



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

LAS DIFERENTES TONALIDADES DE MIS TRATAMIENTOS: SENTIDOS Y SIGNIFICADOS DE CUATRO PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JAZMIN LÓPEZ HERNÁNDEZ

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTOR: DR. DANIEL ROSAS ÁLVAREZ
ASESORA: DRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ
ASESORA: DRA. BRENDA MAGALI GÓMEZ CRUZ
SINODAL: DRA. ANDREA OLMOS ROA
SINODAL: MTRA. CLARA HAYDEE SOLÍS PONCE



CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero plasmar mi profundo agradecimiento al Dr. Daniel Rosas por su paciencia, enseñanza y acompañarme durante esta aventura llamada tesis que me permitió conocerle y descubrir el gran profesional y ser humano que es.

A la Mtra. Clara Solís, la Dra. Lidia Beltrán, la Dra. Brenda Magali Gómez y a la Dra. Andrea Olmos por alumbrarme con sus perspectivas y aceptar asesorarme para que el presente proyecto pudiera concluirse, sin duda fueron las mejores guiándome cuando todo en mi cabeza estaba revuelto.

Quiero agradecer a mis padres Adrián Andrés López y Ana María Hernández por enseñarme y ser mi mejor ejemplo de lo que es la constancia, la resiliencia, la solidaridad, empatía, entre otros valores que me acompañan en mi vida y que han aportado mucho para que sea la persona que soy.

A mis hermanos Jesica y Adrián quienes me demostraron que se pueden cumplir metas, me han impulsado y apoyado infinidad de veces, son mis compañeros de vida y las personas que me han visto crecer. ¡Si se pudo!

A mi esposo Daniel Nava por su amor, apoyo incondicional y compañía que hace la vida más bonita.

Me gustaría agradecer y dedicar de manera especial este paso en mi trayectoria profesional a cuatro personas que ya no se encuentran con nosotros de manera física, que se nos adelantaron en el camino pero estoy segura se encuentran descansando en paz cómo los ángeles que son:

Mis abuelos Regina Ubaldo y Porfirio López gracias por sus enseñanzas, su cariño, los admiro y llevo conmigo todos los días, a mi tío Manuel Hernández quién creía en mi potencial, aquella persona que me ponía a estudiar en vacaciones, su sentido del humor, la forma en la que apoyaba y compartía con los demás será algo que jamás olvidare y al Prof. Miguel Ángel Barojas (siempre si hice tesis "Miguelito") gracias por todo lo que me enseñó sobre psicología, por las conversaciones infinitas, consejos y obligar a que me retara constantemente a mí misma.

Y para cerrar con broche de oro quiero mencionar a las seis personas sin las cuales nada de esto hubiera sido posible, quienes aceptaron con gusto ser parte de este proyecto y compartir sus experiencias, mi profundo cariño y admiración, infinitas gracias, conocerles ha sido una gran fortuna.

INDICE

RESUMEN	1
PRESENTACIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	5
1. PATOLOGÍA DUAL	11
1.1. TEORÍAS DEL ORIGEN DE LA PATOLOGÍA DUAL.....	13
1.2. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL	14
1.3. TRATAMIENTOS EN PATOLOGÍA DUAL.....	15
1.4. PATOLOGÍA DUAL EN MÉXICO.....	17
2. ¿QUÉ IMPLICA VIVIR CON DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL?	19
2.1. ESTIGMA SOCIAL.....	20
2.1.1. TIPOS DE ESTIGMA.....	21
2.1.2. EL ESTIGMA EN PATOLOGÍA DUAL.....	22
2.1.3. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA.....	24
2.2. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	24
2.2.1. FACTORES MACROSOCIALES.....	25
2.2.1.1. EI PAPEL DEL NARCOTRÁFICO EN MÉXICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	26
2.2.2. FACTORES MICROSOCIALES	27
2.2.3. FACTORES INDIVIDUALES.....	28
3. ESTUDIO DE LA SUBJETIVIDAD DESDE EL ENFOQUE HISTÓRICO- CULTURAL	29
3.1. APORTACIONES DE VYGOTSKI AL ESTUDIO DE LA SUBJETIVIDAD	29
3.2. SUBJETIVIDAD Y SUBJETIVIDAD SOCIAL DESDE LA MIRADA DE FERNANDO GONZÁLEZ REY	33
3.3. SENTIDOS SUBJETIVOS Y SIGNIFICADO	36
3.4. CONFIGURACIÓN SUBJETIVA.....	37
3.5. EPISTEMOLOGIA CUALITATIVA DE GONZÁLEZ REY	38
4. MÉTODO	39
4.1. CONSTRUCTIVO INTERPRETATIVO.....	39
4.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	40
4.3. OBJETIVOS.....	41
4.4. SUPUESTO	42
4.5. INSTRUMENTOS	42
4.5.1. COMPOSICIONES	42

4.5.2. FRASES INCOMPLETAS.....	43
4.6. ANÁLISIS DE DATOS O CONSTRUCCIÓN DE INFORMACIÓN	43
4.7. ESCENARIO.....	44
4.8. PARTICIPANTES	45
5. HABLEMOS DE LOS PARTICIPANTES	49
5.1. PERSONA A	49
5.2. PERSONA B	50
5.3. PERSONA C.....	51
5.4. PERSONA D.....	52
6. EXPLORANDO LOS RELATOS ESCRITOS DE LOS PARTICIPANTES	53
6.1. RELATO 1.....	53
6.2. RELATO 2.....	56
6.3. RELATO 3.....	62
6.4. RELATO 4.....	66
7. RESULTADOS “ MÁS ALLÁ DE LO ESCRITO”	69
8. DISCUSIÓN	94
9. CONCLUSIONES.....	101
10. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.....	103
ANEXOS.....	113

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal explorar los significados y sentidos que se han construido en tratamientos previos e indagar su participación en construcciones subjetivas del tratamiento actual siguiendo el método constructivo interpretativo propuesto por González Rey, partiendo desde las composiciones escritas y posteriormente la realización del instrumento frases incompletas en torno a tres temas centrales: tratamientos, información sobre la enfermedad y percepción de sí mismo. Se realizó un análisis individual y social de ambos instrumentos en donde algunos de los sentidos identificados fueron: incertidumbre, agresiones, apoyo, diversidad de la población en tratamientos, escasa preparación profesional, falta de acceso a tratamientos. Llegando a la conclusión de que la información es la herramienta principal para vencer la incertidumbre y percepciones que den pie a agresiones, además de la existente necesidad de profesionales capacitados para el abordaje de patología dual.

Palabras clave: patología dual, tratamientos, método constructivo interpretativo.

PRESENTACIÓN

La investigación que están a punto de leer nace desde que mi curiosidad se despierta cuando aún era una niña, recuerdo estar tomada de la mano de mi madre a los seis años de edad una tarde de domingo afuera de una estación del transporte colectivo metro.

Todo comenzó cuando de pronto, un niño de aparentemente la misma edad que yo en aquellos años se acercó a ofertar dulces, era un vendedor muy peculiar por lo que llamó de inmediato mi atención pues además de poseer una apariencia desaliñada, una mirada perdida y una evidente apatía hacia las cosas que a mí me emocionaban (como juguetes que vendían en un puesto muy próximo de donde nos encontrábamos) podía percibir un olor que provenía de su persona, era un olor muy penetrante, desconocido, olor que pude notar le teñía los ojos de color rojo.

Tiempo después al cumplir doce años de edad llegó la etapa del ciclo vital en dónde surgen cambios; comenzar la educación secundaria, conocer gente nueva, agrandar mi círculo social, deseos fuertes de pertenecer a un grupo, etc. Durante esta época me recuerdo tímida pero con la cualidad de hacer grandes amigos y conservarlos, justo en uno de mis amigos cercanos que conservaba de la infancia fue cuando por segunda vez percibí ese olor penetrante y desconocido, no sabía de qué se trataba pero podía presentir que era dañino, mi instinto me decía: no es natural consumir algo que te pone los ojos rojos y te entorpece el habla.

Después de algunos días con demasiadas dudas, me acerque para consultar a otros amigos e incluso profesores cercanos de la época, me explicaron que hay una variedad de sustancias que se consumen para sentir efectos que causan placer pero dañan nuestro organismo, me hablaron de prevención, exagerando para asustarme hasta cierto punto, me sorprendí pero vino a mí la pregunta ¿Por qué a pesar de ir a la misma escuela ellos tenían acceso a esas sustancias y yo no? ¿Por qué yo no tenía conocimiento de todas las sustancias que existen a pesar de estar tan cerca? Parecía que yo me encontraba en una burbuja, ignorando riesgos, el despertar me había abrumado sobre todo porque el intoxicado era alguien cercano.

El tiempo siguió pasando, mi familia me prohibió hablarle a mi amigo cuando se enteraron que consumía sustancias, para ese entonces su deterioro era notable, me sentía impotente, ignorante respecto al tema, no recuerdo haber tenido una plática en la escuela sobre los solventes u otras sustancias, de lo único que se hablaba con regularidad era del alcohol y el tabaco, sustancias que por ser legales se normaliza su consumo, el alcohol incluso lo probamos desde niños en reuniones familiares, vemos a nuestros mayores consumirlo en fiestas, después de una jornada de trabajo, en programas de televisión, etc. ¿Qué tenía de malo hablar con mi amigo? ¿Por qué la gente excluye a las personas que consumen sustancias ilegales o legales cuando todo se sale de control? Dos años después escuche la palabra “adicción” por primera vez, la escuche en la voz de la madre de mi amigo cuando fue a buscarme pidiéndome que lo visitara en un “anexo” en donde estaba recibiendo tratamiento y surgieron más dudas. ¿Es una enfermedad? ¿La adicción tiene cura?

Sabía que el estudio me daría respuestas, mi sueño era apoyar a personas con problemas de consumo de sustancias impulsada por todas esas dudas sin resolver, por lo injusto que me parecía esa exclusión, alce la mirada y no solo era mi amigo el único que había desarrollado una dependencia a alguna sustancia, en mi colonia existían muchas personas en esa condición.

Terminé los créditos de la carrera de Psicología, sin olvidar mi meta ingresé a realizar mi servicio social en la Clínica de Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en dónde tuve mucho crecimiento a nivel personal y profesional, mi Supervisora la Mtra. Cecilia Gómez Castro me hizo mirar con otros ojos no solo la psicología sino la vida en general, en dicha clínica me enseñaron el término “Patología Dual” desde mi primer día. ¿Qué es eso? Nunca lo había escuchado, en mi búsqueda de autores me encontré con Néstor Szerman quien es el Director y Fundador de la Asociación Española de Patología Dual quien ha realizado bastantes investigaciones respecto al tema, por lo que usaré su definición:

“La patología dual se define como la co-ocurrencia o concomitancia entre trastornos por abuso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos de forma secuencial o paralela a lo largo del ciclo vital” (Szerman, 2017).

Pasó el tiempo, escuchaba con interés a las personas que acudían a la clínica, lo que me permitió darme cuenta que una parte considerable de ellos había estado anteriormente en otros tratamientos, lo cual me hizo preguntarme ¿Por qué no hubo éxito? y sobre todo ¿Qué opinan de su tratamiento actual? ¿Existirán áreas que los trabajadores de la salud no estén considerando? quien mejor que las personas con patología dual para responder y contarnos su experiencia.

El conocimiento que adquirí en mi estancia en el Instituto Nacional de Psiquiatría es parte del impulso que necesitaba para realizar la presente investigación que está inspirada en la experiencia que pude adquirir día con día en la Clínica de Adicciones del Instituto Nacional de Psiquiatría, gracias al excelente personal que labora en ella y a las personas que me permitieron escucharlas durante mi estancia, por lo que realizarlo es cosechar la semilla que sembraron en mí.

El objetivo principal es explorar los significados y sentidos que se han construido en tratamientos previos, así como conocer las configuraciones subjetivas que se han construido respecto al tratamiento actual en personas con patología dual para así intentar comprender y poder construir algunas respuestas a las preguntas que previamente he compartido.

En el capítulo 1 y 2 se inicia con definiciones importantes para comprender la situación actual en México alrededor de la patología dual y lo que implica vivir con un diagnóstico de enfermedad mental, posteriormente en el capítulo 3 y 4 se abordan las bases teóricas y la explicación del método constructivo interpretativo el cual permite dar voz a las personas que aceptaron participar en la investigación quienes en el capítulo 5 son descritas de manera general para conocer una parte de quienes son y nos permita tener una mejor comprensión del capítulo 6 en donde se presentan sus relatos que junto con la aplicación del instrumento de frases incompletas nos permiten explorar los sentidos y significados expuestos en el capítulo 7 en donde se puede leer los resultados obtenidos dando pie al capítulo 8 y 9 que contienen la discusión y conclusiones, ambas permiten resaltar las experiencias, necesidades, carencias, etc., que existen en los tratamientos para personas con diagnóstico de patología dual. Por último, en el capítulo 10 se encuentran las recomendaciones para futuras investigaciones en donde se menciona lo indispensable de explorar tratamientos en diferentes instituciones, con diferentes modelos de intervención dentro del país.

JUSTIFICACIÓN

Las personas con diagnóstico de patología dual presentan varias dificultades para recibir un tratamiento integral, una de ellas es detectarla a tiempo, pues el diagnóstico incluye tener por parte de los profesionales una experiencia y habilidad para diferenciar síntomas derivados del consumo de sustancias y otros trastornos asociados.

Por otra parte pareciera ser que estas personas no encajan en ninguno de los tratamientos ya sea para el control de los trastornos mentales o a los que están dirigidos únicamente para tratar la adicción ya que la sintomatología que presentan los hace

personas más complejas, siendo esta separación en los tratamientos una problemática para el control de la patología dual.

El leer sus experiencias en tratamientos previos ayudará a resaltar la necesidad que existe de considerarles en modelos de tratamiento de instituciones dedicadas a la atención de personas con trastornos por uso de sustancias. La presente investigación explora sentidos y significados construidos en tratamientos previos, permite escuchar la voz de personas que han pasado por múltiples tratamientos e instituciones y cómo han influido en el concepto que se tiene de una recuperación, enfermedad, tratamiento, y del alcance de una reintegración a la sociedad tomando en cuenta el concepto que se tiene de sí mismo; buscando áreas de oportunidad en los centros cuya misión es justo mejorar la calidad de vida en personas con padecimientos mentales resaltando la necesidad del trabajo multidisciplinario.

Cabe destacar que los datos recolectados aportan herramientas para crear modelos de intervención psicológica en especial cuando hablamos de un enfoque narrativo, pues los relatos nos muestran la forma en la que la persona siente, percibe y por lo tanto actúa en su diario vivir. El contar con un diagnóstico de patología dual trae consigo estigmas, autoestigmas, mitos que pueden interferir en la recuperación y en la posición que se tenga frente al tratamiento, sobre todo cuando el profesional de la salud o las personas que trabajan en centros dedicados a brindar atención no cuentan con la preparación necesaria aumentando la posibilidad de ocupar expresiones que pueden promover mensajes que etiqueten y/o refuerzan adjetivos negativos.

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En la revisión de estudios previos realizados, se puede observar que la mayoría tiene como objetivo brindar información sobre datos demográficos, propuestas de tratamiento psiquiátrico y exploración de información documental respecto al tema a continuación mencionare algunos:

Mujeres con patología dual: características clínicas y de tratamiento: el objetivo principal de este estudio fue analizar las características clínicas e historia de tratamiento de mujeres con patología dual por lo que se realizó una evaluación clínica psiquiátrica de 100 mujeres que recibían atención en dos centros residenciales. Se compararon las características y trastornos en función de los tratamientos previos, utilizando Ecuaciones de Estimación Generalizadas (GEE) para determinar las diferencias de las prescripciones de medicamentos en el tiempo, los resultados de esta investigación realizada en el año 2015 reportan que el cambio a través del tiempo en las prescripciones de medicamentos puede estar asociado a necesidades de tratamiento farmacológico no atendidas adecuadamente (Marín-Navarrete et al., 2015).

Caracterización de la patología dual en personas que buscan tratamiento de adicciones en centros ambulatorios mexicanos: en dicho estudio se analizó una muestra de 148 personas de centros de tratamiento. Se evaluaron trastornos psiquiátricos con la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, conductas sexuales de riesgo con la Escala de Comportamiento de Riesgo de VIH, consumo de drogas inyectables y la calidad de vida con el Cuestionario de Calidad de Vida. Se realizaron análisis univariados mediante χ^2 (chi cuadrada) para determinar diferencias estadísticas entre personas con y sin patología dual, así como regresión lineal para calidad de vida y regresión logística binomial para determinar el riesgo para presentar consumo de drogas inyectables, uso de condón y conducta suicida, los resultados obtenidos fueron que el grupo de personas con trastorno por consumo de alcohol + trastorno por consumo de drogas presentó mayor comorbilidad con el trastorno depresivo mayor (25.7 %), trastorno antisocial (27.7 %), déficit de atención (11.5 %) e intento suicida (17.6 %). El grupo con patología dual presentó mayor consumo de drogas inyectables (OR = 1.67), no uso de condón con pareja primaria (OR = 3.66), más intentos de suicidio (OR = 4.2) y una menor calidad de vida en comparación con aquellos sin patología dual, por lo que resalta que caracterizar a las personas con patología dual permite identificar con precisión sus necesidades de tratamiento y desarrollar programas de mejora continua para optimizar los recursos y mejorar el éxito de la atención (Marín-Navarrete et al., 2021).

Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales: estudio realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España, sus objetivos principales fueron determinar la presencia de patología dual en los pacientes ingresados consecutivamente durante un año en una Unidad de hospitalización Psiquiátrica, comparar variables sociodemográficas y clínicas entre el grupo de patología dual (grupo PD) y el grupo de trastorno mental sin TUS concurrente (grupo TM), y estudiar el tipo de sustancias consumidas, utilizaron un método retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de los 257 pacientes ingresados. Los resultados obtenidos de esta investigación mostraron que el 24.9% de los pacientes ingresados presentó un TUS (excluyendo dependencia a nicotina) concurrente a otro trastorno psiquiátrico. De manera significativa los pacientes del grupo PD fueron predominantemente varones y más jóvenes. Además, tenían menor edad en el primer ingreso psiquiátrico y al inicio de recibir atención psiquiátrica, y presentaban más diagnósticos de esquizofrenia o psicosis esquizofreniforme que el grupo TM, este último caracterizado por mayor frecuencia de diagnósticos afectivos. Las sustancias más frecuentemente consumidas en el grupo PD fueron alcohol (78.1%), cannabis (62.5%) y cocaína (51.6%). Resaltando el hecho de que la elevada prevalencia de la patología dual y su repercusión asistencial hacen aconsejable disponer de programas terapéuticos especializados para su tratamiento (Rodríguez et al., 2008).

Patología Dual en depresión: recomendaciones en el tratamiento: el artículo presenta el estado de los tratamientos farmacológicos disponibles en el año 2016 en Barcelona, España para la depresión comórbida en pacientes con trastorno por uso de sustancias, teniendo en cuenta la seguridad y el potencial de abuso de los fármacos antidepresivos resaltando que todos aquellos pacientes afectados por un trastorno dual presentarán mayor gravedad psicopatológica y médica, así como peor funcionamiento social. Es de elevada relevancia tratar la Patología Dual y el Trastorno por uso de sustancias de forma simultánea basándonos en el modelo integrado y no aproximarnos al tratamiento de ambas patologías de forma separada o secuencial. También es de extrema prioridad seguir investigando en la neurobiología de los mecanismos de acción implicados en los trastornos duales con el fin de desarrollar tratamientos y estrategias de prevención más eficaces (Tirado et al., 2018).

Diferencias de género epidemiológico y diagnóstico según eje I en pacientes con Patología Dual: investigación en dónde se revisaron 40 estudios publicados en Medline, Web of Science, y Journal Citation Reports hasta diciembre de 2009 que contienen información acerca de las diferencias de género en la prevalencia y las características clínicas de pacientes duales mayores de 18 años concluyendo que la distribución de los trastornos mentales del Eje I en pacientes duales, según el género, se mantiene similar a la de los trastornos mentales no duales en la población general. Existe mayor prevalencia en hombres de trastornos psicóticos y bipolares, y en mujeres mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos. El género femenino deja de ser factor de buen pronóstico en la psicosis dual. Por otra parte, el policonsumo es más frecuente en los varones (Miquel et al., 2011).

Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias: los objetivos de esta investigación fueron evaluar la frecuencia de patología dual y de riesgo de suicidio en personas consumidoras de sustancias internadas en prisión e investigar los factores asociados con su desarrollo. La muestra estuvo compuesta por 143 reclusos (95.8% varones) ingresados en el centro penitenciario de Villabona (Asturias). Se realizaron análisis descriptivos y de regresión logística. Un 35% de los internos presentaron patología dual, de los cuales el 60.6% presentó también riesgo de suicidio. Se observó asimismo que la presencia de malos tratos físicos en la infancia incrementa la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, de ansiedad y/o patología dual. Por el contrario, la exposición al maltrato psicológico eleva el riesgo de desarrollo de trastornos afectivos y psicóticos (Casares et al., 2011).

Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual: el objetivo del estudio fue evaluar la interacción entre los antecedentes psicopatológicos familiares (AF), la dinámica familiar (DF), los trastornos de conducta, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de personalidad (TP). Se trató de un estudio transversal con 350 drogodependientes evaluados los AF psiquiátricos, de alcoholismo y de drogodependencias; la DF; consumo de sustancias; y la presencia de TP, los problemas de conducta (PC) en la adolescencia y el trastorno disocial (TD). Las variables correlacionadas fueron incluidas en varios modelos de regresión logística. Los resultados obtenidos indicaron que los AF de

consumo de sustancias y el consumo propio, predicen la presencia de algunos TP (Barea et al., 2010).

