguimiento de las referencias externas y la consideración de las condiciones comunitarias que intervienen en la reinserción social.

A partir de esta necesidad, la investigación tuvo como objetivo diseñar una propuesta de fortalecimiento sistémico, ecológico y colaborativo del modelo institucional de postratamiento del Instituto Marakame, orientada a favorecer la continuidad del cuidado, la reinserción social y la prevención de recaídas. El producto derivado de este proceso se denomina Modelo de Continuidad Ecológica Multiescalar Marakame (MCEMM). El MCEMM no sustituye ni desconoce las prácticas existentes; las recupera y organiza dentro de una estructura que relaciona los ámbitos personal, familiar, institucional, comunitario y normativo a lo largo del primer año posterior al egreso.

El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, interpretativo y proyectivo. La información se obtuvo mediante la revisión de fuentes teóricas, normativas e institucionales y la realización de entrevistas semiestructuradas a siete terapeutas del Instituto Marakame. De manera complementaria, se utilizó un registro reflexivo retrospectivo elaborado por el investigador-terapeuta a partir de su experiencia profesional y de los aspectos contemplados en una guía de observación que inicialmente

se había proyectado, pero que no pudo aplicarse en campo. La información fue organizada mediante categorías teóricas iniciales, codificación temática, matrices y contraste entre fuentes.

La participación de los terapeutas permitió recuperar su experiencia sobre el funcionamiento del postratamiento y las necesidades identificadas después del egreso. Sin embargo, las personas egresadas y sus familiares no participaron directamente en la investigación. En consecuencia, el carácter colaborativo del MCEMM corresponde a los principios y procedimientos incorporados en la propuesta, no a la composición completa del grupo participante. La revisión del modelo con personas egresadas, familiares y otros actores involucrados deberá realizarse en una fase posterior.

La investigación tampoco evaluó la eficacia del postratamiento existente ni incluyó la implementación del MCEMM. Por tanto, no permite afirmar que el producto diseñado prevenga recaídas, mejore la reinserción social o produzca cambios clínicos e institucionales. Su alcance se limita al análisis del modelo institucional y a la formulación de una propuesta susceptible de revisión, ajuste, pilotaje y evaluación. Asimismo, el MCEMM no ha sido autorizado, validado ni certificado por autoridades sanitarias.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo de orientación interpretativa. Este enfoque permite estudiar significados, experiencias y procesos dentro del contexto en el que se producen, sin reducirlos a variables aisladas ni buscar relaciones causales susceptibles de generalización estadística (Denzin & Lincoln, 2018).

El estudio tuvo un alcance descriptivo porque examinó las características del modelo institucional de postratamiento, sus procedimientos de seguimiento y la manera en que los terapeutas comprenden la continuidad del cuidado. Esta descripción no tuvo como propósito medir la eficacia del modelo existente, sino establecer una base para reconocer sus aportes y formular una propuesta de fortalecimiento acorde con las condiciones del Instituto Marakame.

Los enfoques sistémico, ecológico y colaborativo funcionaron como referentes conceptuales para orientar la interpretación de la información:

El enfoque sistémico permitió analizar patrones de interacción, comunicación, límites y responsabilidades relacionados con el egreso y el seguimiento (Bateson, 1972, 1979; Minuchin, 2009). El modelo bioecológico permitió examinar las relaciones entre proceso, persona, contexto y tiempo, así como los niveles micro, meso, exo y macrosistémico vinculados con la recuperación posterior al egreso (Bronfenbrenner, 1987; Bronfenbrenner & Morris, 2006).

El enfoque colaborativo y dialógico aportó criterios para analizar la participación, el lenguaje y la construcción de acuerdos durante el acompañamiento (Anderson, 1997; Andersen, 1991; White & Epston, 1990).

Estas perspectivas dieron origen a las categorías teóricas iniciales del estudio, pero no se utilizaron como un esquema cerrado. Durante el análisis se mantuvo apertura para reconocer contenidos que ampliaran, precisaran o no coincidieran completamente con las categorías establecidas al comienzo.

La posición del investigador dentro del Instituto constituye una condición metodológica relevante. Su experiencia como terapeuta facilitó el conocimiento del contexto, la comprensión del lenguaje institucional y el acercamiento a los participantes. Al mismo tiempo, pudo influir en la selección, organización e interpretación de la información. Para reconocer esta influencia se elaboró un registro reflexivo retrospectivo, cuyo contenido se contrastó con las entrevistas y los documentos disponibles. Este recurso permitió examinar críticamente la experiencia previa del investigador, pero no se consideró equivalente a una observación directa de campo ni como prueba independiente de los acontecimientos reconstruidos.