Neurobiología de la patología dual: se realizó una revisión de la bibliografía existente acerca de la neurobiología de la Patología Dual en Pubmed con las palabras clave: Dual Disorders, Dual Pathology, co-occurring disorders, concurrent disorders y Neurobiology o Neurobiological aspects, para conocer los avances que se tienen a este respecto, en el artículo se concluyó que las vías de vulnerabilidad biológicas (substratos neurobiológicos dopaminérgico, glutamatérgico, gabaérgico, opioide, endocannabinoide y colinérgiconicotínico) juegan un rol central para el desarrollo de la patología dual, posiblemente resultado de alteraciones comunes en el neurodesarrollo. Este enfoque de vías neurobiológicas comunes permitirá abrir nuevos campos de investigación sobre la fisiopatología de la Patología Dual, y proveer nuevos blancos para su prevención y tratamiento (Rojas & Castaño, 2017)

Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa, cuyo objetivo fue revisar la evidencia disponible sobre la epidemiología, la atención y los aspectos relevantes para la salud pública acerca de la patología dual en las siguientes poblaciones especiales: personas en situación de indigencia, en prisión, con VIH, VHB y VHC, mujeres y adultos mayores a través de: búsqueda en bases de datos bibliográficos (PubMed, Science Direct, EBSCO y OVID) de reportes de investigación enfocados en la prevalencia y el tratamiento de patología dual en las poblaciones mencionadas obteniendo como resultados que la prevalencia de la patología dual se presenta de manera diferenciada en estas poblaciones, en comparación con la población general; además está altamente asociada con mayores tasas de morbilidad y mortalidad. La mayoría de los estudios específicos sobre patología dual y las poblaciones especiales, tanto de epidemiología como de tratamientos, se ha realizado en países de alto ingreso resaltando la necesidad de políticas públicas que contemplen la medición epidemiológica de la patología dual en estas poblaciones, sobre todo en países de mediano y bajo ingreso, e incluyan intervenciones integradas adecuadas a las necesidades específicas de cada población (Szerman et al., 2015).

Los estudios anteriormente mencionados tienen la finalidad de proporcionar información para mantener actualizados a los trabajadores de la salud, al realizar una revisión, se puede resaltar en todos la importancia de seguir investigando con el objetivo de poder ofrecer un tratamiento integral y aumentar la adherencia terapéutica de las personas que cuentan con diagnóstico de patología dual, por ejemplo Marín- Navarrete y colaboradores realizaron una investigación en 2013 sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua en donde indaga a cerca de las dinámicas del consumo vinculadas al enojo, abandono familiar, servicios que se ofrecen dentro de los centros como la alimentación e higiene, concluyendo que la mayoría de las personas fueron ingresadas de manera involuntaria y fueron sometidos a diversas situaciones de abuso, por lo que es indispensable asegurar el respeto a los derechos humanos en dichos centros de rehabilitación, una de la limitaciones fue que solo se obtuvo información de población masculina, existiendo la necesidad de obtener datos de mujeres y su experiencia al recibir tratamiento (Marín- Navarrete et al., 2013b)

También es relevante mencionar que en Tijuana en el año 2018 se realizó otra investigación como proyecto de tesis que buscó aportar conocimiento relevante respecto a la construcción de la experiencia de internamiento, tomando como caso de estudio a mujeres jóvenes menores de edad internas, dentro de las conclusiones de dicha investigación se incluyen los escasos recursos y la falta de personal profesional con los que cuentan los centros de rehabilitación, menciona el término de “ingobernabilidad” como parte del tratamiento el cual hace referencia a una mala conducta, poca obediencia y factor que influye en el consumo de sustancias, manteniendo a las mujeres con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias con un doble estigma que impacta en la percepción de sí mismas, creando un ambiente en donde sean escasas las herramientas que se generan para un proyecto de vida futuro, volviéndose indispensable hacer visible lo que se vive dentro de los centros de rehabilitación (Maciel, 2018). Mencionando lo anterior la presente investigación pretende acudir a este llamado de seguir indagando, en esta ocasión desde la voz de cuatro personas que han tenido la experiencia de estar en internamiento, obteniendo un acercamiento desde un enfoque cualitativo.

1. PATOLOGÍA DUAL

Históricamente la concepción de adicciones ha venido adoptando distintas orientaciones filosóficas y conceptuales que van desde las religiosas, las existencialistas, las biologicistas, las psicologicistas hasta las que integran todo a un nivel biopsicosocial (Marín-Navarrete & Szerman, 2015).

En 1935 Alcohólicos Anónimos (AA) concibió al alcoholismo como una enfermedad alérgica ya que postuló que la conducta desorganizada compulsiva y obsesiva era resultado de la ingesta de alcohol como alérgeno. Alcohólicos Anónimos se define a sí misma como una agrupación mundial de personas alcohólicas recuperadas que se ayudan unos a otros a alcanzar la recuperación, esta agrupación tiene su origen en Ohio, EE.UU. en el año de 1935 cuando dos hombres, con larga trayectoria de ser bebedores problema, se conocieron a través de una congregación religiosa conocida como grupos Oxford. En ese primer encuentro los dos hombres se hablaron frente a frente, identificándose uno con el otro. En esos días, uno de ellos, Bill W. ya había buscado a otros alcohólicos para ayudarlos en su recuperación. Él mismo había observado que al hablar con otro alcohólico prolongaba su abstinencia, a pesar de que no tuviera el mismo éxito con el otro. Después de unas semanas de convivencia entre Bill W. y el Dr. Bob, éste último dejó de beber un 10 de junio de 1935, por lo que se considera el inicio de AA (Sánchez, 2008). Esta temprana concepción del alcoholismo impactó no solo en la manera de definir la adicción al alcohol y a otras drogas, sino que impactó en los modelos y programas para su atención por décadas.

La influencia de la filosofía de ayuda-mutua trajo como resultado que pasara mucho tiempo para que la psicología y la psiquiatría lograran adoptar e integrar metodologías y conceptos de otras disciplinas científicas que permitieran una mejor comprensión de la complejidad del cerebro y la mente humana en dónde se incluye la adicción (Marín-Navarrete & Szerman, 2015).

En la década de los años ochenta aparecieron diversas teorías neurobiológicas que intentaron explicar las adicciones, todas ellas estaban basadas en el paradigma centrado en la sustancia que se explica en función de los mecanismos neurobiológicos y de sus

efectos sobre el sistema de recompensa cerebral. Sin embargo, hay evidencia de que la mayoría de personas en riesgo de consumo de sustancias, solo una parte las consume, y de estas, una parte aún menor desarrolla una conducta problemática o adictiva, lo que refuerza el paradigma de vulnerabilidad individual (Marín-Navarrete & Szerman, 2015).

Marín-Navarrete y Szerman (2015) mencionan qué estudios epidemiológicos, desde los años 1980, demuestran la existencia de importantes asociaciones estadísticas que evidencian la elevada prevalencia de la co-ocurrencia entre trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos, misma que oscila entre el 20% y 50% en población general y entre el 40% y 80% en población clínica. También refieren que en más del 80 % de los casos los otros trastornos psiquiátricos iniciaron antes de la aparición de los trastornos por consumo de sustancias, de tal forma que las personas con otros trastornos psiquiátricos presentan hasta 3 veces más probabilidades de desarrollar trastorno por consumo de sustancias posteriormente.

Se sabe que esta co-ocurrencia en la mayoría de los casos señala la interacción de varias categorías psicopatológicas diagnósticas, es decir que una persona con trastorno por consumo de sustancias puede llegar a presentar más de otro trastorno psiquiátrico. A esta co-ocurrencia se le ha denominado de distintas formas como: trastornos duales, comorbilidad, diagnóstico dual, desorden dual o como se ha llamado en español: patología dual (Marín-Navarrete & Szerman, 2015).

La patología dual se define como la co-ocurrencia o concomitancia entre trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos de forma secuencial o paralela a lo largo del ciclo vital (Szerman, 2017).

En el presente trabajo utilizaremos el término de patología dual porque es la definición que tiene mayor aceptación por el personal de salud, se llegó a esta conclusión después de un debate en el cual se argumentó que las clasificaciones de las enfermedades mentales en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de Salud (OMS) sólo valoran los diagnósticos categoriales y no permiten la posibilidad de una aproximación sintomática y

dimensional, lo que provoca problemas de solapamientos diagnósticos y falta de estabilidad y límites definidos, y sobre todo no considera las diferencias individuales entre los sujetos con estos padecimientos. Éste es el motivo por el cual se rechaza el término comorbilidad, definido por la relación entre dos categorías diagnósticas independientes (al igual que diagnóstico dual) y se prefiere el de patología dual ya que es una denominación arbitraria, que hace mención a dos patologías, sin indicar de qué patologías se está hablando (Szerman, 2017).

1.1. TEORÍAS DEL ORIGEN DE LA PATOLOGÍA DUAL

Se ha tratado de indagar a fondo sobre el origen de patología dual con la metáfora ¿Qué fue primero el huevo o la gallina? Y a lo largo de diversas investigaciones tratando de encontrarle una respuesta a la pregunta se han postulado diversas teorías:

- Teoría de neurotoxicidad: propone que los trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia de los efectos tóxicos, directos e indirectos de la droga sobre el sistema nervioso central (Rubio, 2012).
- Teoría de automedicación: Según esta hipótesis, los pacientes presentan primero síntomas psiquiátricos que se ven aliviados por el uso de distintas drogas, lo cual incrementa un riesgo de dependencia (Rubio, 2012).
- Teoría de los factores comunes: La cuál es considerada en la actualidad como la que aporta mayor sentido, proviene del modelo de factores comunes el cual propone que la co-ocurrencia entre los trastornos por abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos son resultados de una base común de características pre mórbidas que marcan vulnerabilidad para ambas entidades patológicas, las cuales son: antecedentes heredofamiliares patológicos, factores ambientales, desarrollo infantil, estatus socioeconómico, funcionamiento cognitivo, rasgos de personalidad y en particular la

vulnerabilidad neurobiológica y genética (Marín-Navarrete, Szerman & Ruiz, 2017).

Esta teoría nos dice “que no se elige tener una adicción y que no todos los que consumen una sustancia desarrollan una adicción” si bien los factores sociales generan una proximidad entre las personas y las sustancias si se tiene un cerebro sensible debido a esta vulnerabilidad neurobiológica y genética es lo que lleva a una adicción (Marín, Szerman & Ruiz, 2017).

1.2. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL

Ante la ausencia de marcadores biológicos, para la comprobación de los diagnósticos en psiquiatría. Se depende casi en su totalidad de la evaluación clínica, misma que es filtrada por el marco conceptual clínico. Esta situación puede resultar un obstáculo para el adecuado diagnóstico de la persona, ya que la visión del profesional puede verse sesgada por el reduccionismo del sistema de clasificación (DSM O CIE) (Marín-Navarrete, Szerman & Ruiz, 2017).

La evaluación de la patología dual es una tarea compleja que implica varias horas de entrenamiento, ya que los clínicos enfrentan cuadros sindromáticos complejos que enmascaran y ensombrecen los síntomas de los Trastornos por Uso de Sustancias y otros Trastornos Psiquiátricos, lo que a su vez se refleja en la elección de la intervención más adecuada para el paciente y sucesivamente en el éxito del tratamiento (Marín-Navarrete, Szerman & Ruiz, 2017).

La identificación de forma fiable y válida de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en personas que están consumiendo sustancias psicoactivas plantea dos problemas fundamentales: por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas sobre el sistema nervioso central, simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales (por ejemplo, el insomnio producido por el consumo agudo de cocaína, indistinguible del insomnio de enfermedades psiquiátricas como la depresión), dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos

del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente (Torrens, 2008).

Debido a esta situación el DSM ha ido modificando a lo largo del tiempo sus criterios con el fin de facilitar el diagnóstico más preciso por ejemplo se ha realizado una distinción entre “los trastornos primarios” (trastornos mentales que no son relacionados por el consumo de sustancias ni debidos a una enfermedad médica), “efectos esperados” (síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia del consumo o la abstinencia de una sustancia) o “trastornos inducidos por sustancias” (cuando los síntomas son considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación por o abstinencia a una sustancia) (Torrens, 2008).

1.3. TRATAMIENTOS EN PATOLOGÍA DUAL

El conocimiento sobre el tratamiento de las personas con patología dual está aumentando progresivamente, pero la práctica actual requiere experiencia, conocimientos y abordajes innovadores (San et al., 2016). La realidad demuestra lo difícil y confuso que puede ser para una persona con un trastorno dual encontrar el tratamiento adecuado. Dicha dificultad puede provenir de su propia patología y los problemas internos que le genera (depresión, negación, alienación, etc.) pero de manera muy importante también puede derivarse de la descoordinación entre los diversos recursos asistenciales y los diferentes programas de tratamiento (Tenorio & Marcos, 2010).

A pesar de la frecuencia con que concurren los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales, las personas que presentan ambos trastornos tienden a ser derivados de una red asistencial a otra. Las personas con un trastorno mental primario suelen ser atendidos en la red de salud mental y las personas con trastorno por uso de sustancias suelen acudir a la red de centros de drogodependencias, pero los que requieren tratamiento para ambos trastornos por lo general no suelen ser atendidos de forma integral en ninguna de las dos redes asistenciales (San et al., 2016).

Los modelos terapéuticos que se han tomado en cuenta para personas con patología dual, son los siguientes siguiendo a San et al., 2016:

- Tratamiento secuencial: Es el modelo históricamente más común de tratamiento de las personas con diagnóstico de patología dual. En este modelo la persona es tratada primero en un sistema o red de tratamiento (salud mental o drogodependencias) y posteriormente por el otro. El orden de los tratamientos puede depender de distintas variables: preferencia del clínico, magnitud de los trastornos, primacía en el tiempo y/o en causalidad, etc. El tratamiento secuencial es doble pero no simultáneo ni integrado.
- Tratamiento paralelo: Se trata del planteamiento terapéutico que implica que la persona se encuentre simultáneamente en programas o recursos de tratamiento de salud mental y de drogodependencias. Al igual que la modalidad anterior, se utilizan recursos terapéuticos existentes en ambas redes por parte de los propios equipos, aunque con mayor coincidencia en el tiempo. Sin embargo, el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y probablemente insuficiente.
- Tratamiento integrado: Este modelo combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de salud mental como de la de drogodependencias en un programa de tratamiento unificado para personas con patología dual. Idealmente este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integra a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno.

Sin duda el tratamiento adecuado sería aquel que es integrado, o en su defecto un tratamiento paralelo bien coordinado. En cualquier caso, en el tratamiento de los trastornos duales deben considerarse una serie de aspectos claves en el abordaje de estas personas como son (Araluce, 1997 citado en Tenorio & Marcos, 2010):

- Conexión con el tratamiento: el objetivo es captar a la persona para el proceso de tratamiento con la finalidad de que se mantenga dentro del mismo. A ello contribuye esencialmente una relación individual personalizada, visiones a largo plazo y la adaptación de los esfuerzos a las necesidades del paciente.
- Continuidad en el tratamiento: de ahí la necesidad de realizar un abordaje integrado que evite la discontinuidad de las acciones terapéuticas, tan probables en la patología dual.
- Intención terapéutica: entendida como la inclusión en el programa de líneas terapéuticas diversas capaces de dar respuesta a los diferentes niveles de complejidad, severidad e incluso motivación de las personas.

Como se ha mencionado anteriormente en una persona con diagnóstico de patología dual se suele dificultar notablemente el proceso de recuperación, de ahí la necesidad de identificar y abordar convenientemente. Un adecuado diagnóstico mejorará siempre el resultado del tratamiento.

1.4. PATOLOGÍA DUAL EN MÉXICO

El sector público cuenta con una amplia oferta de centros ambulatorios y de hospitalización para la atención de los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, sin embargo, ambos sistemas se encuentran por separado en la mayoría de los casos, esta división podría estar asociada con la poca disponibilidad de personal capacitado para la atención de los pacientes con patología dual (Marín-Navarrete et al., 2016).

Esta oferta pública se integra por una red nacional de más de 400 unidades ambulatorias y más de 30 unidades de hospitalización, donde en gran parte de ellas se carecen de médicos psiquiatras y personal especializado y/o certificado en la atención de personas

con Patología Dual. Con más de 50 años de experiencia en programas de prevención y tratamiento en el campo de las adicciones, Centros de Integración Juvenil A.C., aporta 104 centros ambulatorios y 12 unidades de hospitalización al sistema mexicano de salud mental y adicciones (Marín-Navarrete et al., 2021).

La práctica privada la integran clínicas especializadas que ofrecen atención residencial y ambulatoria que, en la mayoría de los casos, resulta ser muy costosa para la población afectada.

Por último, se encuentran las organizaciones de la sociedad civil, con más de 20.000 grupos (como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos) y más de 1900 centros residenciales que en su gran mayoría se basan en la filosofía de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos y que carecen de servicios profesionales e infraestructura (Marín-Navarrete et al., 2021). Resultan ser una opción muy popular y utilizada por un gran número de la población debido a las escasas opciones para el tratamiento residencial y accesibilidad a estos centros de atención (Marín-Navarrete, 2013a).

Estos centros residenciales se caracterizan en primer lugar como ya se mencionó por su infraestructura, mientras que algunos cuentan con espacios amplios, otros tienen espacios muy reducidos y presentan condiciones insalubres, otra característica es su estructura jerárquica de servicio conocidas (padrinos y/o servidores) estas son personas que han logrado mantenerse sin consumo por un periodo prolongado de tiempo y buscan compartir su experiencia para la recuperación de otras personas, sin embargo, al no contar con preparación profesional puede propiciar la práctica de conductas que afecten la integridad física y emocional de las personas que acuden a estos centros residenciales esta situación complica el tratamiento de patología dual, en donde se requiere de un tratamiento integral como lo hemos mencionado que trate farmacológica y psicosocialmente la sintomatología psiquiátrica y adictiva por profesionales de la salud con la preparación académica necesaria (Marín-Navarrete 2013b).

Una buena estrategia para fortalecer los sistemas de atención en salud reportada en la literatura, se concentra en el desarrollo de prácticas basadas en evidencia científica que busquen incrementar la eficacia y efectividad de los esquemas vigentes, a fin de obtener

el máximo provecho de los recursos invertidos. Para ello, se requiere la articulación y sinergia de grupos de investigación integrados por universidades, institutos científicos y centros de tratamiento, que colaboren en la implementación de proyectos de investigación científica para desarrollar de manera conjunta soluciones clínicas (intervenciones, tratamientos y herramientas diagnósticas) validadas con alto rigor científico. A su vez, es necesario que estas soluciones respondan: a) a las necesidades reales de la población afectada, tomando en cuenta los contextos socioculturales específicos en los que se brinda la atención; b) a las necesidades de los profesionales de la salud en los contextos comunitarios para lograr la adecuada adopción de las innovaciones tecnológicas. En otras palabras, es preciso cerrar la brecha entre la investigación y la práctica comunitaria para el mejoramiento de la atención de los pacientes (Marín-Navarrete, et al., 2014).

2. ¿QUÉ IMPLICA VIVIR CON DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL?

Más allá de las distintas nomenclaturas y la evidente falta de consenso entre clínicos y científicos, la patología dual impacta negativamente la calidad de vida y el funcionamiento biopsicosocial de las personas que lo presentan, ya que la coexistencia entre trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos se asocia a elevadas tasas de: gravedad de la adicción y de la sintomatología psiquiátrica co-ocurrente, suicidalidad (ideación y conducta suicida), mayor utilización de servicios de medicina, urgencias, psiquiatría y adicciones, recaídas y abandono al tratamiento, consumo de drogas inyectables, conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas y sexo sin protección) contagio de VIH, VHB, VHC, y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) conducta violenta, delictiva, criminal y encarcelamiento, indigencia, vagabundeo y problemas de ajuste social de tipo laboral, escolar, financiero y carga familiar. En síntesis, las personas con patología dual presentan altos niveles de deterioro biopsicosocial, situación que incrementa el riesgo de discapacidad y las coloca en un mayor riesgo de marginación social (Marin-Navarrete & Szerman, 2015).

Sin duda el abuso de sustancias y el tener un diagnóstico de trastorno mental es una condición de vida que está sujeta a prejuicios y estigmatizaciones ya que la forma en la que se presentan los síntomas son consideradas acciones distintas generalmente cargadas de adjetivos negativos por lo que pareciera ser que es mejor aislar a las personas del resto de la población con el objetivo de preservarla y no “contaminarla con presencia de estas personas”. Por lo cual hablar del estigma social en patología dual es fundamental para comprender los desafíos que siguen presentes e intervienen en la vida de las personas con este diagnóstico.

2.1. ESTIGMA SOCIAL

La palabra estigma viene de la cultura griega y significa “marcar con instrumento punzante”, esta marca denota vergüenza o desgracia, y se aplicaba a esclavos y a prisioneros en los campos de concentración, estampando en la piel un número con hierro caliente (Velázquez & Didia, 2018 citados en Mendoza y Onofrio, 2018).

Cuando el comportamiento de un individuo o un grupo como el caso de las personas con diagnóstico de patología dual no se ajusta al concepto que tiene una colectividad sobre las normas culturales, el grupo rechaza este individuo y lo aísla, lo señala y puede convertirlo en objeto de burla, rechazo, exclusión, persecución, destrucción, objeto de vergüenza, culpa, etc. (Velázquez & Didia, 2018 citados en Mendoza y Onofrio, 2018).

El rechazo social para las personas con abuso de drogas es aún mayor que para las personas con trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad, lo que atrae actitudes sociales negativas, se asocia a mayor exclusión social, discriminación y dificultad para buscar y recibir tratamiento (Velázquez & Didia, 2018 citados en Mendoza y Onofrio, 2018). Ser una persona con abuso de sustancias implica una pérdida en la calidad de vida del individuo, un deterioro de su identidad y una ruptura en sus relaciones sociales. La persona con problemas de consumo desarrolla su estilo de vida en torno a la “sustancia” y de esta forma se enajena, pierde su espacio y lugar dentro de la sociedad; así es como se le exilia, aparta y finalmente se le “minusvaloriza”.

El desarrollo de estos individuos en la sociedad se ve cargado de atributos negativos, el trato hacia estas personas siempre se ve manifestado de un cierto grado de desconfianza, pues son identificadas como personas socialmente peligrosas que cuando consumen sustancias no son capaces de distinguir entre lo que deben y no deben hacer, perjudicando a quienes lo rodean por lo que no son competentes de hablar, ni de actuar, no participan, y es necesario que otros tomen la palabra por ellos (Mercado & Briseño, 2014).

2.1.1. TIPOS DE ESTIGMA

Mascayano y colaboradores en 2015 realizaron una tipología de formas en las que se puede presentar el estigma:

- Estigma internalizado o autoestigma: como resultado de las actitudes negativas que han recibido provoca que la persona no se vea con la capacidad de iniciar proyectos vitales ya que adoptan como parte de ellos todos los adjetivos que descalifican sus habilidades, aptitudes y cualidades personales.
- Estigma familiar: El estigma hacia la enfermedad afecta a la familia produciéndole aislamiento, carga económica, estrés, preocupación, etc. Sin embargo, la familia también puede estigmatizar a su paciente con discriminación, insultos, amenazas, falta de apoyo, aislamiento, etc.
- Estigma institucional: Se vincula con las políticas tanto de instituciones públicas como privadas (Incluidos los profesionales y funcionarios que en ellas ejercen). A pesar de que las actitudes de los profesionales de la salud hacia la enfermedad mental son más positivas que las del público en general, son frecuentes las actitudes paternalistas o negativas, especialmente en cuanto al pronóstico y las (supuestas) limitadas posibilidades de recuperación de las personas con enfermedad mental.
- Estigma Público: Se produce cuando la comunidad se comporta con prejuicios y estereotipos negativos hacia los pacientes y, en consecuencia, actúa discriminatoriamente hacia ellos. Estas actitudes estigmatizadoras pueden instalarse

desde edades tempranas de la vida por medio del proceso de socialización (Mascayano et al., 2015).