La investigación se desarrolló en el Instituto Marakame, ubicado en el estado de Nayarit, México. La institución cuenta con dieciocho años de experiencia en la atención de personas con consumo problemático de sustancias y desarrolla un tratamiento residencial que incluye psicoterapia individual y grupal, acompañamiento clínico, orientación familiar y actividades dirigidas a la reorganización de la vida cotidiana.

El Instituto dispone de un modelo institucional de postratamiento que comienza antes del egreso. Este modelo comprende la valoración de riesgos y apoyos, la elaboración de un plan, la entrega del

Portafolio de Soporte durante la entrevista de salida, sesiones individuales, evaluaciones periódicas y comunicación con familiares cuando resulta pertinente. También contempla el acceso al Cuidado Continuo y la vinculación con servicios externos.

El Cuidado Continuo es un espacio grupal que se realiza los jueves dentro del Instituto. En él participan personas egresadas que han mantenido la abstinencia durante su proceso de recuperación y conservan el derecho a continuar asistiendo. Este espacio no equivale a un programa ordinario de sesiones grupales incluido para todas las personas dentro del postratamiento.

El seguimiento se desarrolla durante los doce meses posteriores al egreso. La entrevista estructurada utilizada para las evaluaciones del mes y de los 3, 6, 9 y 12 meses forma parte de la práctica institucional. Sin embargo, no se encontró documentación sobre su integración en un manual de procedimientos ni sobre procesos formales de validación. Esta condición limita la posibilidad de establecer la uniformidad de su aplicación y la comparabilidad de la información obtenida.

La institución también mantiene relaciones con servicios de salud, atención de las adicciones, educación, capacitación y empleo. Entre ellos se encuentran ICATEN, como una alternativa de capacitación, y SEPEN, para facilitar la continuidad de los estudios y la obtención de certificados. La existencia de estos contactos no implica que funcionen mecanismos formalizados de referencia y contrarreferencia en todos los casos.

El grupo participante estuvo conformado por siete terapeutas del Instituto Marakame. Cuatro se desempeñaban en el área de postratamiento al momento de realizar las entrevistas y tres habían colaborado anteriormente en esa área, aunque se encontraban asignados a otras funciones de atención clínica y acompañamiento familiar.

La selección se realizó mediante muestreo intencional, debido a que el estudio requería recuperar la experiencia de profesionales con conocimiento directo de los procesos de egreso y seguimiento. En la investigación cualitativa, este tipo de selección permite incorporar participantes cuyas funciones y trayectorias resultan pertinentes para comprender el fenómeno estudiado, sin pretender obtener una muestra estadísticamente representativa (Lincoln & Guba, 1985).

La integración de terapeutas con experiencia actual y previa en postratamiento permitió conocer distintas formas de comprender y realizar el seguimiento. También hizo posible identificar continuidades, diferencias y necesidades observadas a partir de su práctica profesional.

El investigador-terapeuta no se contabilizó como integrante del grupo de siete participantes. Su experiencia fue recuperada mediante un registro reflexivo retrospectivo y se analizó como una fuente complementaria, distinta de las entrevistas. Este procedimiento permitió reconocer su implicación institucional sin confundir su reconstrucción personal con los testimonios del grupo participante ni presentarla como resultado de una observación de campo.

El tamaño del grupo respondió a la delimitación institucional, la experiencia requerida y la disponibilidad de los terapeutas seleccionados. No se afirma que siete entrevistas hayan permitido alcanzar saturación teórica, debido a que esta condición no depende únicamente del número de participantes y necesitaría demostrarse mediante el desarrollo y la comparación progresiva de las categorías.

La selección no se realizó con la finalidad de representar todas las áreas ni todas las perspectivas relacionadas con el postratamiento. Se buscó recuperar la experiencia del equipo terapéutico sobre el funcionamiento institucional y las posibilidades de fortalecimiento del modelo existente.

No participaron directamente personas egresadas, familiares, representantes de grupos de apoyo ni integrantes de las instituciones externas vinculadas con Marakame. Esta delimitación debe considerarse al interpretar los hallazgos y al establecer el alcance colaborativo del MCEMM.