Siguiendo esta línea podemos observar que el estigma se encuentra presente en diversas áreas de la vida de las personas consideradas por la sociedad como distintas y/o amenazantes, a continuación, se mencionan las implicaciones directas en las personas con diagnóstico de patología dual.

2.1.2. EL ESTIGMA EN PATOLOGÍA DUAL

Resulta fundamental mencionar que la estigmatización puede deberse a la falta de conocimiento de determinado fenómeno, en el caso de un trastorno mental; la generación de actitudes negativas conocidas como prejuicios y la evitación o incluso exclusión de las personas con este diagnóstico (Chuaqui, 2005 citado en Calderón, 2018).

De alguna forma, la sociedad tiende a crear cajones donde clasifica e introduce a ciertos individuos y los medios de comunicación facilitan estas representaciones y creencias (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017). En el caso de las personas con patología dual no comparten unos rasgos físicos o un estado tan visible como otros grupos estigmatizados como las personas sin hogar, las personas de otras culturas, personas con diversidad funcional, por mencionar algunas, la clave individual más relevante que produce el estigma público es el etiquetado. Por consiguiente, numerosos pacientes evitan a toda costa el contacto con servicios tanto psiquiátricos como orientados a las drogodependencias (Arnaiz y Uriarte, 2006 citado en Calderón, 2018).

Es importante destacar que en el sector sanitario algunos profesionales perciben a este tipo de usuarios como complejos y tienden a etiquetarlos antes incluso de escucharlos. Uno de los motivos de que se produzcan este tipo de situaciones puede deberse a la ausencia de sensibilización, falta de formación de algunos profesionales y el estigma hacia el consumo de sustancias nocivas lo que deriva en rechazo hacia el colectivo y a su vez, en resultados adversos en el proceso terapéutico (Pascual Mollá y Pascual Pastor, 2017).

Las personas con diagnóstico de patología dual experimentan al respecto dos grandes tipos de efectos: los producidos directamente de los procesos de discriminación a los que se ven sometidos y los derivados de su autoestigmatización (López et al., 2008).

Por todo lo comentado con anterioridad, la persona estigmatizada sufre un doble proceso, por un lado, su personalidad abarca más atributos y rasgos de los que conforman su estigma y, por otro lado, a raíz del proceso de socialización tiene interiorizadas las mismas creencias que el grupo social dominante y pueden centrar sus esfuerzos en intentar ocultar su situación (Aretio Romero, 2010).

El autoestigma es uno de los más nocivos efectos en la persona del rechazo internalizado. Se puede definir como los sentimientos de vergüenza, pensamientos negativos y miedo al estigma o discriminación que resulta de identificarse con un grupo estigmatizado lo cual representa una barrera para la búsqueda de objetivos de vida valiosos, no solicitar trabajo o evitar la intimidad y las relaciones sociales debido a la creencia de que no se puede confiar en ella por su historial de abuso y por lo cual no va a recibir apoyo (Mora- Ríos et al., 2017 citado en Mendoza y Onofrio, 2018).

El impacto del autoestigma ha sido asociado con retrasos en la búsqueda de tratamiento, disminución de la autoestima / autoeficacia y con una menor calidad de vida. El rechazo social y consiguiente autoestigma se da para todas las sustancias psicoactivas con diferencias entre ellas y se incrementa con la presencia en una misma persona de varias entidades que causan estigma (Mascayano et al., 2015 citado en Mendoza y Onofrio, 2018).

Este último aspecto llamado “estigma múltiple” o presencia de varios factores simultáneos de estigma, en una persona puede estar relacionado con la edad, etnia, adicciones, ciertas enfermedades como trastorno mental, VIH, epilepsia, pobreza, sexo, orientación sexual, identidad de género etc., lo que tiene un alto potencial sumatorio negativo (Mascayano et al., 2015 citado en Mendoza y Onofrio, 2018).

2.1.3. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA

Las repercusiones del estigma son múltiples, obstaculizan y muchas veces impiden los esfuerzos por una buena atención en salud mental empeorando el pronóstico de la enfermedad, dificultan la vida de la persona diagnosticada, aumentan la discapacidad, los riesgos de otras enfermedades, las pérdidas sociales y en general la atención y la calidad de vida de las personas con Patología Dual. En resumen podríamos decir que el estigma (Velázquez & Didia, 2018 citados en Mendoza y Onofrio, 2018):

- Retrasa o impide el tratamiento temprano de la enfermedad
- Dificulta o impide la adherencia al tratamiento
- Menores recursos públicos son dedicados a la Salud Mental
- Mayor discriminación, falta de empleo y calidad de vida para la persona con enfermedad mental.

Son diversas las consecuencias del estigma en personas con diagnóstico de patología dual y valdría la pena preguntarnos cuántas veces han intervenido en la creación de prejuicios y etiquetas, siendo tan poderosas como para interferir en la forma en la que vive una persona. Se ha mencionado anteriormente que el estigma se forma debido a las creencias y mensajes transmitidos que nos indican lo que está permitido y lo que no es aceptado en la interacción con nuestro contexto social, por lo que vale la pena mencionar también aquellos factores Psicosociales a nivel macrosocial , microsocia l e individual, otra forma en la que el contexto participa en la probabilidad de consumo de sustancias aumentando la probabilidad de posteriormente tener un diagnóstico de patología dual.

2.2. FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los factores psicosociales son considerados como circunstancias de carácter psicológico y social que tienen una relación directa o indirecta con otros fenómenos o comportamientos y que pueden ser de orden causal, precipitante, predisponente o

simplemente concurrente de los mismos. Por lo tanto, pueden influir como factores de protección o riesgo en el desarrollo y mantenimiento de las problemáticas (Organización Mundial de la Salud, 2002 citado en Mendoza & Vargas, 2017).

Los factores de riesgo son todas aquellas situaciones personales o interpersonales, presentes en el contexto en que se desarrollan los individuos y que pueden llegar a incrementar la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas o de adicción a una de ellas, de la misma manera, hacen alusión a las características y variables que elevan la probabilidad de desarrollar una enfermedad relacionada con la adicción por otro lado los factores de protección son los que pueden reducir, contrarrestar o eliminar la probabilidad de existencia de un proceso adictivo. Sin embargo, se afirma que ninguno de los factores, sea de riesgo o de protección, puede predecir las conductas de consumo y solo se puede hablar de ellos en términos probabilísticos (Bedoya et al., 2015). Estos factores psicosociales pueden plantearse para su estudio y comprensión en diferentes dimensiones las cuales mencionaremos a continuación.

2.2.1. FACTORES MACROSOCIALES

Estos factores hacen referencia a la sociedad en su conjunto, aspectos relacionados con la estructura económica, legal y normativa de una sociedad, o bien, con la dinámica sociocomunitaria. En un nivel macrosocial, los estudios en México han reportado la existencia de una relación entre consumo de drogas y factores de tipo estructural como la clase social, el trabajo en la calle y la emigración del medio rural a zonas urbanas en el caso de menores trabajadores, así como la ciudad o región de residencia (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Suárez, 1995; Castro, 1990; Castro y Llenez, 2001 citados en Díaz & Córdova, 2018). Ciertas características sociodemográficas también se han vinculado al uso de sustancias; entre otras, ser hombre o tener una edad relativa a la adolescencia (Castro, 1990, 2001; Medina-Mora, et al., 2003 citados en Díaz & Córdova, 2018).

Por otro lado la accesibilidad de la sustancia, la forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla y el precio, son determinantes importantes para el inicio en el consumo de drogas (Gervilla, 2011 citado en Mendoza & Vargas, 2017).

2.2.1.1. EI PAPEL DEL NARCOTRÁFICO EN MÉXICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Desde una visión amplia del fenómeno de las adicciones, considerar las realidades locales es fundamental en términos de prevención y atención. Es importante tener presente que existen factores contextuales que incrementan el riesgo de consumo de sustancias, cómo la existencia de leyes y normas que favorecen el uso de sustancias, la disponibilidad de las mismas, la privación económica extrema, índices altos de violencia así como la desorganización comunitaria y la narcocultura.

Gómez y colaboradores (2016) realizaron una investigación en Tamaulipas que nos revela que la violencia e inseguridad generada por el narcotráfico ha impulsado a los jóvenes a consumir a drogas de fácil acceso como estrategia de afrontamiento frente a constantes intentos por parte del grupo del crimen organizado por reclutar jóvenes esto debido a la violencia con la que actúan los grupos delictivos en relación a las ofertas y amenazas constantes que orilla a los jóvenes a acceder por miedo a las consecuencias que pueda traer el negarse.

Los actores del narcotráfico más cercanos a la población consumidora son los distribuidores que es toda aquella persona que distribuye droga, estos representan diversos riesgos pues además del reclutamiento antes mencionado pueden ser proveedores de nuevas sustancias incitando a las personas a probar y adentrarse a nuevas experiencias, incitan a tener “créditos” , es decir, deudas excesivas por otorgar mercancía por adelantando lo que genera una cobranza por medio de violencia siendo las amenazas su principal herramienta (Mondaca, 2014).

Por otro lado, es indispensable mencionar cómo la narcocultura transmitida por medio de series de TV llega a impactar y crear un pensamiento de “realización y triunfo” al mostrar

los privilegios en los que viven quienes están dentro de estas actividades ilícitas. La narcocultura expone e impone estilos de vida muy concretos a través de formas objetivadas de la cultura: el consumo, la violencia, el entretenimiento, las artes (música, ópera, literatura, pintura, teatro, etcétera), las modas, la arquitectura, la vestimenta, los narcocorridos. Lo que se expresa no es solamente la música, sino las posibilidades de acceder a otros modos y estilos de vida mediante el consumo, la apariencia, la búsqueda de reconocimiento mediante el dinero, el poder, las relaciones sociales, entre otros, lo cual contribuye en la reproducción social de la vida cotidiana y el espacio urbano en una sociedad con presencia fuerte de narcotráfico y violencia (Mondaca, 2014).

Existen pocos estudios al respecto del género y el crimen organizado. En cuanto al estudio de las mujeres y las feminidades, gran parte de los estudios se enfocan en caracterizar los roles que ellas desempeñan en tales ámbitos, el proceso de empoderamiento de la mujer al incorporarse a esta actividad ilegal o las características de sus muertes durante la “guerra contra el narcotráfico”, algunos estudios intentan comprender las interpretaciones de la población, sobre las telenovelas sicarescas (Romero, 2014 citado en Núñez, 2017), la cosificación del cuerpo femenino en videos musicales (Mondaca, Cuamea & Payares, 2016 citado en Núñez, 2017) o la muerte de las mujeres (Plascencia, 2016 citado en Núñez, 2017). En el análisis de los hombres y las masculinidades, los estudios muestran que la imagen del narcotraficante se ubica en la figura del machismo, la construcción de la hombría a través de símbolos de poder económico, autoridad, armas y placeres (Núñez, 2017).

2.2.2. FACTORES MICROSOCIALES

Se refiere a espacios de interacción interpersonal directa como la familia, los grupos escolares o laborales, los grupos de amigos, la pareja, por citar algunos.

En el contexto de la familia, los primeros abordajes se centraron principalmente en características de la estructura o composición familiar (número de hermanos, presencia de ambos padres, etcétera); aunque las correlaciones eran débiles, se encontró que el consumo se asociaba con un mayor número de hermanos y con la ausencia de alguno

de los padres. Otra línea de evidencia indica la existencia de relaciones significativas entre uso de drogas y diversas variables familiares, entre las que figuran un insuficiente apoyo y control parental, relaciones caóticas o desorganizadas y la pérdida del sentido de pertenencia familiar. Asimismo, existe un riesgo asociado al divorcio o separación de los padres y a la pertenencia a una familia cuyo jefe tiene un bajo nivel de escolaridad (Castro, 1990, 2001; Castro y Llanez, 2001 citados en Díaz & Córdova, 2018). En lo que respecta al contexto escolar, se ha señalado que el ausentismo y abandono de la escuela, así como un bajo desempeño escolar y trabajar además de estudiar, representan factores de riesgo (Medina-Mora et al, 2003 citados en Díaz & Córdova, 2018)

Por otro lado, los amigos también pueden constituir un factor de riesgo para el consumo, cuanto mayor sea el contacto entre compañeros que inciten al consumo, mayor es la probabilidad, para que ellos también lo hagan. La presión social para consumir resulta determinante en los jóvenes y adultos, quienes tienen una fuerte necesidad de ser aceptados y obtener reconocimiento social (Marino, González y Medina-Mora, 2005).

2.2.3. FACTORES INDIVIDUALES

Podrían identificarse como factores de “vulnerabilidad” propiamente dichos y que comprenden características inherentes al sujeto, relacionadas, por ejemplo, con sus capacidades de ajuste y de afrontamiento, con ciertas condiciones físicas, biológicas, genéticas, y así sucesivamente.

Castro, Llanez y la Comisión Nacional Contra las Adicciones (2001) refieren que el uso de drogas se vincula con actitudes negativas frente al entorno, tales como una percepción insatisfactoria de la calidad de vida y actitudes de inconformismo o consumismo, también mencionan variables relacionadas con la vida sexual, como un inicio temprano de la misma, embarazo, aborto y el descuido en la actividad sexual en general. El uso de sustancias también se asocia con sucesos traumáticos o negativos, o bien, con la experimentación de pérdidas cercanas; en un sentido similar, se ha observado una fuerte relación del consumo con síntomas y trastornos depresivos, incluyendo ideación e intento

suicida, así como con conductas de riesgo y antisociales y un manejo inadecuado de la realidad.

El abordar el tema de patología dual en México, su diagnóstico, tratamiento, estigma sobre las enfermedades mentales, así como los factores psicosociales relaciones con el consumo de sustancias es fundamental para dar contexto de los factores que existen en nuestra sociedad mexicana e influyen en nuestra construcción subjetiva acerca del tema , lo que es fundamental retomando el objetivo principal de la investigación el cual es analizar por medio de composiciones escritas los significados y sentidos construidos por personas con diagnóstico de patología dual en torno a tratamientos previos e indagar su participación en construcciones subjetivas del tratamiento actual. Por lo que a continuación se aborda el tema del estudio de la subjetividad desde el enfoque histórico cultural.

3. ESTUDIO DE LA SUBJETIVIDAD DESDE EL ENFOQUE HISTÓRICO-CULTURAL

3.1. APORTACIONES DE VYGOTSKI AL ESTUDIO DE LA SUBJETIVIDAD

Nacido en 1896 en Orsha , una pequeña ciudad a orillas del río Dnieper, un año después de su nacimiento, la familia se trasladó a otra ciudad bielorrusa: Gomel, Lev Vygotski era el segundo hijo de una familia numerosa de ocho, su padre desempeñó distintos cargos administrativos en empresas de transporte y de seguros. Parece que se trataba de una familia que gozaba de consideración en la ciudad, habiendo participado en algunas empresas públicas como la fundación de una biblioteca. La madre de Vygotski se trataba de una mujer cálida e inteligente, conocía bien el alemán y parece que su amor por la poesía alemana era compartido por sus hijos (Kozulin, 1994).

Vygotski es recordado como un niño intelectualmente precoz, recibió una educación nada convencional: estudió con profesores particulares durante muchos años y solo acudió al instituto judío en los niveles de enseñanza superior. El primer indicio de su interés por las ciencias sociales está ligado a su participación en un club de discusión organizado por

estudiantes del instituto interesados en la historia y la cultura judía. Aunque no se conserva ningún registro escrito de estas reuniones, cabe suponer que lo más probable es que se centrasen en cuestiones tales como: ¿Qué significa ser judío? ¿Qué distingue a los judíos de las demás naciones? Y ¿Cuál es el destino histórico de los judíos? No hay que olvidar que durante la segunda década del siglo XX, las provincias occidentales del imperio ruso era un hervidero de activismo sionista (Kozulin, 1994).

Vygotski que dirigía aquellas reuniones, se mostraba entusiasmado por problemas de filosofía de la historia y especialmente por la dialéctica hegeliana. En aquellos años en que aún era bachiller se configuraba un estilo de pensamiento que luego sería característico de todo su trabajo científico: la perspectiva histórica y dialéctica de los problemas (Rivieré, 1984).

En 1913 cuando finalizó sus estudios en el instituto con honores y medalla de oro, Vygotski se mostraba optimista sobre sus posibilidades de ser admitido en la Universidad de Moscú. Por supuesto era consciente de la cuota que regía para los estudiantes judíos, en donde el ministerio de educación limitaba a 3 por cada 100 plazas que podían ocupar judíos en las universidades de Moscú y Petersburgo, pero sus excelentes calificaciones deberían haber constituido una garantía de su admisión. Sin embargo, una nueva disposición del ministro de educación vino a defraudar esas esperanzas, ya que, aunque la cuota de admisión se observaba en el mismo porcentaje, se decretaba que los aspirantes de raza judía fuesen seleccionados por sorteo. Este procedimiento, deliberadamente discriminatorio, hacía que la admisión de los judíos se convirtiese en una cuestión de azar, provocando una sensación de indefensión frente a una maquinaria gubernamental que desatendía todo mérito intelectual, afortunadamente Vygotski fue admitido (Rivieré, 1984).

En Moscú Vygotski se matriculó primero como estudiante de medicina, pero cambió rápidamente de opinión y término por entrar a la escuela de Derecho. También se inscribió a la Universidad Pública de Shanyavsky en donde se especializó en filosofía e historia. La Universidad de Shanyavsky había surgido como una alternativa a la Universidad de Moscú, controlada por el gobierno, que recientemente había expulsado a estudiantes por sus actividades políticas, lo cual había dado lugar a la admisión en masa

del cuerpo docente como medida de protesta. La Universidad de Shanyavsky no podía conceder títulos, pero contaba con un cuerpo docente poderoso, progresista que atraía a estudiantes brillantes e independientes (Kozulin, 1994).

Los estudios universitarios de Vygotski coincidieron con los turbulentos años anteriores a la revolución soviética. Y su terminación con el estallido revolucionario en 1917. En muchos sentidos Vygotski era un hijo de la revolución y se incorporó activamente al proyecto de hacer una nueva sociedad y desarrollar una nueva cultura. Al terminar el ciclo universitario, volvió a Gomel, allí habría de permanecer siete años (1917-1924), que se pueden considerar como una activa fase de transición, en aquella etapa en Gomel, Vygotsky enfermó de tuberculosis y tuvo que ingresar, por primera vez a un sanatorio, a los 24 años tenía muy pocas esperanzas de seguir viviendo, por lo que le dio algunos manuscritos a Dobkin para que fueran publicados después de su muerte, afortunadamente sus temores no se cumplieron a tan corto plazo (Kozulin, 1994).

Vygotski cruzó como una furia veloz en la psicología científica, en tan solo diez años tuvo tiempo suficiente para analizar a fondo alternativas teóricas de la psicología, proponer soluciones originales a algunos de sus problemas más difíciles, diseñar una concepción nueva sobre el origen y la naturaleza de las funciones superiores (Rivieré, 1984).

Sus actividades científicas y profesionales, estuvieron marcadas por tres grupos de interés:

1. Relacionadas con cuestiones pedagógicas y educativas.
2. Los referidos a la estética, crítica y promoción institucional del arte.
3. Los propiamente psicológicos

Es de esta manera que Vygotski plantea el enfoque histórico cultural como una forma novedosa de comprender al hombre. Desde esta mirada, se concluye que el desarrollo humano es un permanente proceso de culturización en el que el sujeto interioriza una serie de instrumentos que le permiten controlar sus procesos mentales y su comportamiento. Entonces, es posible afirmar que Vygotski reconoce la existencia de un mundo interno, que el sujeto construye a partir del proceso de internalización del mundo externo y que le permite autorregularse (Arcila et al., 2010).

Se puede afirmar que este autor se adscribe al materialismo dialéctico, la filosofía creada por Marx y Engels. Esta filosofía le daba la posibilidad de realizar un estudio más abarcador del ser humano, le permitía estudiar las funciones psicológicas superiores (su objeto de estudio) y, a su vez, dar cuenta de la relación bidireccional que existía entre los seres humanos y la naturaleza (Arcila et al., 2010).

En el curso del desarrollo de la obra de Vygotski, se rescatan diferentes unidades de análisis entre ellas el significado de la palabra: en el texto “Pensamiento y Lenguaje”, Vygotsky expresa la diferencia del significado y sentido.

El significado pertenece a las esferas del pensamiento y del lenguaje, el pensamiento se vincula a la palabra, y en ella se encarna y existe. El sentido en cambio expresa lo que la palabra provoca en un sujeto y constituye un complejo dinámico y fluido que presenta zonas menos estables o de estabilidad diferente con respecto al significado (Vygotski, 1934-1993).

Con la idea de sentido Vygotski distingue y relaciona, a la vez, el lenguaje interno con el externo; así la palabra tendría para el que la produce un “subtexto de la expresión”. Sobre el sentido, escribe Vygotski: “el sentido de las palabras depende conjuntamente de la interpretación del mundo de cada cual y de la estructura interna de la personalidad. Es así que “la palabra está insertada en un contexto del cual toma su contenido intelectual y afectivo, se impregna de ese contenido y pasa a significar más de lo que significa aisladamente y fuera del contexto: más, porque se amplía su repertorio de significados, adquiriendo nuevas áreas de contenido. El sentido abre la posibilidad de una definición de conciencia organizada simultáneamente en la acción humana y como organización psíquica (Vygotski, 1934-1993).