Los terapeutas participaron como fuentes de información mediante entrevistas semiestructuradas individuales, los criterios de selección que se tomaron en cuenta fueron:

- Haber participado directamente en procesos de egreso, seguimiento o acompañamiento posterior al tratamiento residencial.
- Aceptar voluntariamente la participación, otorgar consentimiento verbal y autorizar la grabación de la entrevista.

Durante las entrevistas describieron las prácticas de postratamiento, las situaciones identificadas en su experiencia profesional después del egreso, los recursos institucionales disponibles y las dificultades encontradas en la continuidad del cuidado.

La entrevista también permitió que los participantes formularan reflexiones sobre su experiencia profesional y señalaran posibles áreas de fortalecimiento. Estas aportaciones fueron analizadas por el investigador junto con la información documental y el registro reflexivo retrospectivo.

El análisis documental comprendió la revisión de literatura especializada, disposiciones normativas, documentos de política pública y materiales institucionales relacionados con el tratamiento de las adicciones, la continuidad del cuidado, la reinserción social y la prevención de recaídas.

Para registrar la información se elaboraron fichas bibliográficas, normativas e institucionales. Según el tipo de documento, las fichas incluyeron los siguientes elementos:

El procedimiento se desarrolló mediante una secuencia de trabajo que articuló la revisión documental, la recuperación de la experiencia del equipo terapéutico y la elaboración de la propuesta. Aunque las actividades se presentan de manera ordenada, el proceso no fue estrictamente lineal. La lectura de las entrevistas llevó a revisar nuevamente algunos documentos y a precisar las categorías utilizadas en el análisis.

En una primera etapa se revisaron fuentes teóricas relacionadas con las adicciones, la recuperación, la continuidad del cuidado y los enfoques sistémico, bioecológico y colaborativo. De manera paralela, se examinaron disposiciones normativas, documentos de política pública y materiales institucionales vinculados con el postratamiento. La información relevante se registró en fichas y posteriormente se organizó en matrices comparativas.

A partir de esta revisión se establecieron seis categorías teóricas iniciales: continuidad del cuidado; relaciones y participación familiar; contextos y articulación entre sistemas; recursos para la reinserción social; valoración y respuesta ante situaciones de riesgo; y participación y derechos. Estas categorías orientaron la preparación de la entrevista y la organización inicial de la información, sin considerarse estructuras definitivas.

Posteriormente se elaboró la guía de entrevista semiestructurada. Antes de aplicarla, el investigador revisó la redacción de las preguntas, eliminó repeticiones y verificó su correspondencia con los objetivos y las categorías teóricas. Este ajuste fue realizado por el propio investigador y no constituyó un proceso formal de validación del instrumento.

La investigación se condujo procurando el respeto a la dignidad, la confidencialidad y la participación voluntaria de las personas entrevistadas.

Finalmente, el MCEMM se presenta como el producto proyectivo de la investigación. No ha sido implementado, validado, certificado ni autorizado por autoridades sanitarias. Su eventual aplicación requerirá una revisión institucional, la participación directa de personas egresadas y familiares, la definición de procedimientos formales de consentimiento y confidencialidad, y las autorizaciones éticas o administrativas que correspondan.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis institucional se organizó en seis categorías que permitieron reconocer fortalezas existentes y necesidades de fortalecimiento. El resultado no fue la comprobación de la eficacia de una intervención, sino el diseño fundamentado de una propuesta institucional.

Continuidad del cuidado

La investigación distingue así entre la existencia de las prácticas y su grado de formalización. Esta diferencia orienta los apartados siguientes, en los que los resultados se examinan mediante las seis categorías analíticas definidas para el estudio.

Nota. La identificación de una práctica no implica que se haya evaluado su aplicación uniforme o su eficacia. Los aspectos de la última columna constituyen asuntos por revisar y no deficiencias comprobadas.

La primera categoría examinó la permanencia, frecuencia y capacidad de adaptación del acompañamiento posterior al egreso. El análisis permitió reconocer que la continuidad del cuidado ya se encuentra presente en el modelo institucional, aunque sus componentes pueden relacionarse y documentarse con mayor precisión.

Relaciones y participación familiar

Los aspectos susceptibles de fortalecimiento se relacionan con la documentación del procedimiento, la definición de las dimensiones que deben valorarse, la relación entre la información y las decisiones de seguimiento, y la articulación con los apoyos familiares, grupales y externos.

Estos resultados no demuestran la eficacia del seguimiento ni permiten concluir que su aplicación sea homogénea. Aportan una base para que el MCEMM organice los componentes existentes y proponga criterios que posteriormente deberán revisarse, aplicarse y evaluarse.

La segunda categoría examinó la comunicación con las familias, las responsabilidades atribuidas a sus integrantes y las formas de participación relacionadas con la recuperación. El análisis muestra que la familia forma parte del postratamiento, aunque resulta necesario distinguir con mayor claridad entre el contacto ocasional, la intervención ante dificultades y una participación planificada durante el seguimiento.

Articulación entre sistemas

Esta diversidad indica que el postratamiento no se limita exclusivamente al espacio terapéutico. Los testimonios recuperados relacionan el proceso posterior al egreso con las condiciones en las que la persona retoma su vida cotidiana, sus vínculos y sus actividades.

Sin embargo, reconocer la influencia de estos contextos no equivale a contar con un procedimiento para articularlos. El análisis distingue, por ello, entre los recursos conocidos por el equipo y los mecanismos institucionales establecidos para vincularlos con el plan de seguimiento.

La preparación para el egreso, el postratamiento, la comunicación familiar y el Cuidado Continuo forman parte del mismo proceso institucional, aunque corresponden a momentos y modalidades diferentes de acompañamiento.

Recursos para la reinserción social

La presencia de estos recursos amplía las posibilidades del postratamiento. Sin embargo, el estudio no evaluó su utilización, accesibilidad o eficacia. Tampoco permite afirmar que todas las personas egresadas necesiten o puedan utilizar los mismos apoyos.

La reinserción puede incluir el regreso a los estudios, la conclusión de niveles educativos o la obtención de documentos que acrediten la formación alcanzada. En este ámbito se identificó la relación con SEPEN como una posibilidad para continuar los estudios y gestionar certificados.

También se reconoció a ICATEN como alternativa para la capacitación laboral. Este recurso puede ser pertinente cuando la persona requiere desarrollar habilidades, actualizar conocimientos o ampliar sus posibilidades de incorporación al trabajo.

Valoración de situaciones de riesgo

La quinta categoría examinó los criterios utilizados para reconocer situaciones que pueden afectar la recuperación y las respuestas que se activan durante el postratamiento. El análisis muestra que la valoración del riesgo forma parte del modelo institucional, tanto en la preparación para el egreso como en las evaluaciones y contactos posteriores.

Antes de la salida se identifican precipitantes de riesgo, sistemas de soporte y redes de apoyo. Esta información se relaciona con la elaboración del plan de postratamiento y con el contenido del Portafolio de Soporte.

Este procedimiento permite anticipar algunas condiciones que pueden dificultar o favorecer la continuidad de la recuperación. También proporciona una base para seleccionar referencias y apoyos pertinentes. Sin embargo, la investigación no examinó expedientes individuales ni evaluó la aplicación de esta valoración, por lo que no puede establecer su uniformidad o capacidad predictiva.

Participación y derechos

Los resultados sustentan la pertinencia de revisar y organizar los procedimientos existentes. No demuestran la capacidad predictiva de la entrevista estructurada ni permiten afirmar que el MCEMM prevendrá recaídas. Tales efectos deberán evaluarse después de su implementación.

La sexta categoría examinó la participación de las personas egresadas y sus familias, así como los principios de dignidad, confidencialidad, consentimiento, trato sin discriminación y atención a las diferencias. El análisis muestra que estos elementos aparecen en las perspectivas terapéuticas y en los referentes normativos, aunque no fueron evaluados directamente con todos los actores involucrados.

En las entrevistas se identificaron diferentes maneras de describir la participación de la persona egresada. Algunos planteamientos otorgaron mayor peso al cumplimiento de indicaciones y acuerdos definidos durante el tratamiento. Otros destacaron la importancia de escuchar sus necesidades, revisar metas y construir decisiones durante el seguimiento.

Propuesta derivada: Modelo de Continuidad Ecológica Multiescalar Marakame

El quinto objetivo consistió en integrar los hallazgos teóricos, normativos e institucionales en una propuesta de fortalecimiento que estableciera componentes, procedimientos y criterios de seguimiento desde un enfoque sistémico, ecológico y colaborativo.