El destino de la obra pensamiento y lenguaje después de la muerte de Vygotski, ilustra perfectamente las dificultades por las que pasó la psicología soviética a partir de 1936. En aquel año el libro desapareció de la circulación, aunque no fuera prohibido oficialmente. Reapareció en una nueva edición en 1956. Esta edición en que se sustituye el prólogo de Kornilov por otro de Luria y Leontiev, presentaba cambios con respecto al original de 1934. La traducción inglesa de 1962 por la cual la obra fue conocida en

Occidente tenía más modificaciones: de las 350 páginas habían desaparecido 150. Luria que había participado en la elaboración de este resumen justificaba estos cambios por la necesidad de organizar y elaborar lo que había sido una prematura expresión del pensamiento de Vygotski, en desarrollo aun cuando murió y especialmente por la exigencia de restablecer el diálogo perdido de los miembros de la escuela de Moscú con los psicólogos occidentales, para lo cual había eliminado todos los aspectos que podrían obstruir este diálogo (por ejemplo, muchos de los más relacionados al pensamiento marxista). Estos acontecimientos son un claro exponente de lo que sucedió con la obra de Vygotski después de su muerte: primero un largo silencio, luego un conocimiento muy indirecto de componentes parciales y modificados de su obra, cuyas fuentes has permanecido inaccesibles hasta 1982 en que comenzaron a publicarse las obras completas en ruso. Da la impresión de que la imagen de Lev Vygotski se transformó, en este proceso, y pasó a ser la de un psicólogo teórico del desarrollo, con olvido de su preocupación esencial por los procesos educativos concretos, la pedagogía y la psicología (Mecacci, 1983 citado en Rivieré 1984).

Las aportaciones que hizo Vygotski para el estudio de la psicología cuentan con un importante valor, diversos pensadores han estudiado su obra por años y han continuado con el legado de estas nuevas formas de estudiar al ser humano, entre ellos se encuentra Fernando González Rey, quien desarrolló la categoría de sentido subjetivo y configuración subjetiva, cómo vías para una nueva definición sobre la subjetividad y conciencia desde el enfoque histórico-cultural.

3.2. SUBJETIVIDAD y SUBJETIVIDAD SOCIAL DESDE LA MIRADA DE FERNANDO GONZÁLEZ REY

González Rey se introduce como un psicólogo crítico de los antecedentes históricos de la psicología vygotskiana y la interpretación amplia de sus textos, también supone una crítica hacia las diferentes corrientes histórico-culturales desarrolladas en la Unión Soviética después de la muerte de Vygotski y, en especial, para la teoría de la actividad. Un ejemplo de ello es la asunción de la objetividad y la teoría del “reflejo” de los

fenómenos psicológicos en que el desarrollo psicológico se desarrollaría por relaciones lineales inmediatas asumiendo “que entre la consciencia y la realidad no existe ningún filtro y la primera simplemente es un reflejo de la segunda, modificándose a medida que la práctica determina la adecuación o no a dicho reflejo”. Este principio fue asumido por la teoría de la actividad defendiendo que no había significado psicológico fuera de la actividad humana concreta (González Rey & Martínez 2017)

González Rey define por otro lado a la subjetividad como la trama simbólico-emocional que se configura en las personas y en sus diferentes espacios sociales como resultado de múltiples experiencias vividas. Esta trama no es el resultado directo y lineal de experiencias externas, sino el resultado de los múltiples efectos colaterales de lo vivido que, procedente de campos diversos, se integran subjetivamente en cada espacio de experiencia social definida en términos de la cultura, los que toman forma subjetiva a través de las configuraciones subjetivas actuales de la persona, grupo o institución que vive esa experiencia (González Rey, 2010).

La subjetividad no se interioriza, se produce, y en esa producción las condiciones de vida, la configuración subjetiva actual de las personas y los espacios dentro de los que viven sus experiencias, así como el propio curso de sus acciones, son momentos que se relacionan recursivamente en la producción de nuevas formas de subjetividad (González Rey, 2009).

Subjetividad social

La subjetividad social es la forma en que se integran sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas de diferentes espacios sociales, formando un verdadero sistema en el cual lo que ocurre en cada espacio social concreto, como familia, escuela, grupo informal, etc., está alimentado por producciones subjetivas de otros espacios sociales. Así, por ejemplo, los conflictos que se presentan en la familia están configurados no sólo por las relaciones concretas de las personas en la familia, como pensaban algunos de los autores sistémicos en los primeros enfoques de la terapia familiar. La organización subjetiva de esos conflictos en la familia expresa sentidos subjetivos en los que participan emociones y procesos simbólicos configurados en la subjetividad individual de las personas a partir

de su acción en otros espacios de la subjetividad social. Desde esta perspectiva, las personas son verdaderos sistemas portadores, en su subjetividad individual, de los efectos colaterales y las contradicciones de otros espacios de la subjetividad social (González Rey, 2008).

La subjetividad social no es una instancia supraindividual que existe más allá de las personas, es un sistema de sentidos subjetivos y configuraciones subjetivas que se instala en los sistemas de relaciones sociales y que se actualiza en los patrones y sentidos subjetivos que caracterizan las relaciones entre personas que comparten un mismo espacio social. Sin embargo, esa producción subjetiva no se formó apenas por la forma en que espontáneamente esas relaciones se organizaron en el curso del tiempo, sino en torno a sentidos subjetivos, los cuales, a su vez, están configurados en torno a relaciones de poder, códigos y valores dominantes en esos espacios sociales, que penetran de diferentes formas en los sistemas de relaciones (González Rey, 2008)

Un ejemplo que nos menciona el autor en su texto es el siguiente:

Un niña puede sufrir discriminación, y esa discriminación en el nivel de sentido subjetivo se puede expresar en tener fuerza, no dejarse vencer, usar públicamente los símbolos de su raza, ser solidaria, etc., sin embargo, la misma situación puede llevar a proceso subjetivos totalmente diferentes en otra niña de la misma edad y del mismo barrio. En esas experiencias diferentes entran en juego sentidos subjetivos diferenciados a partir de las configuraciones subjetivas que se desarrollan por una historia diferenciada.

El desarrollo subjetivo representa un aspecto esencial del desarrollo social, lo que hace de él un tema necesario a las ciencias sociales en general, permitiendo análisis más comprometidos con prácticas de la psicología orientadas a identificar fenómenos que son inseparables de la vida social de un país, así como fenómenos individuales, cuyo mayor ejemplo es la “patologización” de fenómenos como la criminalidad, los trastornos psíquicos y las dificultades escolares. El desarrollo subjetivo permite substituir la dinámica individuo-comportamiento-síntoma, por la dinámica individuo-espacio de socialización-desarrollo subjetivo (González Rey & Martínez, 2017)

Es por esa razón por la cual la presente investigación decidió retomar la perspectiva de este autor, pues como se resalta en el último párrafo, romper con la visión tradicional de las razones que explican los síntomas en una persona y adentrarnos en una análisis profundo de entender cómo en este caso personas con diagnóstico de patología dual sienten las experiencias en sus tratamientos que tienen como finalidad mejorar su calidad de vida, en el estudio de la subjetividad son de vital importancia los conceptos de sentidos subjetivos y configuración subjetiva que se desglosan a continuación.

3.3. SENTIDOS SUBJETIVOS Y SIGNIFICADO

En su obra *Conciencia y lenguaje*, Luria (1984) vuelve a establecer esta diferenciación entre en concepto de sentido y el concepto de significado que había sido inicialmente planteada por Vygotski en 1934:

“Por significado entendemos al sistema de relaciones que se ha formado objetivamente en el proceso histórico y está encerrado en la palabra. Así, esta palabra no solo señala un objeto determinado, sino que lo analiza, lo introduce en un sistema de enlaces y relaciones objetivas, asimilando el significado de las palabras dominamos la experiencia social, reflejando el mundo con diferente plenitud”. (Luria, 1984).

Significado aparece así asociado a la idea de objetividad y de sistema lingüístico, en cierto modo independiente de los sujetos hablantes. Se diferencia por lo tanto del sentido:

“Por sentido, a diferencia del significado, entendemos el significado individual de la palabra separado de este sistema objetivo de enlaces: está compuesto por aquellos enlaces que tiene relación con el momento dado y situación dada, el sentido es la aportación de los aspectos subjetivos del significado en correspondencia con el momento y la situación dados”. (Luria, 1984).

Podemos decir entonces que el sentido es en esencia situacional y subjetivo. Su captación de alguna manera supone en los hablantes la capacidad de incluir el significado de las palabras de un complejo conjunto de datos no lingüísticos que las redefinen.

Por otro lado la definición de sentido subjetivo que nos menciona González Rey, a diferencia del concepto de sentido, definido por el propio Vygotski como “sentido de la palabra”, no está unido a la palabra; los sentidos subjetivos son un flujo dentro del cual unos sentidos se integran con otros en configuraciones subjetivas que emergen en el curso de las experiencias humanas. Los sentidos subjetivos representan unidades simbólico – emocionales que emergen en el curso de una experiencia a partir de una historia vivida, y expresan la forma en que las producciones simbólicas de la sociedad aparecen en producciones subjetivas singulares de individuos y grupos. Por eso debemos referirnos a los sentidos subjetivos siempre en plural, pues ellos representan un flujo de unidades simbólico - emocionales fugaces e interrelacionadas que expresan la forma en que la experiencia vivida es producida subjetivamente. Los sentidos subjetivos son la plena expresión del carácter social, cultural e histórico de la subjetividad; ellos son producciones de los individuos, grupos y otras instancias sociales, que están estrechamente relacionados con la forma en que diversas experiencias fueron subjetivamente vividas; las formas simbólicas de la cultura se tornan subjetivas por la forma diferenciada en que aparecen en individuos y grupos a partir de emociones específicas y singulares (González Rey & Martínez, 2017)

Los sentidos subjetivos son inseparables de la subjetividad individual como sistema, muchas de cuyas configuraciones subjetivas actúan como sentidos constituyentes de otras configuraciones que se desarrollan en los marcos de la experiencia vivida por el sujeto. A su vez, el sentido subjetivo que actúa como momento anterior al desarrollo de la acción, puede mudar en el curso de la acción, pues las acciones humanas son inseparables de la producción de los sentidos subjetivos en la vida social (González Rey & Martínez, 2017). Mencionado lo anterior es importante por un lado dejar claro a qué nos referimos cuando hablamos de configuración subjetiva.

3.4. CONFIGURACIÓN SUBJETIVA

Las configuraciones subjetivas son sistemas autoorganizados de sentidos subjetivos que están presentes en el sentir y en los significados que la experiencia de vida tiene para la

persona. La personalidad es el sistema que integra las configuraciones subjetivas asociadas a la identidad del sujeto, la cual González Rey definió como aquella condición subjetiva naturalizada que aparece en la frase “yo soy”, que no es una representación intelectual sino un conjunto de sentidos subjetivos que permiten la vivencia de congruencia de las múltiples creencias, acciones, emociones y significaciones que se organizan de forma simultánea en la red de vida del sujeto en sus diferentes áreas (González Rey, 2011b).

Cabe mencionar que cuando se menciona a la personalidad como el conjunto de configuraciones subjetivas más estables de la persona, no se piensa ese concepto como una estructura rígida, sino como configuraciones subjetivas en proceso, las cuales nunca son estáticas, ellas representan un sistema recursivo (González Rey, 2011a).

Una configuración subjetiva es una fuente permanente de producción de sentidos subjetivos en relación a todo campo de actividad y/o relaciones significativos de la persona. Las configuraciones subjetivas forman una organización dinámica de la subjetividad individual (González Rey, 2007b).

3.5. EPISTEMOLOGIA CUALITATIVA DE GONZÁLEZ REY

La epistemología cualitativa propuesta por González Rey implicó el desarrollo de un tipo de investigación cualitativa constructivo-interpretativa que enfatizaba el desarrollo de modelos teóricos como el objetivo principal de la investigación. Esto rompía con la tan arraigada tendencia a la recolección de datos que caracterizaba la investigación empírica, fuera ella cualitativa o cuantitativa. La diferencia entre investigación cualitativa y cuantitativa no es instrumental ni tampoco está definida por el tipo de resultados obtenidos. La diferencia esencial entre ambos tipos de investigación es epistemológica: tanto en los procesos de obtención de la información como en los procesos de construcción de esa información. La investigación constructiva-interpretativa propuesta supera la epistemología mecanicista que históricamente ha dominado la Psicología y, en cambio, opta por una epistemología dialógica orientada a la transformación del participante en sujeto de la investigación. Esto significa garantizar su expresión auténtica

y la definición de un lugar propio desde el cual se pueda expresar en el curso de la investigación. En otras palabras, la lógica centrada en el instrumento es reemplazada por el diálogo, lo que lleva a la expresión propia y espontánea de los participantes sin las restricciones impuestas por los dispositivos metodológicos usados (González Rey & Martínez, 2016).

En resumen se pueden considerar las siguientes características de la epistemología cualitativa mencionadas por el mismo González Rey en 2013:

- Definición del carácter constructivo-interpretativo del conocimiento.
- Consideración del proceso de investigación como proceso de comunicación.
- Relevancia de lo singular para la cual no existen patrones normativos o algoritmos universales que distingan momentos de una ciencia normal.

4. MÉTODO

4.1. CONSTRUCTIVO INTERPRETATIVO

Una investigación constructivo-interpretativa como lo menciona González Rey en 2007a se caracteriza por:

1. La consideración de la investigación como proceso relacional-dialógico y no como conjunto de actos instrumentales.
2. La inseparabilidad de la fase de aplicación de los instrumentos y de producción y de construcción de la información en el curso de la investigación.
3. la interrelación de los instrumentos usados en la investigación, los que se desdoblán unos en otro en el curso de la investigación y son inseparables en el proceso de construcción de la información.
4. El carácter rector de las ideas en el desarrollo del modelo teórico que orienta el proceso general de la investigación; lo empírico es un momento teórico y no una instancia externa que legitima lo teórico.

5. Tanto el investigador como los participantes son sujetos del proceso de investigación, aunque con funciones e intereses diferentes en su curso.

Las configuraciones subjetivas y los sentidos subjetivos son construcciones del investigador sobre indicadores hipotéticos que se van relacionando en el curso de la investigación.

Los indicadores son elementos hipotéticos contruidos por el investigador ante las expresiones del otro, cuyos significados no coinciden de forma directa con el significado explícito de la expresión de ese otro. La definición de un indicador es el inicio de un camino en que deben aparecer otros indicadores congruentes con el primero para que la hipótesis gane consistencia como camino explícito del modelo teórico en desarrollo. Los indicadores que se integran dentro de una hipótesis son diversos entre sí, su congruencia viene dada por el significado generado por el investigador (González Rey & Martínez, 2016).

Los indicadores son herramientas del pensamiento para garantizar la continuidad procesal de los caminos hipotéticos abiertos por la investigación. El curso de una investigación cualitativa constructivo–interpretativa es un proceso hipotético que puede ser negado por la emergencia de nuevos indicadores que refuten el camino dominante de la construcción teórica hasta ese momento. El investigador es responsable por sus decisiones en el curso de la investigación, ningún instrumento lo exime de su responsabilidad (González Rey & Martínez, 2016).

4.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- Pregunta general de investigación.

¿Cuáles son los sentidos y significados presentes en composiciones escritas por cuatro personas con diagnóstico de patología dual con respecto a su experiencia a tratamientos previos y actuales?

- Preguntas específicas de investigación.

¿Cuáles sentidos y significados han construido 4 personas con diagnóstico de patología dual en tratamientos previos?

¿Cuáles son los factores sociales que participan en la construcción subjetiva de 4 personas con patología dual?

¿Cómo se llevan a cabo los procesos terapéuticos dentro de los centros de tratamientos para personas con patología dual?

¿Cuáles son los sentidos y significados construidos por 4 personas con patología dual con respecto al tratamiento actual?

4.3. OBJETIVOS

- Objetivo general

Analizar por medio de composiciones escritas los significados y sentidos construidos por personas con diagnóstico de patología dual en torno a tratamientos previos e indagar su participación en construcciones subjetivas del tratamiento actual.

- Objetivos específicos

Explorar significados y sentidos construidos de experiencias en tratamientos previos.

Indagar factores sociales participantes en la construcción subjetiva de personas con patología dual.

Identificar los procesos que se llevan a cabo dentro de centros de tratamiento para personas con patología dual.

Conocer las configuraciones subjetivas que se han construido respecto al tratamiento actual.

4.4. SUPUESTO

La configuración subjetiva de las personas con diagnóstico de patología dual en torno a su tratamiento actual se da a partir de los significados y sentidos construidos en experiencias de tratamientos previos de forma compleja a la que sólo se puede acceder desde el análisis de sus vivencias.

4.5. INSTRUMENTOS

Los instrumentos escritos representan una posibilidad de colocar de forma rápida y sencilla al sujeto ante inductores distintos dentro del mismo instrumento, lo que facilitará la posibilidad de producir expresiones asociadas a sentidos subjetivos diferentes.

4.5.1. COMPOSICIONES

En las composiciones el sujeto está comprometido a construir una narración portadora de una cualidad que está más allá de su intencionalidad y de su control.

Las composiciones son presentadas a partir de un tema, que el sujeto debe desarrollar de forma escrita. Es algo semejante a la forma en que usas los indicadores en los sistemas conversacionales, solo que son presentados para desarrollar de forma escrita, lo que implica como en los otros instrumentos escritos, una descentración del sujeto estudiado en relación a los procesos y mecanismos subjetivos que todo proceso de comulación produce. Las composiciones las podemos encontrar en la presente investigación en los relatos que escribieron las personas que accedieron a participar, siguiendo el título “Las diferentes tonalidades de mis tratamientos” además de la guía utilizada para su escritura (Anexo 2) las composiciones escritas representan excelentes vías de producción de información en sujetos motivados con el tema propuesto, pues ellas permiten una implicación reflexiva que solo es posible a través del compromiso de los sentidos subjetivos del sujeto (González Rey, 2006).

4.5.2. FRASES INCOMPLETAS

Es un instrumento que nos presenta inductores cortos, a ser completados por la persona que lo responde, los inductores son de carácter general y también pueden referirse a actividades, experiencias o personas, sobre las que queremos que el sujeto se exprese de forma intencional. De esta forma se expresan informaciones directas que responden a la intencionalidad del sujeto así como informaciones indirectas que están mucho más asociadas a como el sujeto construye lo que expresa y a las relaciones entre sus diferentes expresiones (González Rey, 2006).

Las frases que forman el instrumento no definen su valor por el contenido explícito que las define, pues cada sujeto puede expresar sentidos subjetivos muy diferentes ante cada frase, con independencia de lo que ellas explícitamente inducen, es decir coloca a la persona frente a un universo diferenciado de frases, cuyo significado se debe producir a partir de su propia subjetividad (González Rey, 2006).

4.6. ANÁLISIS DE DATOS O CONSTRUCCIÓN DE INFORMACIÓN

Al tratarse de una investigación cualitativa, es necesario señalar que el papel activo de quien investiga determina que la producción de ideas representa un continuo y que forma parte durante todas las etapas de la investigación.

El análisis Constructivo/ interpretativo propuesto por González Rey remarca que las agrupaciones de unidades de contenido deben ser utilizadas para producir significados que se integran como parte del proceso de la investigación y eso es lo que remarca la diferencia entre un análisis de contenido de una perspectiva constructiva/interpretativa (Barbosa et al., 2016).

Es decir una vez obtenida la información por medio de la composición el siguiente paso es buscar categorías o indicadores de significado que enmarquen un sentido subjetivo para que el investigador pueda construir recurriendo a una base teórica y reflexionar la información que compruebe o refute la hipótesis propuesta.

Teniendo en cuenta que la expresión de sentidos subjetivos o configuración subjetiva se refiere a lo simbólico y emocional como expresión de la experiencia social del sujeto, es decir: cómo lo ha vivido y por lo tanto como actúa frente a una situación, los sentidos pueden expresarse de manera más allá de lo consciente mediante el discurso escrito, por lo tanto es una excelente forma de explorar un escenario.

La construcción de información que se ha elegido para esta investigación ha sido la que hace referencia a los tratamientos brindados a personas diagnosticadas con patología dual.

4.7. ESCENARIO

Centro de Rehabilitación para las adicciones situado al sur de la Ciudad de México el cual fue fundado el 6 de abril del 2003, es un centro de tipo residencial que ofrece un tratamiento multidisciplinario adoptando como base el modelo de tratamiento Minnesota en el cual participan terapeutas especializados en adicciones que imparten terapias individuales, grupales y familiares además del apoyo indispensable del programa de doce pasos AA, atención médica y psiquiátrica.

El modelo Minnesota fue uno de los pioneros en introducir conceptos nuevos para el tratamiento de las personas con alcoholismo y sus familiares creando una filosofía de intervención.

Algunos de los supuestos básicos del modelo Minnesota fueron los siguientes:

- Identificaron que el principal problema es que la mayoría de la gente niega la existencia del alcoholismo como una enfermedad.
- Existen signos y síntomas para identificar la enfermedad que se presentan sin importar las características demográficas, de personalidad, de diversidad sociocultural entre las personas.

- Existen criterios para el diagnóstico: el más importante es que la persona bebe en exceso sin importar las consecuencias dañinas por su nivel de consumo, la mayoría continúa haciéndolo por años a pesar de que su calidad de vida vaya disminuyendo.

Se tuvo la oportunidad de asistir al centro de lunes a viernes por un periodo de 9 meses, en el cuál pude convivir con las personas que se encontraban en contención en este lugar, cumplía funciones de psicoeducación en sesiones grupales y atención a algunos de los usuarios de manera individual, con la supervisión de un profesional que contaba con la capacitación adecuada para las necesidades. El número de personas que eran atendidas durante el periodo de aplicación en la casa fue de 6 a 21 entre hombres y mujeres, sin embargo, el lugar tiene una capacidad para recibir hasta 30 personas.

El centro se encuentra en una casa, la cual fue adaptada y dividida en secciones para que hombres y mujeres contarán con sus propios espacios; dormitorio y baños, a los usuarios se les da 3 comidas al día y 2 colaciones que generalmente es fruta , cuentan con agua caliente para bañarse, Smart tv con acceso a internet, plataformas de entretenimiento para ver series y películas, siguen el programa de 12 pasos en conjunto con la atención psicológica y además tienen actividades como: cine debate, clases de box, activación física, yoga, taller de pintura, clases de teatro, organizadas en un cronograma semanal con la finalidad de estar la mayor parte del día ocupados.

Una vez mencionado lo anterior se podría decir que el centro de rehabilitación hace todo lo posible para que el tratamiento que se brinda sea integral.

4.8. PARTICIPANTES

Cuatro personas:

- Dos mujeres de 25 y 56 años de edad
- Dos hombre de 31 y 52 años de edad

Las cuales cumplen con los requisitos de número de internamientos, tiempo de abstinencia, grado académico, disposición para participar de manera voluntaria y

diagnóstico mencionados en el apartado anterior, con la finalidad de cuidar el anonimato de las y los participantes se les asignó un nombre genérico para la descripción detallada que se presenta a continuación y para la redacción del documento en general.