Este objetivo se concretó en el diseño del Modelo de Continuidad Ecológica Multiescalar Marakame. El MCEMM conserva las prácticas del modelo institucional y propone relacionarlas mediante una arquitectura ecológica, una ruta temporal y seis componentes: continuidad y adaptación del cuidado; relaciones y participación familiar; articulación entre sistemas; recursos para la reinserción social; valoración y respuesta ante situaciones de riesgo; y participación y derechos.

El modelo también establece actores, funciones y límites de responsabilidad. Conserva el plan de postratamiento, el Portafolio de Soporte y la entrevista estructurada, y añade recursos documentales para revisar las metas, organizar la participación familiar, valorar situaciones de riesgo, registrar referencias y acordar el cierre o la continuidad del acompañamiento.

La propuesta contempla una ruta posterior de revisión institucional, participación de personas egresadas y familiares, valoración técnica y normativa, aplicación piloto, ajuste e implementación gradual. Por tanto, el objetivo se alcanzó en el nivel conceptual y metodológico previsto, pero esto no significa que el MCEMM haya sido validado ni que se haya demostrado su capacidad para favorecer la reinserción social o prevenir recaídas.

El análisis permite establecer, en primer lugar, que el Instituto Marakame dispone de una base institucional reconocible para acompañar a las personas después del tratamiento residencial. La preparación para el egreso, el plan de postratamiento, el Portafolio de Soporte, las sesiones individuales, las evaluaciones periódicas y los recursos de apoyo muestran que la continuidad del

cuidado ya forma parte de su práctica. El problema de investigación no radica, por tanto, en la ausencia de postratamiento, sino en la posibilidad de relacionar y documentar con mayor claridad sus componentes.

En segundo lugar, la existencia de una práctica no equivale necesariamente a su formalización completa. El equipo comparte una descripción general del seguimiento y utiliza una entrevista estructurada durante el primer año, pero no se encontró documentación que reuniera sus criterios de aplicación, registro, interpretación y relación con las decisiones posteriores. Esta diferencia no demuestra que el procedimiento se realice de manera inadecuada; señala la conveniencia de recuperar y organizar el conocimiento desarrollado por los terapeutas.

Una tercera conclusión es que mantener comunicación con las familias o con instituciones externas no constituye, por sí mismo, un procedimiento articulado de participación y coordinación. Existen contactos y recursos que pueden apoyar la recuperación, pero conviene precisar sus propósitos, autorizaciones, responsabilidades y posibilidades de seguimiento. En el caso de las familias, esta conclusión se basa en los testimonios de los terapeutas, pues no se revisaron las notas de progreso ni se entrevistó directamente a familiares. Respecto de las instituciones externas, tampoco se verificaron convenios ni resultados de las referencias.

En cuarto lugar, la recuperación posterior al egreso no puede valorarse mediante un solo indicador. La abstinencia mantiene importancia clínica, pero debe considerarse junto con las condiciones emocionales, familiares, sociales, educativas, laborales y de salud. Determinados cambios conductuales, emocionales o relacionales pueden requerir una valoración oportuna, sin que constituyan necesariamente predictores de consumo. La respuesta debe ajustarse al contexto, los recursos disponibles y el juicio clínico, evitando aplicar la misma intervención en todos los casos.

La participación y los derechos atraviesan estas conclusiones. El seguimiento requiere ofrecer información comprensible, respetar la confidencialidad y considerar la voz de la persona en la definición y revisión de sus metas. Sin embargo, la investigación no constituyó un proceso participativo completo, porque las personas egresadas y sus familiares no intervinieron directamente en el diseño.

En consecuencia, los procedimientos colaborativos incorporados en el MCEMM deberán considerarse provisionales hasta que sean revisados con quienes participarán en su aplicación.

La aportación institucional principal consiste en reconocer y organizar las prácticas que Marakame ya realiza. El MCEMM no parte de una descalificación del postratamiento existente ni pretende sustituirlo por una estructura ajena a su experiencia. Conserva la preparación para el egreso, el plan de postratamiento, el Portafolio de Soporte, las sesiones individuales, las evaluaciones periódicas, la comunicación con familiares, el Cuidado Continuo y la vinculación con recursos externos.

A partir de esta base, propone relacionar las evaluaciones con decisiones documentadas, revisar periódicamente las metas, diferenciar las formas de participación familiar y dar seguimiento a las referencias dentro de las posibilidades institucionales. Asimismo, organiza temporalmente el primer año y delimita funciones generales para la persona egresada, el terapeuta, la familia, el equipo institucional, la dirección y las instituciones externas.