4.9. PROCEDIMIENTO

Para empezar la presente investigación lo primero fue determinar el tema y los objetivos, es decir, ¿Qué es exactamente lo que quería explorar? Este paso no fue nada fácil, la patología dual es compleja, interfieren muchos factores y por lo tanto hay muchas áreas que estudiar.

El tratamiento es importante e indispensable para que estas personas puedan tener una buena calidad de vida, sin embargo, en este contexto de atención existe un fenómeno llamado: “pacientes de puerta giratoria”, este término alude a la inconstancia en el tratamiento y a las recaídas por lo que salen y entran de diversos tratamientos e instituciones.

En el marco teórico expuse los diferentes tipos de tratamientos y que se considera un área de oportunidad la separación existente entre el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y otros trastornos mentales por lo que la recomendación es que sea un tratamiento integral el cual cubra factores biológicos, psicológicos y sociales de las personas.

Otro tema importante es el estigma y autoestigma, los factores de riesgo y los factores protectores con los que la persona cuente o carezca dentro de su contexto y que intervenga en la asistencia y seguimiento del tratamiento mismo en el cual nos encontramos muchas veces con un discurso del déficit mental utilizado por los profesionales de la salud y/o por la sociedad que puede interferir en el cómo vive la persona con un diagnóstico.

Esta situación me llevó a querer saber desde la voz de personas con diagnóstico de patología dual sus composiciones escritas respecto a ¿Cómo han vivido sus tratamientos? Lo cual me llevó a plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles

son los sentidos y significados construidos por personas con diagnóstico de patología dual respecto a los tratamientos?

Para poder explorar significados y sentidos construidos en tratamientos previos y conocer las configuraciones subjetivas que se han construido respecto al tratamiento actual y la participación de distintos factores dentro del contexto de las personas en esta construcción.

Se eligió con ayuda de los médicos y terapeutas del centro para las adicciones “Nueva Identidad” a una muestra de 4 personas las cuales fueron quienes mostraron interés en participar de manera voluntaria en mi proyecto de investigación.

Fueron 4 participantes debido a que en ese momento eran las personas que contaban con las siguientes características: tener el diagnóstico de patología dual, tener un periodo mínimo de tres meses sin consumo de sustancias, contar con una escolaridad mínima de preparatoria trunca o terminada (esto facilitaría la escritura de las composiciones) haber tomado tratamiento en dos o más instituciones previas a la institución en donde lleva a cabo el tratamiento actual y además como ya se mencionó anteriormente mostrar interés para colaborar en el proyecto.

Se les entregó un consentimiento informado (Revisar Anexo 1) en donde se aclara que su identidad estará protegida y que el manejo de su composición será con ética.

Posteriormente se les pidió que escribieran una composición a partir de un título el cual fue “Las diferentes tonalidades en mis tratamientos” en donde compartieron sus experiencias de tratamientos por los que han pasado en su vida incluyendo el actual: lo que aprendieron de cada uno de ellos, las cosas bellas, las cosas malas, las diferencias entre ellos, para lo cual se les entregó un formato con indicadores para facilitar la escritura. (Revisar anexo 2).

Una vez que las composiciones estuvieron terminadas llevó a cabo un análisis en donde se identificaron los significados y sentidos en torno a los tratamientos por medio de un análisis constructivo/interpretativo propuesto por Gonzáles Rey:

- Obtenida la composición escrita por los participantes.

- Identificar categorías que sean de utilidad para la hipótesis planteada en la investigación.
- Resaltar los significados que sean transmitidos por medio del instrumento escrito y descubrir los sentidos.
- Construir información nueva que basada en un marco teórico nos permita llegar a una conclusión del proyecto

Una vez que se resaltaron los significados y se describieron los sentidos obtenidos en las composiciones escritas por los participantes mi director de tesis resaltó lo indispensable que es confirmar la información de la primera fase de campo para que los resultados del proyecto no solo fueran la primera interpretación del investigador, así que se decidió realizar una segunda fase de campo.

Me di a la tarea de pensar que instrumento podría complementar la valiosa información con la que ya contaba, fue así como llegué al formato de frases incompletas siguiendo para su elaboración la metodología de González Rey (2005) en donde nos menciona que las frases incompletas son inductoras de información, que pueden referirse a actividades, a experiencias o a personas sobre las que los sujetos se expresan intencionalmente.

El instrumento elaborado para este proyecto consta de 66 indicadores para elaborar una frase, estos giran en torno a 3 temas centrales que destacaron en las composiciones realizadas con anterioridad y que se vinculan a la construcción de sentidos y significados: 1) Tratamientos; expectativas, experiencias, convivencia con compañeros y trabajadores, trato recibido. 2) Información sobre la enfermedad: En la familia, en las instituciones, con la que se cuenta personalmente y 3) percepción de sí mismo: en relación a la sustancia, aprendizajes, acciones y en relación a otras personas. (Revisar anexo 3y 4).

Posteriormente se realizó un segundo análisis constructivo/ interpretativo de manera individual y social, en el último tomando en cuenta trechos de significado de ambos instrumentos en los 4 participantes.

5. HABLEMOS DE LOS PARTICIPANTES

Las personas fueron seleccionadas de acuerdo a los criterios antes mencionados, cada uno de ellos estuvo de acuerdo en participar, escribiendo sus composiciones en el tiempo libre dentro del centro de rehabilitación, el tiempo promedio que tardaron en escribir fue variable, el cuál fue desde los 2 días hasta las 3 semanas, argumentando que no era fácil recordar algunos de los hechos plasmados en sus relatos.

Se omitieron los nombres para respetar la identidad de las personas que aceptaron participar escribiendo sus experiencias por lo que nos referiremos hacia ellos con las letras: A, B, C. D.

5.1. PERSONA A

Hombre de 52 años de edad, nivel de escolaridad; Preparatoria trunca, llevado a la clínica por una recaída después 12 años de abstinencia, tiempo en el cuál se dedicó a enseñar literatura de AA, impartir condicionamiento físico y clases de box en distintos centros de rehabilitación con modalidad residencial, recibiendo en algunos de ellos una remuneración económica por las labores desempeñadas y en otros casos únicamente la oportunidad de vivir en el centro de rehabilitación como es su situación actual.

Mantiene nula comunicación con su familia, por lo que su principal red de apoyo son miembros de AA a los cuales conoce desde hace años. La persona A presenta numerosas cicatrices y dificultad motriz en brazo izquierdo como consecuencia de peleas callejeras, su droga de impacto es el alcohol, sin embargo, es consumidor de diversas sustancias psicoactivas; benzodiacepinas, marihuana, inhalables, crack/piedra.

Cuenta con un diagnóstico de Trastorno por uso de sustancias, depresión recurrente y es importante resaltar el hecho de que menciona tener como consecuencia de diversos golpes en peleas callejeras así como en su práctica de box un daño en los lóbulos frontales, identificado por un psiquiatra conocido suyo desde hace algunos años, sin embargo, no ha sido bien especificado.

En el centro de rehabilitación en donde se encuentra actualmente cumple la función de ser primero de casa, lo cual quiere decir que es responsable de supervisar que las reglas establecidas por la institución se cumplan por todos los miembros que se encuentran en contención, al mismo tiempo es responsable de impartir condicionamiento físico todos los días por la mañana y una vez a la semana clase de box.

Todas las personas que se encuentran en el centro le tienen un especial respeto llamándole “padrino” que es el término que la comunidad de AA ocupa para referirse a personas que llevan tiempo en abstinencia y que se les considera capaces de transmitir conocimiento y experiencias con la finalidad de que otros miembros puedan tomar conciencia de la enfermedad y permanecer sin consumo.

La persona A se caracteriza por pasar sus ratos libres leyendo; por supuesto la literatura de AA y otros temas que son de su interés, enfocados todos ellos en conocimiento que pueda aportar algo al programa; historia de la psicología, funcionamiento del sistema nervioso central, inteligencia emocional, filosofía, por mencionar algunos.

Fue la primera persona en acceder a participar en el proyecto y en escribir su composición (relato 1).

5.2. PERSONA B

Mujer de 56 años de edad, su nivel de escolaridad es de preparatoria terminada al momento de su participación en este proyecto llevaba un año y seis meses de contención, a la cual llegó después de salir de un brote psicótico, es importante mencionar que esta persona salió del centro de rehabilitación pocos días después de entregar su composición (Relato 2).

La participante B fue diagnosticada con Trastorno por uso de sustancias (TUS), Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Consumidora de Alcohol y cocaína. Es importante mencionar que a pesar de no contar con un diagnóstico de Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), en su

composición se puede rescatar un fragmento que hace referencia a la conducta de vomitar lo que se ha comido.

La persona B se caracteriza por ser una mujer alegre, divertida y que lucha por defender la justicia, tiene diversas pasiones de las cuales podemos destacar la cocina, costura y escritura, por lo cual dicho lo anterior se mostró motivada en participar en el presente proyecto. Su principal red de apoyo es su madre, hermana e hija, está última a pesar de vivir en Canadá mantiene una comunicación constante.

En las sesiones grupales siempre fue una de las personas que más participaba, compartiendo experiencias que dejaban claro que había sido víctima de distintas formas de violencia a lo largo de su vida, también manifestaba cada que se daba la oportunidad su desaprobación hacia los grupos de AA que aplicaban métodos considerados por ella agresivos para la recuperación, expresaba recurrentemente la relación cercana y conexión especial con su padre y lo significativo que fue su fallecimiento para su vida, el miedo constante y la tristeza que aparecía por distintas situaciones.

Se le recordaba por cantar en una ocasión arriba de lo que en AA se le conoce como “Tribuna” que es un espacio en donde los miembros pueden expresar sus emociones y desahogarse, causando polémica y en algunos desaprobación.

Siempre expresaba su opinión y comentaba en las sesiones con la intención de ayudar a sus compañeros, por lo cual su relación con todos era buena.

5.3. PERSONA C

Hombre de 31 años de edad, nivel de escolaridad: licenciatura, llegó al centro de rehabilitación después de tener un problema jurídico a causa de agredir a sus padres, a los cuales golpeó en más de una ocasión, presentaba una quemadura de segundo grado en su pierna causada por agua hirviendo, la cual tenía intención de aventar en contra de su madre y que en el forcejeo se la derramó a sí mismo en este último enfrentamiento.

Cuando llegó a la clínica mostraba rasgos de ansiedad: temblor de manos, movimiento recurrente de piernas, sudoraciones, diálogo pausado, dificultad para mantenerse en reposo y poco contacto visual. Su diagnóstico al momento de entrar a la clínica era trastorno por uso de sustancias (TUS) y paroxismo en los lóbulos frontal y prefrontal lo cual en ese momento daba una posible explicación a las alucinaciones auditivas, a la dificultad en el control de impulsos, agresividad y delirios ya que anteriormente se le había diagnosticado con esquizofrenia, sin embargo, tiempo después se refutó ese diagnóstico, lo cual ocasionó que por un periodo no tuviera un diagnóstico específico ya que tenía características diversas, fue medicado de manera diferente en varias ocasiones esperando su estabilidad, hasta que finalmente una psiquiatra quien lo observó y trató por un tiempo prolongado pudo diagnosticarlo con trastorno esquizoafectivo.

Presenta una dificultad para relacionarse con los demás ya que tiende a preferir la soledad por lo que se aísla constantemente de sus compañeros, es una persona alegre a quien le gusta hacer ejercicio y le apasiona el fútbol.

Su principal red de apoyo son sus padres, los cuales siempre están muy pendientes de su tratamiento y cubren todas las necesidades económicas, su padre especialmente quien es un hombre al cuál le apasiona la investigación y su preparación profesional, siendo Doctor en química siempre está indagando e informándose de tratamientos innovadores para su hijo. El participante aceptó compartir su composición para el proyecto y es el autor del relato 3.

5.4. PERSONA D

Mujer de 25 años de edad, nivel de escolaridad; Licenciatura, llegó al centro de rehabilitación al terminar un internamiento en el Hospital de Psiquiatría Fray Bernardino Álvarez el cuál fue necesario debido a un brote psicótico causado por la interrupción en la toma de medicamentos acompañado de consumo de sustancias psicoactivas.

Su diagnóstico es trastorno por uso de sustancias (TUS), Trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nervosa, bulimia y

recientemente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz se le había dado el diagnóstico trastorno bipolar tipo 1, la sustancia de impacto es la marihuana, sin embargo, es consumidora de diversas sustancias.

Cuando ingresó al centro de rehabilitación recuerdo que se encontraba muy enojada, argumentaba que era una pérdida de tiempo y que ella quería e iba a seguir consumiendo, estaba convencida que la marihuana en ella tenía un efecto terapéutico y su reciente crisis era debido entre muchas circunstancias a que había interrumpido su consumo.

Es una mujer sumamente inteligente, tiende a llevar la contra en distintas situaciones, ya sea en las conversaciones, en las actividades y en el reglamento, con argumentos sólidos como ella lo mencionaba.

Su familia nuclear está compuesta por su madre y dos hermanas, siendo la madre la responsable de ella en todos sus internamientos ya que ambas hermanas han cortado casi en su totalidad la comunicación y cercanía afectiva. El participante acepta trabajar en el proyecto ya que tenía muchas ganas de expresar su posición frente al consumo y a su experiencia en los internamientos en los que ha estado. (Relato 4)

6. EXPLORANDO LOS RELATOS ESCRITOS DE LOS PARTICIPANTES

6.1. RELATO 1

“LAS DIFERENTES TONALIDADES DE MIS TRATAMIENTOS”

Nací en la colonia Carmen Serdán, mi padre murió en una pelea callejera, me resentí de dios, mi madre tuvo que trabajar y crecí a cargo de mis tíos quienes me trataron mal, empecé a trabajar a mi corta edad de 13 años en un mercado tirando basura, practique deporte, el boxeo y fui un joven agresivo. A los 16 años me empecé a drogar y alcoholizar de menos a más, cuando me di cuenta ya andaba en la calle inhalando cemento, mi

trabajo después fue en las carnicerías y por consiguiente tenía facilidad para obtener dinero, me porte grosero con mi madre le hice la vida muy desagradable.

Caminando afuera del mercado de San Lorenzo Tezonco me encontré a Manuel “el litros”, me mostro una tarjeta de AA y me dijo que me ayudarían. Fui con él, era un grupo de los llamados “fuera de serie” me desconcertó puesto que su forma de trabajo era muy agresivo, con palabras fuertes, golpes, mentadas de madre, amarradas de pies y manos , hincados, parados, sentados día y noche en un polín (estructura de madera utilizada para obras de construcción que tienen estructuras de cemento), comer pura verdura hervida y en mal estado, estuve 3 meses y salí muy resentido, me quede a militar más de un año y me hice como ellos eran; mal plan, muy grosero, déspota y altanero, me gane mentadas y aplicaciones por mi forma de ser y recaí, volví a regresar y fue un infierno, esta vez ocupe toda mi habilidad para ganarme a los padrinos y el trato me fuera más tranquilo y empecé una vida muy equivocada puesto que me hice a la idea errónea de una vida muy fanatizada al programa y a dios, todo lo hice al revés y mi vida cambio, me dedique a estar todo el día en el grupo y deje mi vida social y familiar, enfermo mi mente y alma , hice lo mismo, trate mal a mis compañeros y volví a consumir. Las casas eran conformadas por 100 a 160 personas, tuve varios ingresos y por mi forma de ser fui muy maltratado, pensamientos negativos y muy agresivos hacia las personas que conformaban las casas donde yo militaba, la experiencia fue muy nefasta, volví a regresar varias veces a diferentes casas, cada vez más fuertes, el trato y el trato empeoro, me resentí con dios y mis compañeros, golpes, corte de pelo a veces sin comer, sin dormir, me dedique al grupo de lleno, después de varios anexos logre quedarme en un grupo más de un año, lo único que fue de mi agrado fue que me enseñaron a ver por los demás a leer, pero ya bien enfermo de mi mente volví a recaer y el sistema nunca cambio, era lo mismo un infierno emociones de miedo y tristeza me llevaron a ser una persona muy aislada e iracunda ya no socializaba, fueron años de una vida muy mal desarrollada en un grupo me fracturaron el brazo izquierdo, me resentí con el grupo y recaí, otra vez por consiguiente me la pase en la calle más de un año en indigencia, trate de salir de las adicciones por mis propios medios y no encontré resultados, tuve que volver al grupo y esta vez me quede más años 14, el gobierno entro y cambio el sistema de todo el tratamiento, entro la medicina, psiquiatría, psicología y la religión como apoyo, las buenas

personas que llegue a encontrar en los grupos me educaron y me enseñaron a respetar y obedecer, si pudiera cambiar mi historia me hubiera integrado con mi familia y la sociedad, lo positivo que me dejó las instituciones fue que abrí 2 casas de recuperación y a ser más humilde, a orar, a disciplinarme, mi mayor aprendizaje fue relacionarme con las personas de una manera clara y asertiva, estudiar a cerca de la enfermedad, leer a cerca de dios, hoy en día sigo en tratamiento, el mejor aprendizaje es que lean mi historia. Gracias.

Hoy en día me mantengo en el tratamiento de AA. Con algunas recaídas pero con un promedio de 14 años de abstinencia recaí después de 3 años y recaí. Hoy en día llevo mi tratamiento y creo que voy mejorando. Puesto que me ha costado trabajo alejarme de la droga y el alcohol he encontrado. Mi paz y tranquilidad me dedico a dar juntas y entrenar a los pacientes en el boxeo me impacta como cambian los pacientes llegan bien dañados y van mejorando, hoy en día han cambiado los tratamientos con herramientas como la psicología, psiquiatría, médicos, terapeutas y consejeros en adicciones, le doy gracias a dios, cada día trato de levantar mi corazón y mis manos en gratitud a dios por enseñarme, un designio para vivir que realmente funciona, por medio de nuestra hermosa comunidad pero ¿Qué es exactamente ese designio para vivir que realmente funciona para mí?. Es la práctica de los doce pasos lo mejor que pueda la continua conciencia de un dios que me ama incondicionalmente y la esperanza de que cada día hay un propósito para mí ser yo soy verdaderamente bendecido en la comunidad según. Sigo creciendo en sobriedad, llego a tener más conciencia de mí mismo como persona valiosa en este proceso puedo ver mejor a otros como personas y con esto viene la comprensión de que están eran personas a quienes yo había lastimado durante mis días de bebedor yo no solamente mentí a gente que tenía su valor necesito hacer algo al respecto de la gente que he ofendido para que pueda disfrutar de una sobriedad pacífica y con la ayuda de un tratamiento y la gracia de dios. (Persona A)

6.2. RELATO 2

“LAS DIFERENTES TONALIDADES DE MIS TRATAMIENTOS”

En la mesa había un platón con toda clase de carnes frías y otro más con quesos deliciosos que acompañábamos por supuesto, con vino tinto.

Mi padre, Claus, Gabo, Luis E, Alex y yo. Andrea dormía arriba en su cuna. Claus es la viuda de ahora mi difunto padre, Gabo, Luis E. y Alex son mis hermanos y Andrea es mi hija, hoy una hermosísima mujer de 26 años.

Nos reuníamos frecuentemente alrededor de esa mesa a disfrutar de la comida y del buen vino, pero sobre todo de la dicha que nos provocaba cantar bolero y otras canciones al son de la guitarra de mi hermana Gabo.

Esa noche terminé en una fila tambaleante subiendo la escalera a carcajadas, a la mañana siguiente fuimos a la barbacoa del señor bigotón.

Hacia frío, yo tropecé con algo. En medio de la oscuridad adiviné que estaba en el patio frontal, boca abajo en el piso, escuchaba gritos, llanto, muchas voces, estaba tan desorientada... hacía tanto frío, sentí la cara mojada. No pude levantarme, de repente descubrí que los gritos aterradores y el llanto salían de mí! Habían muchos zapatos a mi alrededor ¡Tengo mucho frío!

Descalza, arrastrando los pies daba algunos pasos recargándome en la pared de un pasillo larguísimo. Me dolían las rodillas y la cara, sobre todo un ojo y la barbilla. Tenía mucho miedo y buscaba a alguien que me explicara qué había pasado. Yo suponía que estaba en un hospital, pero no veía a ningún médico o enfermera a quien preguntar, nada.

Black Out de tiempo indefinido”

Me miro en el espejo de mi cuarto, tengo la cara hinchada, un ojo morado y una herida bastante considerable en la barbilla aún con sangre seca. Estoy llorando segura de que voy a morir de tristeza, ahora sé que estoy en el Hospital Psiquiátrico San Rafael.

Detrás de un escritorio frente a mí, un doctor me hace muchas preguntas. Respondo enojada, con mentiras, con exageraciones, trato de seducirlo, me burlo...

Las palabras vuelan como plumas de una almohada desgarrada en el consultorio, ya no quiero escuchar esa voz, me pierdo mirando a través del ventanal un gran jardín.

Qué bien se come aquí, todo estaba delicioso, podía comer lo que quisiera y sin límite. No me importaba porque vomitaría inmediatamente después, nadie se daría cuenta, seguiría siendo mi secreto para mantenerme delgada y hermosa.

Para entonces tenía dos amigas y un amigo con los que me la pasaba fumando en las sombrillas.

De nuevo frente al doctor, cómo cada semana. Yo siempre indiferente mirando hacia el jardín. Él me habla sobre los medicamentos y sus efectos; yo solamente asentía.

Pasaron las semanas, los meses sin que en ese lugar yo recibiera algo más que breves pláticas con el psiquiatra y otras personas y una o dos veces algo parecido a un taller de manualidades.

No recuerdo haber tenido ninguna claridad de las verdaderas causas que me llevaron a ese hospital ni tampoco de lo que debía hacer al salir de ahí.

Un día llego mi papá, pagó la cuenta y nos fuimos, 25 años más tarde encontré por casualidad mi expediente médico y me di cuenta que desde entonces me habían diagnosticado TLP y mis papás no le dieron ninguna importancia, o tal vez nadie les explico lo que este trastorno implicaba. El caso es que por esta razón yo viví 25 años con TLP sin tratamiento, cuando quizá pude haberme ahorrado mucho dolor.

Llegamos a la casa de recuperación de la Madrina Yola. Me impresiono mucho ver a una mujer, como de 70 años acostada boca abajo en su cama cuando entre a su cuarto me la presentaron como "La madrina Yola" quien me dio la bienvenida desde su lugar, sin mover sino la cabeza y los brazos.

Tiempo después alguien me contó su trágica historia: Había quedado así después de varias operaciones a consecuencia de un terrible accidente de coche conduciendo en franco estado de ebriedad.

Cómo este lugar está lejos de la Ciudad de México, mi familia me visitaba poco, afortunadamente conocí a 2 mujeres maravillosas, compañeras de la casa (ahora muy amigas mías) con quienes me divertía muchísimo. Dormíamos en la misma habitación y puedo decir que gracias a ellas los 4 meses que viví en Huitzila me la pase increíble, aunque en ese tiempo no aprendí ni me interese por nada que tuviera que ver con AA.

Hubo un evento tristísimo en ese periodo: Una tarde llegaron sin avisar mi hermana, mi madre y mi hija (quien vive en Canadá). Recuerdo que en cuanto me avisaron que ya estaban ahí abrí la puerta y salí corriendo por el andador hasta la calle donde estaban. Vi a mi hija llorando a mares y la abracé. En ese momento no me imaginaba que mi Andrea lloraba de tristeza, de impotencia, de soledad, de abandono... Hacía varios meses que yo había huido de Montreal casi a rastras con una depresión metida hasta los huesos, dejando sola a mi hija. Inconsciente con la ansiedad que me salía por los ojos, el corazón fracturado, frío y un cuerpo lánguido y enflaquecido seguí abrazando a mi pequeña, llorábamos las 4 en esa banqueta sucia y horrible de Huitzila.

Eran las 12 de día hice mi maleta, reclame el dinero que me quedaba de tiendita y me fui, preguntando en las calles llegue a la estación de autobuses y me subí al primero que iba para México. Llegue a una estación del metro que no conocía, localice un oxxo, me compre un litro de tonayan y comencé a llorar y a beber mientras me dirigía a Taxqueña pensando que otra vez estaba en la misma situación, igual que hacía 4 meses, o quizá peor.

Con grito aplastándome el pecho y tristeza de siempre saliéndose por mis ojos. Otra vez el mismo sabor amargo en la boca que no puede cantar.

Estoy gritando, tengo mucho miedo, pero mis gritos parecen venir de otra parte. Los dibujos de las paredes se salen y flotan, creo que van a atacarme.

Aay muchas manos lastimándome mis brazos y piernas, a lo lejos escucho a penas la voz de mi madre.

Las paredes se vuelven negras de pronto, una gran nada me envuelve creo que todavía respiro. Luego nada...

Recupero la mitad de la conciencia en un cuarto pequeño, estoy sujeta de pies y manos una cortina blanca a mi derecha.

Ayuda, ayuda por favor.

Me doy cuenta de que tengo un catéter y que me duele el cuerpo, alguien aparece y me dice no sé qué.

Después de algún tiempo que no preciso me pasaron al lugar de “ansiedad y depresión” del Instituto R.F.M. Poco a poco me fui adaptando. Ahí me sentí mucho mejor, cuidada y atendida, y equipo de médicos se hacía cargo de mí, me explicaban regularmente cómo eran los estudios que me hacían, para qué los hacían, los resultados, cuáles medicamentos estaba tomando y con qué propósito, en fin, yo estaba informada y me sentía protegida por ese grupo de médicos que sin duda estarían ahí para ayudarme a entender lo que me estaba pasando.

Mi familia me visitaba los jueves y los domingos. La dieta que me daban era excelente, ¡empecé a ganar un poco de peso!

Cuando por fin me dieron de alta tanto yo como mi familia tuvimos muy claro el diagnóstico y el tratamiento para mis trastornos, así como qué podíamos hacer cada miembro de la familia para tener un apoyo psicológico, terapéutico y de información en el seguimiento del proceso.

Realmente estoy muy agradecida con el instituto pues realmente recibimos una atención excelente en el internamiento y en consulta externa.

Un nuevo terrible brote psicótico, tal vez el peor de mi vida, seguido por mi 4to intento de suicidio me llevaron al Hospital del IMSS de San Fernando. Después de haber ingerido una buena cantidad de alcohol y una caja de clonazepam mi hermana me llevo en

ambulancia, pues había tenido en casa dos paros respiratorios de los que milagrosamente salí antes de que llegaran por mí.

De este lugar puedo decir cosas muy buenas.

Con el diagnóstico y la medicación que ya tenía no fue tan difícil sacarme del brote. Estuve muy deprimida, eso sí, me llevo algunos meses recuperarme.

El personal es muy profesional y amable, especialmente las enfermeras y enfermeros. La psiquiatra que me atendió fue bastante clara al explicarme todas mis dudas. La alimentación era de primera y las instalaciones muy adecuadas. Había dos patios y un jardín que me gustaba mucho.

Cómo el internamiento en este tipo de hospitales es muy corta, mi familia decidió trasladarme casi inmediatamente a la clínica en la que actualmente vivo.

Nueva identidad

Estaba dispuesta a hacer lo que fuera, cualquier cosa para tratar de sanar aunque sea un centésimo del daño que había hecho. La culpa no me cabía en el cuerpo, se me salía por los ojos a cada rato, se me notaba en cada paso y en el vacío de cada palabra que intentaba decir.

La dirección de la clínica Nueva Identidad en mi opinión, deja mucho que desear.

Un centro como esté debería ser más que un banal negocio, un apoyo para los adictos y sus familias que se encuentran en una situación desesperada y necesitan información, ayuda terapéutica y un lugar de contención. No un medio que se aproveche de la ignorancia y de la angustia de los adictos y sus familias, un adicto no necesita en ninguna etapa de su proceso de rehabilitación, estar aterrorizado, ser insultado, o no ser informado. Tampoco me parece que por ganar un cliente más se engañe a las familias diciéndoles que todos los que llegan tienen su certificado de que no tienen covid.

En realidad hay muchas irregularidades tanto de salubridad como de derechos humanos.

Yo sigo aquí porque no he podido llegar a un acuerdo con mi familia y porque como se dice “es lo que hay”.

No hay para pagar algo mejor y ni modo. Bueno, hoy estoy enojada y muy triste porque el director de la clínica le ordenó al que se encarga de las llaves que metiera a las gatitas (que habíamos adoptado para que espantaran a las ratas y ratones) en una bolsa de plástico y echara al contenedor para que se las llevara el camión de la basura!!! Yo estaba muy encariñada con las gatitas, yo les daba de comer, les limpiaba su arena y hasta dormían conmigo, por eso me duele mucho que se hayan ido para quien sabe dónde.

Cosas como está pasan aquí. Pero también he aprendido que el mundo es así. Hoy entiendo que afuera, aquí, en E.U. y en todos lados suceden cosas buenas y malas y yo lo único que me queda es aprender a decir que voy a ser frente a esas cosas ¿Cómo voy a reaccionar? Necesito tomar unos momentos y respirar, tal vez sentarme, cerrar los ojos, concentrarme en mi respiración y hasta después volver al asunto.

Definitivamente no pienso igual que hace un año, no siento igual. Soy una paciente dual (¿O trial?) TDAH, TLP, Alcohólica, me conozco más soy más feliz.

Al principio no sabía qué hacer con esto y me quedaba solo con el malestar y la frustración. Me enojaba, me entristecía muchísimo y hasta pienso que me deprimí todavía más. Pero con el tiempo aprendí a protegerme, a ser resiliente, entendí que hay muchísimas cosas en este mundo que no puedo cambiar y que no van a cambiar nunca, que las personas son como son, hacen cosas no me hacen cosas y como se dice por ahí “no te enganches”. Aprendí también a tolerar, a empatizar, a agradecer, a escuchar. Y todo esto en gran parte gracias a las personas que me hacen sentir tan mal pues con ellas “practico” y también gracias a las terapias de grupo, individuales, a las juntas de AA y a las tribunas. (Persona B)

6.3. RELATO 3

“LAS DIFERENTES TONALIDADES DE MIS TRATAMIENTOS”

Yo cuando era infante normalmente era el malo pero recuerdo que mi papá consumía alcohol con su amigo cuando construía la casa, mi mamá se enojaba y peleaban continuamente, yo probé el alcohol cuando él se distrajo y se había servido un vaso y yo pensé que era manzanita sol y no me gusto, me desagrado.

Mi hermana al final de la primaria la cambiaron a otra escuela, antes iba conmigo pero en su otra escuela se empezó a desviar y tuvo un hijo, un intento de violación y andaba con ondas darketas y sectas, entonces yo ya no era el malo, tuvo un bebé y se murió, le costó mucho tiempo asimilarlo, después mi hermana busco a su exnovio con el que tuvo al bebé y estaba él con problemas de drogadicción. Mi hermana también se metía alcohol, marihuana y anfetaminas. Cuando su ex novio vivía con nosotros yo había engordado y me sentía identificado con sus creencias, con su manera de vestir y su ideología, escuchaba música diferente y ya quería ser como él , como callejero y vale madrista.

Mi hermana viajo a Europa y se trajo de allá una pipa, llamada “bong” que era grande y traía esencias de tabaco para fumar, en ese entonces ya no fumaba. Un día me dijo que fumara marihuana y yo no sabía cómo fumar, me dijo que le jalara pero no me pego porque no supe como jalarle.

A ella la llevaron al psiquiátrico porque se ponía muy loca; hubo una vez que hizo una fogata como intentando quemar la casa, yo la fui a visitar al psiquiátrico y se veía bien gorda, fue a psicólogos y todo y yo la veía bien furiosa, enojada con la vida y cómo que pedía amor a gritos; en ese entonces toda la atención se centraba en ella.

También influyo que nos habíamos cambiado de casa y ya estaba muy desorganizada nuestra familia porque mis padres de la pasaban trabajando incluso hubo un día que olvidaron pasar por mi hermana. Yo me sentía solo y raro porque yo siempre había sido el malo de la familia y me doy cuenta que me sentía triste porque yo quería esa atención que le daban a mi hermana, aunque sea porque estaba pasando por un mal rato ella.

Ya en la prepa entramos a la misma escuela pero yo me la pasaba jugando con los amigos, viendo pornografía porque apenas me empezaba a explorar y no le dedicaba atención a la escuela, lo que más me costaba trabajo era la computación, historia e inglés.

Conocí a una chica que yo le gustaba y me dijeron que me quería conocer, yo le pase mi correo a su amiga. Ella me contacto por correo, por Messenger y nos llevamos muy bien, yo no sabía que ella era muy guapa, después nos conocimos, yo le pedí que fuera mi novia pero ella no quiso. Aun así nuestra relación era como de novios. Un día yo le dije que traía marihuana pero no traía en verdad, solo quería llamar su atención, ella lloró y desde ahí nos empezamos a alejar.

En la prepa empecé a tomar con los amigos porque había un billar y ahí vendían alcohol, en ese tiempo me ponía muy buenas borracheras.

No pude con la presión de la escuela y me fui a una que estuviera más cerca de la otra para poder ver a esta chica, me cambie a una escuela más fácil. En esta escuela encontré amigos muy buenos pero el consumo de droga era más abundante, al principio me negué y solo bebía con mi grupo de amigos pero después me anime porque veía que un chavo guapo consumía y yo le tenía envidia de que conseguía a las chicas que yo quería.

Antes conocí a topo y charmín, ellos me indujeron a la marihuana, íbamos a su casa a fumar pero nos descubrió la policía una vez y lo saco su familia de la escuela.

Yo en ese tiempo tenía la idea de que iba a consumir toda mi vida.

Conocí a muchos amigos unos se moneaban que era la banda del hip-hop, otros de los drogadictos que se metían ajos y fumaban marihuana y con los que yo me juntaba que era la que solo tomaba alcohol.

Poco a poco me fue gustando más la marihuana y me juntaba más con la banda drogadicta, el desmadre me gustó mucho y empecé a dejar la escuela de lado. Una vez fuimos a una unidad y ahí nos agarraron consumiendo, nos encontraron marihuana y nos metieron al tutelar. Yo apoye a mis amigos y los cuidaba ahí adentro por lo mismo me trataban mal los demás, me jalaban el pelo y me pegaron en las literas, se masturbaban enfrente de mí y como que se burlaban de mi cabello que lo tenía muy largo.

Nuestros papás nos sacaron y yo seguí consumiendo con ellos pero ahora mis papás ya se daban cuenta de mi aspecto porque antes ni conocían las drogas ahora ya sabían que los ojos se ponían rojos, el olor, etc.

Tuve algunas novias y solo entablaba malas relaciones. Tuve mi primera relación y ella ya se quería casar conmigo pero tenía una hija entonces por eso la abandone aparte de que sus dientes estaban feos y yo me fijaba mucho en eso aunque yo los tuviera feos.

De repente iba con la banda de la otra escuela y tomábamos, hubo una vez una fiesta en Cuernavaca, fume marihuana y tome cervezas, me dio cruda y al día siguiente me dijeron que me tomara las sobras calientes y me puse más pedo; yo bebía también porque quería tener sexo con unas amigas pero ellas se iban con otros amigos.

Después robe en un oxo y la policía me siguió, mis amigos no me cuidaron y al llegar a la estación de autobuses rompí un radio y me detuvieron y me llevaron al tutelar de Apodaca pero esta vez solo, me quede tres días y me sacaron pero ahora mis papás no iban a permitir que siguiera consumiendo porque me llevaron con un terapeuta especialista en adicciones. Él puso sus reglas y me dijo que si no me aplicaba me iban a dejar sin techo y que me iban a dejar en la calle por lo que busque trabajo, pero tiempo después hice amigos ahí y volví a consumir piedra y mucha porquería, nos cacharon en el trabajo y yo me salí.

Después deje las drogas, termine la prepa y como también deje el cigarro sentí que me ahogaba y ya no tenía a mis amigos por lo que me sentí aislado. Le dije a mi papá que sentía feo cuando mis amigos de la casa se morían y que yo sentía que me violaban, que no me gustaba que me dijeran gay aunque ellos lo decían de broma.

Fui a la casa, leí una parte de la biblia y llore, mi papá me pregunto por qué y no le supe explicar bien, a parte ya no estaba haciendo nada ni trabajaba ni estudiaba entonces como que fue un ataque de ansiedad o un brote psicótico, mi papá me comparaba mucho con mi tío que es esquizofrénico entonces como conocía al director de un psiquiátrico me metió, yo le explique que creía que él era dios, yo el hijo y mi madre como la virgen, entonces creyó que estaba como loco, pero lo que yo necesitaba era socializar más .

Me medicaron en el psiquiátrico, me pusieron olanzapina y valproato y me sentí muy raro, eso que me paso yo ya lo había soñado y pensaba que eran dejavus pero ahora sé que eran sueños vividos, no me habían dado agua y sentía que el cuello se me doblaba, sentí que me iba a morir, le agarre la chichi a una compañera, se enojaron pero pedí disculpas, pedí agua y me sentí mejor.

Me contaban las popos, me visitaban los médicos y ahí estuve un mes.

Había muchos locos, uno que se había aventado de la ventana porque se creía superman, uno que se pegaba en la cabeza, yo estaba obsesionado con mi peso y me ponía a hacer ejercicio excesivo pero ahí no podía correr por lo cual engorde porque me la pasaba durmiendo; en ocasiones teníamos actividades recreativas como bailes, papiroflexia, voleibol, etc.

En ese internamiento me motive para seguir estudiando psicología, tenía el ánimo bajo por mi peso pero le puse mucha dedicación y en ese tiempo después ir con las prostitutas y me enamoré de una, después busque trabajos y no encontraba por lo cual me metí a un seven eleven, antes de eso tuve otro brote en donde pensaban que había voces arriba del departamento, tuve otro sueño vivido y rompí la puerta del vecino de arriba y no encontré a nadie, me volvieron a meter al mismo loquero.

Salí y prometí que no iba a consumir en el trabajo pero conecte con un amigo, me ofreció droga y volví a consumir.

En una fiesta de mi hermana me puse muy borracho y agresivo y me palie con mi cuñado, rompí una mesa y me llevaron al psiquiátrico, ahí conocí a una psiquiatra la cual me dijo que yo tenía un problema de drogas y me mandaron a un AA.

En el AA sentí que yo no necesitaba eso porque según yo solo consumía poco, El trato fue pésimo y gritaban mucho por lo que también me dolían mis oídos, hice una historia de vida, mi cuarto paso y me sacaron.

Salí de ahí y alterado por la pandemia y porque mi papá me gritaba y mi madre no me hacía caso los golpee y salí quemado por eso me trajeron a otro AA donde me costó

trabajo adaptarme debido a que presente otra vez brotes psicóticos, sentía que se me rompía la pierna por los servicios.

Me han diagnosticado como esquizoafectivo que me genera muchas dudas que hasta el día de hoy con ayuda espero resolver.

6.4. RELATO 4

“LAS DIFERENTES TONALIDADES DE MIS TRATAMIENTOS”

A mis 25 años de edad he tenido 8 internamientos en los últimos 3 años, de los cuales 4 han sido en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y los otros 4 en instituciones privadas.

Desde años anteriores (20) fui diagnosticada con borderline por un intento de suicidio, no tuve criterios de internamiento pero desde los 19 ya había iniciado mi consumo de cannabis, a los 20 años tuve 2 abortos y comencé a consumir todo tipo de sustancias psicoactivas, excepto heroína. A los 22 años comencé a consumir LSD y MDMA.

He vivido sola los últimos 3 años de mi vida, siendo autosuficiente he independiente entre periodos de recaídas de cuadro psicótico.

Mi padre murió en un accidente, cráneo traumatismo encefálico instantáneo en un accidente cuando yo tenía 13 años, fue cuando iniciaron mis conductas cutting junto con bulimia y anorexia nerviosa que al día de hoy persisten.

Mi madre quedo viuda, mi hermana mayor me tiene cierto resentimiento extraño y mi hermana menor rara vez tengo contacto con ella.

Fui remitida a todo tipo de tratamientos psicológicos desde los 8 o 10 años por meter alcohol a mi primaria, la cual era de monjas, por lo que casi fui expulsada pero era o siempre he tenido excelencia académica. (Terapia cognitivo-conductual, constelaciones familiares, meditación, hasta que me harte y deje toda clase de tratamiento).

Mi madre satanizó el alcohol prohibiéndole a mi padre tener alcohol en casa lo que acrecentó la violencia intrafamiliar, psicológica y algunas veces física, fui cambiada a una secundaria de sacerdotes; al poco tiempo fue el fallecimiento de mi padre lo que abrió más la brecha entre mi familia y yo, yo seguí consumiendo alcohol de manera escalatoria hasta llegar a la licenciatura, la cual ya la he concluido en Ing. Mecánica y mi cédula se encuentra en trámite.

Poco antes de concluir mi licenciatura yo me fui a vivir con un chico como única alternativa a continuar resistiendo la carrera con una madre neurótica que constantemente ya revisaba mis cosas, se había perdido ya total privacidad para mi persona debido a que ella ya me había llevado a varios psiquiatras, incluyendo el Ramón de la Fuente en el que el diagnóstico fue bipolaridad; mi cuarto ya no tenía ni cerradura así que un día fastidiada de la escuela y llegando tarde a su casa comenzó de nuevo una gran discusión en la que metió un cuadro de Alanón a mi cuarto que decía “piensa” por lo que tome mi mochila y me fui a vivir con el chico antes mencionado (que de chico no tiene nada , es dealer y tiene 33 años).

Mi consumo de cristal y piedra paró a los 22 años con mis dos abortos ya que la sustancia me causa ahora nauseas pero aumentaron los psicotrópicos; mi depresión por dejar mi casa, tener que acabar la carrera. (Faltaban un par de semanas, ya tenía 23) hizo que aumentara más mi consumo hasta tener sobredosis de LSD (5 gotas) lo que me hizo regresar con todas mis cosas a casa de mis abuelos, mi actividad anormal me hizo decirles todo lo que había consumido a lo largo de mi vida por lo que mi madre y toda mi familia de mi papá decidieron que necesitaba ayuda profesional con lo que fui a dar la Quinta Santa María (Quinta San José) en Hidalgo.

Quiero aclarar que una sobredosis de LSD a mí solo me hizo descargar mucha información, entendimiento, cosas que para alguien que nunca ha consumido es inentendible.

Ese es el lugar más desalmado que he conocido, me trasladaron a valoración psiquiátrica a las 3 semanas ya que me robe un cuchillo y reventé cadenas, mi actitud hubiese sido diferente si el primer día no me hubieran ahorcado y amarrado por dos días: me pusieron

3 inyecciones de zyprexa antes de dejarme ir, lo que implicaba que si yo consumía después de o mejor dicho si consumía en los 15 días posteriores a salir tendría crisis psicótica. Me trasladaron al HPFBA con diagnóstico sin criterios de internamiento, yo no tenía conocimiento de lo que se me suministro ni de sus consecuencias, así que al salir fume marihuana og cush y tuve mis primeros dos internamientos en el HPFBA con diagnóstico de delirium tremens.

Estar ahí te inhumaniza, he visto niñas y mujeres amarradas, gritando, rezando y llorando todas las noches, con más de 30 internamientos, gente brillante a la que muchas veces su familia abandona ahí solo por miedo, envidia o no sé, todo eso sin mencionar que aún se utiliza TEC (Terapia Electro Convulsiva).

Después de estar un mes estuve una semana fuera, volví a consumir y una semana después mi madre volvió a llamar para otro traslado psiquiátrico en el HPFBA, todo este tiempo yo seguía en delirium, no me ayudaron de ninguna manera; al salir me trasladaron a mi cuarto internamiento en otra clínica particular llamada Prema dónde un verdadero especialista pudo explicarme que era el borderline y bajarme el alucín que aún tenía, el aire libre y los especialistas fue lo que me hizo quedarme hasta medio camino, salía y fumaba marihuana o tomaba y regresaba hasta que un día decidí irme con el dealer de nuevo; todo sucedió sin tener contacto alguno con mi familia.

Mi tío me recomendó en Neopharma S.A. de C.V. en donde fui contratada como gerente de mantenimiento e inmuebles, ASAP me fui a rentar con un amigo ya que no era feliz en donde me encontraba; labore excelentemente por cuatro meses pero mi sobreexigencia y la medicación que ya no tomaba junto con mi ingesta regular de cannabis que suspendí, mandan a mi roomie a trabajar lejos y vuelvo a tener cuadro psicótico el cual se me quito en un par de semanas, fui internada de nuevo en el HPFBA.

Al salir regrese al departamento junto a casa de mi madre en dónde solo estuve un mes porque mezcle alcohol con pastillas, me mantuve alejada, estable e independiente, entre a un call center bilingüe y volví a rentar un departamento con mi roomie, mi consumo de cannabis, LSD y MDMA siguió, siendo el cannabis mis droga de impacto, mi consumo era de una onza a la semana.