Los instrumentos propuestos ofrecen una base inicial para documentar el seguimiento, pero su aportación se limita al diseño. Antes de incorporarlos al expediente o a los procedimientos del Instituto deberán revisarse, simplificarse y probarse.

La discusión de los hallazgos indica que la existencia de contactos familiares, evaluaciones o referencias no equivale por sí misma a coordinación documentada. En consonancia con los planteamientos de McKay (2021), la continuidad debe adaptarse a necesidades cambiantes; desde Bronfenbrenner y Morris (2006), la articulación entre contextos y tiempos resulta central. El modelo diseñado integra estas perspectivas, pero su aplicabilidad y aceptabilidad requieren comprobación con personas egresadas, familias y actores externos.

CONCLUSIONES

El análisis permite establecer, en primer lugar, que el Instituto Marakame dispone de una base institucional reconocible para acompañar a las personas después del tratamiento residencial. La preparación para el egreso, el plan de postratamiento, el Portafolio de Soporte, las sesiones individuales, las evaluaciones periódicas y los recursos de apoyo muestran que la continuidad del

cuidado ya forma parte de su práctica. El problema de investigación no radica, por tanto, en la ausencia de postratamiento, sino en la posibilidad de relacionar y documentar con mayor claridad sus componentes.

En segundo lugar, la existencia de una práctica no equivale necesariamente a su formalización completa. El equipo comparte una descripción general del seguimiento y utiliza una entrevista estructurada durante el primer año, pero no se encontró documentación que reuniera sus criterios de aplicación, registro, interpretación y relación con las decisiones posteriores. Esta diferencia no demuestra que el procedimiento se realice de manera inadecuada; señala la conveniencia de recuperar y organizar el conocimiento desarrollado por los terapeutas.

Una tercera conclusión es que mantener comunicación con las familias o con instituciones externas no constituye, por sí mismo, un procedimiento articulado de participación y coordinación. Existen contactos y recursos que pueden apoyar la recuperación, pero conviene precisar sus propósitos, autorizaciones, responsabilidades y posibilidades de seguimiento. En el caso de las familias, esta conclusión se basa en los testimonios de los terapeutas, pues no se revisaron las notas de progreso ni se entrevistó directamente a familiares. Respecto de las instituciones externas, tampoco se verificaron convenios ni resultados de las referencias.

En cuarto lugar, la recuperación posterior al egreso no puede valorarse mediante un solo indicador. La abstinencia mantiene importancia clínica, pero debe considerarse junto con las condiciones emocionales, familiares, sociales, educativas, laborales y de salud. Determinados cambios conductuales, emocionales o relacionales pueden requerir una valoración oportuna, sin que constituyan necesariamente predictores de consumo. La respuesta debe ajustarse al contexto, los recursos disponibles y el juicio clínico, evitando aplicar la misma intervención en todos los casos.

La participación y los derechos atraviesan estas conclusiones. El seguimiento requiere ofrecer información comprensible, respetar la confidencialidad y considerar la voz de la persona en la definición y revisión de sus metas. Sin embargo, la investigación no constituyó un proceso participativo completo, porque las personas egresadas y sus familiares no intervinieron directamente en el diseño.

En consecuencia, los procedimientos colaborativos incorporados en el MCEMM deberán considerarse provisionales hasta que sean revisados con quienes participarán en su aplicación.

En síntesis, Marakame cuenta con prácticas de postratamiento que deben conservarse; algunas pueden fortalecerse mediante criterios comunes de documentación, articulación y seguimiento; y el MCEMM solamente podrá adquirir pertinencia operativa después de una revisión institucional y participativa, una aplicación piloto y una evaluación posterior. Estas conclusiones no valoran la eficacia del postratamiento ni el desempeño de los terapeutas. Su función es distinguir entre las prácticas identificadas, las necesidades derivadas del análisis y los componentes que todavía requieren revisión.

Tampoco se entrevistó a representantes de ICATEN, SEPEN, servicios de salud u otras instituciones vinculadas, ni se verificaron convenios, expedientes de canalización o resultados de las referencias. El estudio puede afirmar que los terapeutas identificaron relaciones y recursos externos, pero no que exista una red formal consolidada o que todas las personas hayan logrado acceder a esos servicios.