Tuve la oportunidad de volver a ejercer mi carrera como supervisora residente de instalaciones en el CINVESTAV sede sur, sin percances hasta que trataron de asaltarme (también sin medicación), me mude a una cabaña humilde yo sola y comencé a entrar en crisis, tuve contacto con mi madre y me llevo a Claidier clínica en la que estuve solo un día, niños ricos y desubicados que solo piden otra clona, con una gran carencia afectiva y desubicación en la sociedad.

Mi madre dijo que no podía volver a su casa y me dejo en casa del que es delier pero ella no sabe, él está protegido por su madre que trabaja para la cámara de diputados, solo estuve un par de días y después de vagar por la ciudad de una casa de mis tíos a otra, sin recibir apoyo termine en el punto de Tepito esperando a una amiga, llego el plug y después de una serie de eventos desafortunados nunca vi a mi amiga y sufrí una violación , la cual fue el menor de los males, después de unos días de activar no comer y no dormir (antes del rape) terminé en cuadro psicótico y termine de nuevo en el HPFBA y finalmente aquí.

El trato es arcaico, trajeron a una paciente aún en delirium y terminé siendo agredida y nadie hizo nada.

7. RESULTADOS “ MÁS ALLÁ DE LO ESCRITO”

Una vez que las y los participantes tuvieron listas sus composiciones, se inició con el análisis para el cuál se utilizaron las tablas mostradas en los Anexos 5, 6, 7 ,8 para identificar los sentidos (los cuales son presentados en negritas) y significados, debo confesar que me sorprendió el giro que tomaron los escritos, cuando se empieza una investigación siempre existen expectativas, es imposible no tratar de predecir lo que se va a escribir, sin embargo, la verdadera riqueza aparece cuando nos encontramos con un terreno que no esperábamos.

Se empezó por identificar dentro del texto los trechos que tuvieran un sentido, es decir una carga emocional que a pesar de no estar expresado explícitamente, los que tenemos el honor de leer podemos interpretarlo.

Cuando las personas plasmaron en las composiciones sus experiencias en tratamientos previos, se pudo identificar el sentido de **incertidumbre** expresada de la siguiente manera:

Persona B:

- *No recuerdo haber tenido ninguna claridad de las verdaderas causas que me llevaron a ese hospital ni tampoco de lo que debía hacer al salir de ahí.*
- *Recupero la mitad de la conciencia en un cuarto pequeño, estoy sujeta de pies y manos una cortina blanca a mi derecha. Ayuda, ayuda por favor. Me doy cuenta de que tengo un catéter y que me duele el cuerpo, alguien aparece y me dice no sé qué.*

Persona C:

- *Fui a la casa, leí una parte de la biblia y llore, mi papá me pregunto por qué y no le supe explicar bien a parte ya no estaba haciendo nada ni trabajaba ni estudiaba entonces como que fue un ataque de ansiedad o un brote psicótico, mi papá me comparaba mucho con mi tío que es esquizofrénico entonces como conocía al director de un psiquiátrico me metió ahí.*
- *Me han diagnosticado como esquizoafectivo que me genera muchas dudas que hasta el día de hoy con ayuda espero resolver.*

Es como si las personas desconocieran lo que está pasando al inicio de un tratamiento residencial.

Cabe destacar que en México, la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones se rigen por la Norma Oficial Mexicana 028 (NOM-028-SSA2-1999), la cual menciona que los establecimientos especializados en adicciones son aquellos que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto (Secretaría de Salud, 2000). Esta norma establece que el modelo mixto debe ofrecer servicios profesionales y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino, sin embargo, los centros de tratamiento de las adicciones son insuficientes para atender la demanda potencial, los existentes carecen de la infraestructura y del personal profesional calificado para

hacerse cargo eficazmente de todo el proceso; se transgreden los derechos humanos de los usuarios, no existen programas de capacitación continuos para la formación de tratamientos (Rojas et al., 2011).

Mencionado lo anterior se explicaría el hecho de que más de uno de los participantes haya experimentado un trato que no creía merecer o que desconocía los motivos del porque se encontraba en un lugar de contención en el cual tendría que pasar los próximos meses de su vida.

Algunas de las personas que aceptaron colaborar en el presente proyecto también expresan **agresiones** hacia su persona o haberlas detectado en otros de sus compañeros de internamiento:

Persona A:

- *Era un grupo de los llamados “fuera de serie” me desconcertó puesto que su forma de trabajo era muy agresivo, con palabras fuertes, golpes, mentadas de madre, amarradas de pies y manos , incados, parados, sentados día y noche en un polin , comer pura verdura hervida y en mal estado.*

Persona C

- *En el AA sentí que yo no necesitaba eso porque según yo solo consumía poco, El trato fue pésimo y gritaban mucho por lo que también me dolían mis oídos, hice una historia de vida, mi cuarto paso y me sacaron.*

Persona D

- *Ese es el lugar más desalmado que he conocido, me trasladaron a valoración psiquiátrica a las 3 semanas ya que me robe un cuchillo y reventé cadenas, mi actitud hubiese sido diferente si el primer día no me hubieran ahorcado y amarrado por dos días.*
- *Estar ahí te inhumaniza, he visto niñas y mujeres amarradas, gritando, rezando y llorando todas las noches, con más de 30 internamientos, gente brillante a la que muchas veces su familia abandona ahí solo por miedo, envidia o no sé, todo eso sin mencionar que aún se utiliza TEC (Terapia Electro Convulsiva).*

Se puede observar que las personas que se encuentran en contención se ponen a la defensiva y puede aumentar las conductas agresivas dentro del lugar de tratamiento, la desinformación del como estructurar un modelo de intervención en dónde esté presente el trato digno y la atención integral que una persona con Patología dual necesita ya que no podemos dejar a un lado el hecho de que actualmente un gran número de centros de rehabilitación son coordinados por personas considerados “padrinos” es decir personas que por llevar un periodo largo de abstinencia se les da la responsabilidad de brindar atención a usuarios recién llegados, el compartir experiencias personales en este caso es la base que rige este concepto de ayuda mutua.

Dichas agrupaciones recibieron el nombre de “Anexos”, los cuales dieron origen al modelo de los Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA), mismos que han adoptado la filosofía de los 12 pasos desarrollados por Alcohólicos Anónimos (AA). Sin embargo, distan mucho de ser iguales a los “Grupos Tradicionales”, ya que los CRAMAA refieren no adherirse a las 12 tradiciones de AA, pero sí a la filosofía de recuperación, gran parte de dichos centros no cuentan con el apoyo de especialistas y/o profesionales de la salud (Marín-Navarrete, et al, 2013a)

Debemos señalar que algunas experiencias previas pueden provocar **resentimiento** en los usuarios:

Persona A

- *Fueron años de una vida muy mal desarrollada en un grupo me fracturaron el brazo izquierdo, me resentí con el grupo y recaí, otra vez por consiguiente me la pase en la calle más de un año en indigencia.*

Culpa y arrepentimiento por conductas realizadas durante el periodo de consumo o dentro de estos grupos de rehabilitación, lo que puede resultar contraproducente para la recuperación:

Persona B

- *Estaba dispuesta a hacer lo que fuera, cualquier cosa para tratar de sanar aunque sea un centésimo del daño que había hecho. La culpa no me cabía en el cuerpo, se me salía por los ojos a cada rato, se me notaba en cada paso y en el vacío de cada palabra que intentaba decir.*

Persona A

- *Y empecé una vida muy equivocada puesto que me hice a la idea errónea de una vida muy fanatizada al programa y a dios, todo lo hice al revés y mi vida cambio, me dedique a estar todo el día en el grupo y deje mi vida social y familiar, enfermo mi mente y alma, hice lo mismo, trate mal a mis compañeros y volví a consumir.*
- *Puedo ver mejor a otros como personas y con esto viene la comprensión de que estás eran personas a quienes yo había lastimado durante mis días de bebedor yo no solamente mentí a gente que tenía su valor necesito hacer algo al respecto de la gente que he ofendido para que pueda disfrutar de una sobriedad pacífica*

Y entonces pareciera efecto de bola de nieve en dónde la desinformación en combinación con el resentimiento, la culpa y el arrepiento pueden terminar en una situación en dónde las personas se perciben en un estado de **soledad**:

Persona A

- *Ya bien enfermo de mi mente volví a recaer y el sistema nunca cambio, era lo mismo un infierno emociones de miedo y tristeza me llevaron a ser una persona muy aislada e iracunda ya no socializaba.*
- *me dedique a estar todo el día en el grupo y deje mi vida social y familiar*

Persona B

- *Yo me sentía solo y raro porque yo siempre había sido el malo de la familia y me doy cuenta que me sentía triste porque yo quería esa atención que le daban a mi hermana, aunque sea porque estaba pasando por un mal rato ella.*
- *Después deje las drogas, termine la prepa y como también deje el cigarro sentí que me ahogaba y ya no tenía a mis amigos por lo que me sentí aislado.*
- *Yo le explique que creía que él era dios, yo el hijo y mi madre como la virgen, entonces creyó que estaba como loco, pero lo que yo necesitaba era socializar más.*

Lo que puede implicar un factor de riesgo para que el consumo de sustancias y la aparición de síntomas incrementen, cómo en el caso de la persona D que destaca como

una de las situaciones estresantes que la llevó a consumir fue el hecho de que su compañero de vivienda cambiará su ubicación:

Persona D

- *Labore excelentemente por cuatro meses pero mi sobre exigencia y la medicación que ya no tomaba junto con mi ingesta regular de cannabis que suspendí, mandan a mi roomie a trabajar lejos y vuelvo a tener cuadro psicótico el cual se me quito en un par de semanas, fui internada de nuevo en el HPFBA.*

No debemos olvidar la **relación con la sustancia** que tiene cada una de las personas con Patología dual, la función que cumple en sus vidas, como es percibida al momento que se llega a tratamiento ya que la evidencia reporta que es poco común que el consumidor sea el primero en buscar ayuda profesional por sí mismo. Esto se debe a la evolución natural de la enfermedad, que implica una pobre o nula conciencia de enfermedad en el paciente (Marín-Navarrete et al., 2013a)

En las y los participantes se puede observar la ganancia que conlleva el consumo de sustancias, como es disminuir emociones de tristeza, enojo, incitar a realizar conductas que en sobriedad no podrían, la compañía de personas entre otras, la cual en la mayoría de las personas que consumen en exceso puede resultar más importante que las consecuencias negativas por lo que pueden minimizar el problema, sobre todo cuando aún son funcionales en una o más áreas sociales.

Persona D

- *Desde años anteriores (20) fui diagnosticada con borderline por un intento de suicidio, no tuve criterios de internamiento pero desde los 19 ya había iniciado mi consumo de cannabis, a los 20 años tuve 2 abortos y comencé a consumir todo tipo de sustancias psicoactivas, excepto heroína. A los 22 años comencé a consumir LSD y MDMA.*
- *Yo seguí consumiendo alcohol de manera escalatoria hasta llegar a la licenciatura, la cual ya la he concluido en Ing. Mecánica y mi cédula se encuentra en trámite.*

Persona C

- *En la escuela encontré amigos muy buenos pero el consumo de droga era más abundante, al principio me negué y solo bebía con mi grupo de amigos pero después me*

anime porque veía que un chavo guapo consumía y yo le tenía envidia de que conseguía a las chicas que yo quería.

- *Pero recuerdo que mi papá consumía alcohol con su amigo cuando construía la casa, mi mamá se enojaba y peleaban continuamente, yo probé el alcohol cuando él se distrajo y se había servido un vaso y yo pensé que era manzanita sol y no me gusto, me desagrado.*

Persona B

- *Nos reuníamos frecuentemente alrededor de esa mesa a disfrutar de la comida y del buen vino, pero sobre todo de la dicha que nos provocaba cantar bolero y otras canciones al son de la guitarra de mi hermana.*

Hasta el momento hemos mencionado aspectos que podrían promover que el consumo de sustancias perdure y sea más complicado llegar al objetivo de mantenerse el mayor tiempo posible en abstinencia, sin embargo, esas experiencias mencionadas en párrafos anteriores también han resultado en enseñanzas importantes para tratamientos posteriores y la vida.

Por ejemplo, el **ver por los demás** y alzar la voz para que no se repita la historia que les tocó a ellos:

Persona B

- *Un centro como esté debería ser más que un banal negocio, un apoyo para los adictos y sus familias que se encuentran en una situación desesperada y necesitan información, ayuda terapéutica y un lugar de contención. No un medio que se aproveche de la ignorancia y de la angustia de los adictos y sus familias, un adicto no necesita en ninguna etapa de su proceso de rehabilitación, estar aterrorizado, ser insultado, o no ser informado. Tampoco me parece que por ganar un cliente más se engañe a las familias*

Participar en las actividades de los centros de rehabilitación con una visión diferente y con ganas de informarse para no cometer las mismas cosas por las cuales están arrepentidos:

Persona A

- *Me dedico a dar juntas y entrenar a los pacientes en el boxeo me impacta como cambian los pacientes llegan bien dañados y van mejorando, hoy en día han cambiado*

los tratamientos con herramientas como la psicología, psiquiatría, médicos, terapeutas y consejeros en adicciones.

- *Sigo creciendo en sobriedad, llego a tener más conciencia de mí mismo como persona valiosa en este proceso puedo ver mejor a otros como personas.*

El percibir **aprendizajes** que pueden aplicar día con día y ser testigos de la evolución que han tenido los tratamientos cómo resultado de la investigación y el trabajo admirable que realizan los profesionales dedicados a esta área:

Persona A

- *El gobierno entro y cambio el sistema de todo el tratamiento, entro la medicina, psiquiatría, psicología y la religión como apoyo, las buenas personas que llegue a encontrar en los grupos me educaron y me enseñaron a respetar y obedecer.*
- *Después de varios anexos logre quedarme en un grupo más de un año, lo único que fue de mi agrado fue que me enseñaron a ver por los demás, a leer.*

Persona B

- *He aprendido que el mundo es así. Hoy entiendo que afuera, aquí, en E.U. y en todos lados suceden cosas buenas y malas y yo lo único que me queda es aprender a decir que voy a ser frente a esas cosas ¿Cómo voy a reaccionar? Necesito tomar unos momentos y respirar, tal vez sentarme, cerrar los ojos, concentrarme en mi respiración y hasta después volver al asunto.*
- *Pero con el tiempo aprendí a protegerme, a ser resiliente, entendí que hay muchísimas cosas en este mundo que no puedo cambiar y que no van a cambiar nunca, que las personas son como son, hacen cosas no me hacen cosas y como se dice por ahí “no te enganches.*
- *Aprendí también a tolerar, a empatizar, a agradecer, a escuchar.*

El tener el privilegio de leer las composiciones de las personas que tuvieron confianza y entusiasmo por compartir y aportar algo a la transformación de los tratamientos para patología dual confirma la necesidad de capacitar al personal de la salud, informar a los familiares y los usuarios la situación en la que se encuentran de una forma que sea

entendible y les proporcione seguridad para que no exista confusión y sepan diferenciar cuando se está cometiendo una injusticia.

El informar también funge como prevención de la desilusión que tiende a aparecer en los usuarios cuando se presenta una recaída, la cual es parte del proceso y no un fracaso.

La comunicación entre el profesional de la salud y los usuarios es clave:

Persona D

- *Después de estar un mes estuve una semana fuera, volví a consumir y una semana después mi madre volvió a llamar para otro traslado psiquiátrico en el HPFBA, todo este tiempo yo seguía en delirium, no me ayudaron de ninguna manera.*
- *Me han diagnosticado como esquizoafectivo que me genera muchas dudas que hasta el día de hoy con ayuda espero resolver.*

Una vez mencionados aspectos que sobresalen de la escritura de las composiciones de los participantes, se consideró importante la aplicación de un segundo instrumento como se ha mencionado anteriormente para reforzar la valiosa información que se había encontrado.

El instrumento que elegí con ayuda de mi director fue el de “Frasas incompletas” cuyo análisis pueden encontrar en los anexos 9, 10, 11, 12, el cual se construyó identificando las categorías que habían sobresalido en las narraciones escritas sobre las experiencias en tratamientos de nuestros participantes las cuales fueron las siguientes: tratamientos, información sobre el diagnóstico y percepción de sí mismos.

Para poder hacer un análisis social se realizó una tabla (Anexo 13) en donde se agregaron trechos de sentido encontrados en ambos instrumentos contestados por las 4 personas que aceptaron participar en el presente proyecto.

TRATAMIENTOS

Centrándonos en las expectativas que ellos tenían hacia los tratamientos, es decir que esperaban al entrar a un centro de rehabilitación, las experiencias y el trato que habían

recibido en internamientos previos rescatando la convivencia con compañeros y personas que trabajan dentro de estos lugares que brindan la atención.

Una de las cosas que esperan nuestros participantes en los tratamientos es **Unión de distintas áreas de conocimiento:**

Persona A

- *El gobierno entro y cambio el sistema de todo el tratamiento, entro la medicina, psiquiatría, psicología y la religión como apoyo, las buenas personas que llegue a encontrar en los grupos me educaron y me enseñaron a respetar y obedecer*
- *Mi tratamiento ideal... es multidisciplinario*
- *Un tratamiento completo es con médico, psicólogos, psiquiatras*
- *El tratamiento para patología dual...tiene que ser multidisciplinario con un área espiritual.*

Persona B

- *Un tratamiento completo debe contener medicamentos, terapia y grupos de autoayuda.*
- *Mi tratamiento ideal sería un lugar agradable, alejado de la ciudad, quizá en un bosque, en una clínica en donde hubiera compañeros con distintos trastornos, hombres y mujeres. En esta clínica todo el personal seria profesional, médicos, psiquiatras, psicólogos, toxicólogos, enfermeros, etc.*

Persona C

- *Mi tratamiento ideal es con psiquiatra y psicólogo.*
- *Un tratamiento completo conlleva psiquiatra, psicólogo y apoyo familiar*

Persona D

- *Espero estar en una institución que tengan tratamiento integral*
- *El tratamiento para patología dual requiere medicamentos y psicoterapia*

Al ingresar a un internamiento destacan aspectos **en relación con el tiempo de duración**, pareciera ser que entre más largo sea la estancia significa una mayor probabilidad de mantenimiento de sobriedad y estabilidad, ocasionando en algunos una inversión excesiva de su tiempo en grupos y/o centros de recuperación y en otros angustia e incertidumbre al no saber cuánto tiempo permanecerán en contención.

Persona A

- *Y empecé una vida muy equivocada puesto que me hice a la idea errónea de una vida muy fanatizada al programa y a dios, todo lo hice al revés y mi vida cambio, me dedique a estar todo el día en el grupo y deje mi vida social y familiar, enfermo mi mente y alma, hice lo mismo, trate mal a mis compañeros y volví a consumir.*
- *Me dedique a estar todo el día en el grupo y deje mi vida social y familiar.*
- *Después de varios anexos logre quedarme en un grupo más de un año, lo único que fue de mi agrado fue que me enseñaron a ver por los demás, a leer.*

Persona B

- *El tratamiento para patología dual en mi caso tardo mucho en encontrarse, pues son muchos medicamentos y hubo que probar durante 2 años las combinaciones y las dosis, pero afortunadamente ahora que ya encontramos la formula me he sentido muy bien.*
- *Mi experiencia en internamientos fue siempre difícil. Aunque cada vez “agarre más maña”. Lo que realmente me sirvió fue el tiempo. Llego un momento después de un año que me di cuenta que algo en mi había cambiado y no me refiero a la adicción, más bien yo había cambiado por completo, había crecido. Había aprendido a poner límites, a respetarme, valorar, escuchar, tolerar y esto no tiene nada que ver con la clínica , tiene que ver con las catarsis en la tribuna y con las terapias psicológicas, pero sobre todo con el cambio de entorno , la convivencia, resiliencia, el tiempo que cada quien necesita para encontrar un lugar agradable en la vida, esto no se logra en 4 meses pero tampoco me parece bueno dejar a un usuario más tiempo del conveniente , porque puede perder lo positivo que adquirió al sentirse olvidado, rechazado por su familia sin oportunidad de ponerse metas más allá de la puerta de la clínica.*

Persona C

- *Me preocupa que en un internamiento me quede mucho tiempo*

Por otro lado se puede encontrar el **miedo** a nuevamente estar en un internamiento sin resultados favorables que ellos puedan percibir ya que esto implicaría volver a consumir e ingresar nuevamente a otro internamiento.

Persona A

- *Me preocupa que en un internamiento **no aprenda***

Persona C

- *Lo peor que me podría pasar en un tratamiento **sería recaer***

Por otro lado también está el **miedo** a experimentar malas prácticas por parte de los trabajadores que pudieran ponerlos en riesgo, debido a que han pasado por experiencias desagradables anteriormente.

Persona B

- *Lo peor que me podría pasar en un tratamiento **sería que me dieran un medicamento equivocado y que me muriera.***
- *Me preocupa que en un internamiento **algún usuario loco me lastime o que llegue alguien del narco y nos mate a todos por venganza. Mis razones tengo para preocuparme por esto.***

Persona D

- *Me pusieron 3 inyecciones de zyprexa antes de dejarme ir, lo que implicaba que si yo consumía después de o mejor dicho si consumía en los 15 días posteriores a salir tendría crisis psicótica. Me trasladaron al HPFBA con diagnóstico sin criterios de internamiento, yo no tenía conocimiento de lo que se me suministro ni de sus consecuencias, así que al salir fume marihuana og cush y tuve mis primeros dos internamientos en el HPFBA con diagnóstico de delirium tremens.*
- *El trato es arcaico, trajeron a una paciente aún en delirium y terminé siendo agredida y nadie hizo nada.*
- *Me preocupa que en un internamiento **me suministren medicamento innecesario***
- *Lo peor que me podría pasar en un tratamiento **es que me amarren***

La última frase pone al descubierto que a pesar de los avances en los modelos de tratamiento para personas con patología dual, en los centros de rehabilitación las

agresiones siguen formando parte de los métodos utilizados para la disciplina y contención ocasionando que exista una mayor resistencia al tratamiento cómo podemos observar en las respuestas de este segundo instrumento.

Persona A

- *Mi experiencia en internamientos fue mucha y maltratado.*
- *Lo más difícil de estar en tratamiento son los insultos y malos tratos*
- *. Me molesta que los trabajadores de las instituciones sean agresivos e ignorantes*

Persona B

- *Mi peor recuerdo dentro de una institución es cuando tuve un brote psicótico y alucine horrible. Me amarraron, recuerdo a lo lejos que estaban mi mamá y mi hermana mientras yo lloraba y gritaba*

Persona D

- *Mi peor recuerdo dentro de una institución es cuando me amarraron 2 días*

Por otro lado los participantes también han sentido cómo la **falta de recursos económicos** interviene en el tratamiento, ya sea en el acceso que se tiene al mismo o en el trato recibido poniendo a las personas con precariedad económica en una situación de vulnerabilidad.