La evaluación posterior deberá distinguir entre funcionamiento operativo, experiencia de los participantes y resultados del acompañamiento. En una primera etapa conviene analizar la permanencia en el seguimiento, el cumplimiento de los momentos de evaluación, la utilidad de los instrumentos, la carga de trabajo, la participación de personas egresadas y familiares, el acceso a recursos y el seguimiento de las referencias.

Entre las líneas futuras se encuentran el estudio de las experiencias de las personas egresadas y sus familias; la revisión de la entrevista estructurada; la evaluación de los instrumentos propuestos; el análisis del funcionamiento de las referencias externas y de las barreras de acceso; el seguimiento longitudinal de personas egresadas; la evaluación del proceso de implementación; y el estudio de la adaptación del modelo en otros contextos institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andersen, T. (1991). The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues. W. W. Norton.

Anderson, H. (1997). Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy. Basic Books.

Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind. Chandler Publishing Company.

Bateson, G. (1979). Mind and nature: A necessary unity. E. P. Dutton.

Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En J. G. Richardson (Ed.), Handbook of theory and research for the sociology of education (pp. 241–258). Greenwood Press.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados. Paidós. (Trabajo original publicado en 1979).

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development (6.ª ed., pp. 793–828). Wiley.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2026). Ley General de Salud (última reforma publicada el 15 de enero de 2026). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2023). Informe de evaluación sobre políticas de drogas: Fortalecimiento institucional; investigación, información, monitoreo y evaluación; y cooperación internacional. México. Organización de los Estados Americanos. https://www.oas.org/ext/es/seguridad/mem/moduleid/7398/id/829/lang/2/controller/item/action/download

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2023, 12 de octubre). En México, nuevo modelo de salud mental y adicciones acerca servicios a la comunidad. Gobierno de México. https://www.gob.mx/conasama/prensa/en-mexico-nuevo-modelo-de-salud-mental-y-adicciones-acerca-servicios-a-la-comunidad-348434

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2024). Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México. Gobierno de México.

https://www.gob.mx/conasama/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-en-mexico

Congreso del Estado de Nayarit. (2026). Ley de Salud para el Estado de Nayarit (publicada el 30 de abril de 1994; última reforma publicada el 7 de mayo de 2026). https://congresonayarit.gob.mx/wp-content/uploads/QUE_HACEMOS/LEGISLACION_ESTATAL/leyes/salud_para_el_estado_de_nayarit_ley_de.pdf

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). The SAGE handbook of qualitative research (5.ª ed.). SAGE.

Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. Qualitative Health Research, 12(4), 531–545. https://doi.org/10.1177/104973202129120052

Flick, U. (2015). Introducing research methodology: A beginner's guide to doing a research project (2.ª ed.). SAGE.

Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R. R., & Passetti, L. L. (2007). The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. Addiction, 102(1), 81–93. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01648.x

Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Prentice-Hall.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing (2.ª ed.). SAGE.

Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. Alcohol Research & Health, 23(2), 151–160.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. SAGE.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press.

Martínez Miguélez, M. (2006). La investigación cualitativa etnográfica en educación: Manual teórico-práctico. Trillas.

Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1984). El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano. Editorial Universitaria.

McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. Journal of Substance Abuse Treatment, 36(2), 131–145. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004

McKay, J. R. (2021). Impact of continuing care on recovery from substance use disorder. Alcohol Research: Current Reviews, 41(1), artículo 01. https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). Qualitative data analysis: A methods sourcebook (3.ª ed.). SAGE.

Minuchin, S. (2009). Familias y terapia familiar. Gedisa.

National Institute on Drug Abuse. (2020). Common comorbidities with substance use disorders research report. National Institutes of Health. https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders

Organización Mundial de la Salud, & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/publications/i/item/9789240012270

Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: The collapse and revival of American community. Simon & Schuster.

Satir, V. (1972). Peoplemaking. Science and Behavior Books.

Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1993). The Satir model: Family therapy and beyond. Science and Behavior Books.

Secretaría de Salud. (2009, 21 de agosto). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5106313&fecha=21/08/2009

Secretaría de Salud. (2019, 5 de julio). Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones "Juntos por la Paz". Gobierno de México. https://www.gob.mx/salud%7Ccij/articulos/estrategia-nacional-de-prevencion-de-adicciones-juntos-por-la-paz

Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2014). Open dialogues and anticipations: Respecting otherness in the present moment. National Institute for Health and Welfare.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). SAMHSA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery. U.S. Department of Health and Human Services. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf

White, M., & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. W. W. Norton.