Persona A

Considero injusto que en las instituciones se den caros los tratamientos, exagerando en las cuotas de recuperación

Persona B

- *Siento que me tratan mal porque no tengo dinero.*
- *Considero injusto que en las instituciones no reciban del gobierno ayuda más justa*

Persona C

- Considero injusto que en las instituciones *existan tratos diferentes, que algunos les den más y a otros menos debido a su historial o por sus personalidades.*
- Me molesta que los trabajadores de las instituciones *a veces descuiden al paciente y se van más por el dinero o por otras cosas*

Además de experimentar agresividad por parte de los trabajadores no hay que dejar a un lado lo complicado que puede ser también la convivencia con otras personas que son compañeros de internamiento en dónde también hay **causas de conflicto.**

Persona A

- Lo que no me gusta de mis compañeros *es su forma de ser, su ego*

Persona B

- Lo que no me gusta de mis compañeros *de algunos no me gusta que son irrespetuosos, otros abusivos y otros mentirosos o rateros.*

Persona C

- Lo que no me gusta de mis compañeros *es que en ocasiones son agresivos y no toman en cuenta los sentimientos de uno.*

Persona D

- Lo que no me gusta de mis compañeros *es convivir tanto tiempo*

Aunque por otro lado a los usuarios les gusta **compartir** las experiencias unos con otros como por medio de las juntas de catarsis las cuales les permiten expresarse de manera libre así como obtener aprendizaje y comprensión.

Persona A

- Mi recuerdo favorito estando en tratamiento *son los compartimientos*

Persona B

- Mi recuerdo favorito estando en tratamiento *es cuando me subí a la tribuna y me puse a cantar porque esa fue la mejor manera que encontré para expresarme. Cuando el padrino*

me quiso intimidar y regañar, me pidió que le cantara y le cante ahí mismo en la cara a todo pulmón a 3 cm de su nariz , jajajaja

Persona C

- *Mi recuerdo favorito estando en tratamiento **es compartiendo con los compañeros***

Persona D

- *Mi recuerdo favorito estando en tratamiento **son las juntas de catarsis***

INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO

Cómo se mencionó anteriormente la incertidumbre, el miedo, las agresiones y la resistencia al tratamiento parecían tener relación con la falta de información del diagnóstico y de los procesos de tratamiento, por lo que se consideró importante explorar cómo se percibía la información con la que contaban las instituciones, la familia y ellos mismos.

La información le proporciona **recursos** a los familiares los cuales les permiten que tengan una menor dificultad en su toma de decisiones y herramientas para actuar en caso de situaciones de emergencia lo que les permite tener **tranquilidad**:

Persona A

- *La información con la que cuenta mi familia **son los teléfonos de las instituciones para el tratamiento de adicciones.***
- *Mi familia **se encuentra tranquila** porque está informada sobre la enfermedad.*

Persona B

- *Cuando por fin me dieron de alta tanto yo como mi familia tuvimos muy claro el diagnóstico y el tratamiento para mis trastornos, así como qué podíamos hacer cada miembro de la*

familia para tener un apoyo psicológico, terapéutico y de información en el seguimiento del proceso.

- El que mi familia esté informada sobre la enfermedad *me hace bien y le hace bien a mi familia.*

Persona C

- El saber sobre la enfermedad *facilita que mi familia este prevenida y tome decisiones adecuadas.*

Por otro lado, cuando no se tiene la información adecuada los participantes reportan sufrir **agresiones** por parte de sus familiares.

Persona A

- Debido a la falta de información mi familia *me agredió muchas veces*

Persona B

- Debido a la falta de información mi familia *al principio me hizo mucho daño*

Persona D

- Debido a la falta de información mi familia *me ha juzgado muy fuertemente*

Esto resalta la importancia de brindar información adecuada así como la psicoeducación para mejorar la **convivencia** y patrones conductuales presentes en el sistema familiar.

Persona A

- El que mi familia esté informada sobre la enfermedad *me ayuda al desarrollo personal.*

Persona B

- La información con la que cuenta mi familia *es excelente, ellas han puesto mucho interés en buscar información por todos lados, además que desde hace algunos meses decidieron tomar ellas también terapia psicológica, lo cual me parece que nos ha ayudado muchísimos a las 3.*

Persona C

- El que mi familia esté informada sobre la enfermedad *nos ayuda a todos para poder mantenernos en un estado más saludable*

Persona D

- El saber sobre la enfermedad facilita que mi familia *trate de entenderme*

Por otro lado esta formación también ayudara a que la persona con el diagnóstico perciba **comprensión** por parte de sus familiares.

Persona B

- Mi familia *poco a poco me entiende y me acepta* porque está informada sobre la enfermedad.
- El saber sobre la enfermedad facilita *que mi familia me entienda y me ayude*

Aunque en algunos casos no es suficiente y a pesar de contar con información sigue presente la **Incomprensión** por lo que también es importante que los integrantes de la familia comiencen un proceso terapéutico independiente.

Persona D

- Mi familia *rara vez me entiende aunque* está informada sobre la enfermedad.
- El que mi familia esté informada sobre la enfermedad *no ha ayudado mucho*
- Considero que mi familia desconoce *el trastorno en sí mismo*

Es importante enfatizar por otro lado que en las instituciones se puede encontrar que la información es **insuficiente** o presenta **ambigüedad** lo que dificulta un correcto entendimiento por parte de los usuarios.

Persona A

- Las instituciones cuentan con información *no todas con la información necesaria.*

Persona B

- Las instituciones cuentan con información *que a veces no es suficiente o clara*
- La forma en la que me han brindado información las instituciones *a veces no ha sido suficientemente clara*

El punto anterior representa un problema tomando en cuenta que el estar informados les genera el sentido de **Seguridad**:

Persona A

- Cuando un profesional me explica claramente *le agradezco porque me hace sentir tranquilo.*

Persona B

- Cuando un profesional me explica claramente *me siento segura y pienso que las cosas pueden mejorar sustancialmente, sobre todo cuando vuelvo a recordar y a comprender que algunos de mis comportamientos pasados y decisiones equivocadas se debieron principalmente a la falta de diagnóstico oportuno, mejor dicho, la falta de interés en dicho diagnóstico que mis padres recibieron hace 25 años y por lo tanto también la falta de medicación y seguimiento psiquiátrico, psicológico y toxicológico. La primera vez que un doctor me explico que yo tengo TLP y TDAH fue hace 4 años en el Instituto Nacional de Psiquiatría. No sé si fue una buena o mala noticia, por un lado me dije: ¡Qué horror! Pero de lo que si estoy segura es que sabía que estaba en el lugar adecuado y en buenas manos.*

Persona C

- Cuando un profesional me explica claramente *me siento informado y me siento relajado.*

Persona D

- Me hace sentir *segura que me expliquen y* que me informen lo que pasa.

Los hace sentir que la institución muestra **respeto** por su persona al ser tomados en cuenta durante su ingreso.

Persona B

- Me hace sentir *respetada* que me informen lo que pasa.

- Esta mal que en las instituciones no me informen *sobre los procedimientos.*

Persona C

- Esta mal que en las instituciones *no me informen a cerca de mis derechos y de las fechas de egreso*

Evitando la desconfianza y el miedo de percibirse como víctimas de **malas prácticas**, lo cual puede perjudicar en el concepto que se construya de los tratamientos generando resistencia en la adherencia.

Persona C

- Debido al desconocimiento de la enfermedad algunas instituciones *llegan a tratar diferente , con otro diagnóstico por lo cual se me administraron medicamentos que no necesitaba y no resuelven el problema*

Persona D

- Debido al desconocimiento de la enfermedad *algunas instituciones suministran mal medicamentos*

Por lo contrario cuando a las personas se les trasmite la información adecuada les proporciona **Claridad** en cuanto a las acciones que son benéficas para su bienestar físico, emocional y social, ayudando a tener un mejor análisis de sí mismos.

Persona A

- El entender mi enfermedad *me ayuda a reflexionar sobre mis decisiones.*

Persona B

- El entender mi enfermedad *me ha servido para poder trabajar mis culpas.*
- El saber sobre patología dual *hace que me entienda a mí misma*

- Por mucho tiempo no entendí *porque me sentía diferente a los demás*

Persona C

- El saber sobre patología dual *me ayuda porque yo tengo esta patología y me ayuda para saber cómo manejar ciertas situaciones*

Persona D

- El saber sobre patología dual *me hace entender la gravedad de mi enfermedad si no la atiendo*
- El entender mi enfermedad *me hace ser responsable de ella*

Evitando sensaciones que pueden detonar una **exposición a riesgos** de complicaciones y/o presencia de síntomas que pueden prevenirse con la atención y el trato que proporcionen los trabajadores, recordando que debe estar presente la empatía y calidez humana ya que se trata de un proceso en dónde se aísla a la persona del contexto en el cuál está acostumbrado a desarrollarse.

Persona A

- Cuando no comprendo lo que me pasa *me intolero.*

Persona B

- Esta mal que en las instituciones no me informen *sobre los procedimientos.*
- Cuando no comprendo lo que me pasa *siento mucho miedo, ansiedad, me dan ganas de llorar y a veces llego al pánico.*

Persona D

- Cuando no comprendo lo que me pasa *entro en crisis*

PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO

Lo que se enfatiza o se omite de las historias contadas tienen efectos reales sobre las vidas. La forma de atribuir significados a los eventos afecta la manera cómo se construye la identidad, o cómo una persona actúa en relación a sus contextos y a los otros. Se depende del lenguaje para generar las propias narrativas, dar sentido a los significados, a la existencia.

Dando pie a la posibilidad de que la posible presencia de una terminología del déficit mental haya tenido impacto en esta percepción de sí mismos, en sus acciones, relaciones con los otros, aprendizajes y relación con la sustancia.

Los participantes presentan nuevamente en el segundo instrumento sensación de **Culpa** por acciones cometidas durante el periodo de consumo y/o en presencia de síntomas del trastorno y /o los trastornos mentales que se presentan de manera paralela.

Persona B

- *Mi peor error fue mentir.*

Persona C

- *No me gusta cuando yo hago cosas que pueden perjudicar a los demás por ejemplo emocionarme y gritar o conductas que molestan y no me doy cuenta.*
- *Mi peor error fue desesperarme y no avisar cuando me sentía mal*

Persona D

- *No me gusta cuando yo hago que la gente se enfade conmigo*
-

Se reconoce que hay un pobre control de **impulsos** en las acciones cometidas provocando en ocasiones un conflicto consigo mismos cuando se presenta la **incongruencia** en sus actos.

Persona A

- No me gusta cuando yo *hago cosas sin sentido.*

Persona B

- Mis acciones *no siempre son premeditadas*

Persona D

- Mi peor error fue *volver a cruzar sustancias con medicamentos*
- Mis acciones *a veces son contradictorias*

Además de que cuando se encuentran bajo los efectos de la o las sustancias aparece la **Agresividad**

Persona A

- Lo peor que he hecho estando en consumo *ha sido robar y golpear gente*

Persona C

- Lo peor que he hecho estando en consumo *es golpear a mis familiares*

La **percepción de sí mismos** es distinta cuando están intoxicados que cuando se encuentran sobrios

Persona A

- La sustancia me hace ser *neurótico*

Persona B

- La sustancia me hace ser *diferente*

Persona C

- La sustancia me hace ser *diferente y agresivo.*
- Mi familia considera que soy *flojo y que me tengo que aplicar para mejorar.*

El **rechazo** por los otros se encuentra presente constantemente en su vida provocando que en ocasiones lleguen a sentirse con menos derechos.

Persona A

- Los demás no me aceptan *por mis errores.*

Persona B

- No me gusta cuando yo hago cosas *que no quiero hacer pero no me atrevo a decir nada porque todavía me siento menos que el resto de la familia.*

Persona D

- Mi familia considera que soy *rara*
- Los demás no me aceptan *cuando me quejo todo el tiempo*

Dentro de los aprendizajes que han recatado nuestros participantes es la importancia del **autocuidado** reconociendo bien la importancia de la información y herramientas proporcionadas durante sus tratamientos para poder ser responsables de sí mismos.

Persona A

- Lo que he aprendido *es a trabajar y a ejercitarme*

Persona B

- Me hizo bien aprender *como son mis trastornos.*
- Lo que he aprendido *sobre todo es que se necesita vivir mucho tiempo en un entorno diferente al que uno vivía (no sólo los adictos, también los que somos duales) para realmente poder ver la vida desde otro punto. Creo que las clínicas podrían ser una buena opción si tuvieran una visión diferente y si los familiares y los mismos usuarios tuvieran una visión diferente. No deberían ser un castigo, o un lugar para que la familia descanse un rato. Me gustaría poder abrir una clínica que fuera un lugar como el que yo necesite desde que empezó mi peregrinar por clínicas y hospitales.*

- En las instituciones me han enseñado *que hay que seguir los tratamientos al pie de la letra, sobre todo los medicamentos psiquiátricos*

Persona C

- Lo que he aprendido *es que no tengo que volver a consumir porque me pone en situaciones de riesgo*
- En las instituciones me han enseñado *que tengo que decir las cosas por mi salud aunque conlleve enojo de las demás personas*

Persona D

- Me ayuda aprender *de mi enfermedad*
- Lo que he aprendido es *que solo uno se puede ayudar*
- En las instituciones me han enseñado *a como salvaguardar mi persona*

Reconocen el **apoyo** que les ha proporcionado su familia principalmente, este apoyo que puede ir desde lo económico como lo vemos en la persona D así como el reconocimiento de las cualidades, aunque se puede observar la dificultad para aceptar la independencia de la persona B al mencionar que necesita vigilancia constante.

Persona B

- Mi familia considera que soy *una persona amorosa, inteligente, simpática y capaz de hacer muchas cosas porque también saben que soy creativa pero también consideran que necesito cierta vigilancia.*

Persona C

- Sé que mi familia me apoya *porque estuvieron en los momentos difíciles y aun así me apoyaron.*

Persona D

- Sé que mi familia me apoya *porque paga mis tratamientos*

Algo que no puede pasar desapercibido es la funcionalidad que ha tenido la sustancia en sus vidas generando una **Idealización** de la misma, atribuyéndole el poder de despertar cualidades en ellos o de mejorar la realidad en la que se encuentran lo que puede ser distinto en cada persona y es indispensable analizar para el tratamiento

Persona A

- Lo que más me gusta de consumir *es que me desinhibe.*

Persona B

- Lo que más me gusta de consumir *es sentirme más capaz*

Persona C

- Lo que más me gusta de consumir *es que me aleja de mis problemas*
- Lo que no me gusta de consumir *es que pierdo todos mis sentidos*

Persona D

- La sustancia me hace ser *feliz idealmente*
- Lo que más me gusta de consumir *es sentirme feliz*
- Las sustancias psicoactivas *son geniales*
- En mi vida la *sustancias han sido muy importantes*

Esta función que tiene la sustancia en la vida de las personas puede provocar que las personas continúen en consumo a pesar de la capacidad para **reconocer los riesgos** que tienen como se puede ver a continuación.

Persona A

- Las sustancias psicoactivas *provocan adicción*

Persona B

- Las sustancias psicoactivas *son dañinas para el cerebro*
- En mi vida las sustancias *han sido un problema enorme*
- Lo peor que he hecho estando en consumo *es prostituirme*

Persona C

- *Las sustancias psicoactivas son dañinas y en ocasiones pueden matar a las personas que las consumen*
- *En mi vida la sustancia me la he pasado divertido pero me han ocasionado fuertes situaciones de riesgo*

Persona D

- *Lo que no me gusta de consumir es cuando entro en psicosis*
- *Lo peor que he hecho estando en consumo fue vagar en la ciudad sin sentido*

8. DISCUSIÓN

A partir del material clínico analizado quisiera recordarle al lector cuales son los objetivos particulares planteados en mi investigación.

El primer objetivo fue explorar significados y sentidos construidos de experiencias en tratamientos previos, cómo pudimos leer las personas refieren **miedo** relacionado a la confiabilidad del tratamiento.

Pavón y colaboradores (2014) menciona que el diseño de políticas públicas para la atención de las adicciones en México requiere urgentemente de datos que sustenten el fortalecimiento de los tratamientos mejor evaluados en términos de eficacia y costo-beneficio. Aumentando las posibilidades de acciones de intervención y disciplina poco favorables en el tratamiento como las **agresiones** que mencionan las y los participantes, atentando contra su integridad y dando pie a que se adopten comportamientos para evitar las sanciones dejando a un lado objetivos principales de intervención, situación señalada también por Pavón y colaboradores en 2014: el usuario frecuentemente es forzado a ingresar y, una vez adentro, opta por doblegarse temporalmente para evitar humillaciones o castigos.

A un lado a esto se encuentra la **incertidumbre**, la cual en las personas participantes esta principalmente relacionada con el desconocimiento en cuanto a los procesos de atención y trato en el centro de rehabilitación en cuanto a los tratos, como se acaba de

mencionar al existir la posibilidad de sufrir agresiones pero también en cuanto a la estructura, duración y medicamentos administrados durante la estancia ya que sus opiniones y/o decisiones en ocasiones son ignoradas tal y como se comenta a continuación:

Dado que el tratamiento residencial tiene efectos positivos en la recuperación de las personas con problemas de adicción, en algunos casos, se justifica el ejercicio de la coerción, siempre y cuando, se considere el estado de vulnerabilidad del paciente y se asegure el respeto a su dignidad e integridad física y emocional.

Precisamente, la bioética sugiere que ese punto es sustancial en el dilema que conlleva el tomar en cuenta la opinión de las y los usuarios, pues, desde sus preceptos, el respeto a la decisión de un paciente es más importante aunque pueda suponer consecuencias negativas para la salud del mismo. Sobre esto último, cabe mencionar que en muchas ocasiones no se respeta la decisión del paciente y, en contra de su voluntad, se le somete a tratamientos de salud bajo el argumento o la justificación de que ese método resulta benéfico para su recuperación o bienestar. En este sentido, la implementación de medidas coercitivas en la prevención o el tratamiento de las adicciones, a primera vista, viola el principio de autonomía (Pineda, 2017).

Una vez dicho lo anterior es oportuno hacer una invitación a los profesionales a no pasar esta delgada línea y pasar de buscar un bienestar a caer en una situación en donde la persona no se sienta escuchada y respetada.

Siguiendo esta línea, otro sentido reportado es el **apoyo** por parte de los profesionales de la salud, en donde nuestros participantes comparten que la empatía y comprensión son indispensables en el proceso terapéutico, en este aspecto Londoño en 2021 menciona que debido a que las probabilidades de recaída son altas, un factor protector sería que la relación terapéutica se fortalezca y se mantenga en el tiempo, ya que si bien puede que no evite la recaída en la conducta de consumo, si puede ser un reforzador para que este tome nuevamente la decisión de continuar con su recuperación.

Para complementar esta parte, tendríamos que mencionar el apoyo que se encuentra también en la construcción de conceptos positivos para la vida a partir del intercambio de experiencias con compañeros, que se puede encontrar en los grupos de ayuda mutua.

Las fortalezas de los grupos de ayuda mutua se basan en el aprendizaje, el apoyo emocional, la participación y la autoestima, el poder solicitar cambios sociales y la capacidad para organizarse. Sus bases principales son las reuniones, conocimiento y experiencia personal y el apoyo entre sus participantes, originariamente sin profesionales, pero a tenor de la evolución de los mismos se vio su validez para la comunidad que se veía incrementada con la participación de profesionales para completar el tratamiento (Roca Soriano, 1998 citado en Pascual Mollá & Pascual Pastor, 2017).

El sentido de apoyo por parte de compañeros de internamiento sobre todo en la parte de compartimientos fue señalado por nuestros participantes como algo positivo dentro de sus experiencias en internamientos.

El segundo objetivo fue identificar los procesos que se llevan a cabo dentro de centros de tratamiento para personas con patología dual.

En primer lugar se reporta una **escasa preparación profesional** con la que cuentan las personas que trabajan en los centros de rehabilitación, teniendo en su mayoría como preparación la experiencia de consumo ya que se tratan de personas que han logrado la abstinencia por un tiempo prolongado, esta situación tiende a alimentar el sentido de miedo a caer en malas prácticas.

La insuficiencia de profesionales calificados con conocimientos, actitudes y habilidades para brindar tratamientos basados en la evidencia también es un gran desafío. En México, se estima que por cada 100 000 habitantes hay 1.5 psiquiatras, un médico no especializado, tres enfermeras y un psicólogo. Este escenario revela la necesidad de contar con una fuerza mayor de profesionales de la salud no especializados para cumplir con los requisitos de tratamiento de las adicciones en nuestro país.

Además, este problema está asociado a una disponibilidad limitada de programas de pregrado, posgrado y educación continua orientados a brindar conocimientos y competencias básicas a profesionales no especializados (psicólogos, médicos generales, etc.) (Tena Suck & Marín-Navarrete, 2017).

La formación de profesionales no especializados requeriría programas estandarizados, supervisión y certificación para lograr la calidad requerida para cubrir las necesidades reales de las instalaciones de tratamiento de adicciones. Además, los profesionales deben tener los conocimientos y habilidades específicos necesarios para evaluar la conducta adictiva (sustancia principal, patrón de consumo de sustancias, etc.), los problemas asociados (médicos, familiares, interpersonales, etc.) y la co-ocurrencia con otros trastornos psiquiátricos, con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento adecuado para cada individuo, que abarque desde una intervención breve hasta la derivación a tratamiento especializado (Tena Suck & Marín-Navarrete, 2017).

Relacionado a lo anterior nos encontramos con que algunas de las personas en internamiento ya sean usuarios o encargados tienden **continuar con agresiones y/o conductas aprendidas** encaminadas a una recuperación pero que no cuentan con evidencia científica que tienden a permanecer por generaciones por lo que Pastor en 2015 menciona acerca de estas estrategias que se precisa una evaluación más exhaustiva y una homogenización de recursos y métodos para poder decir claramente que se trata de una buena opción terapéutica, de momento lo que sí que está claro es que estamos delante de un complemento terapéutico. Entiéndase que si bien no todas las prácticas realizadas por los llamados padrinos, son malas si existe una tendencia a la deformación de los programas de ayuda mutua por lo que sería necesaria una supervisión.

Otro aspecto que necesita supervisión detallada es que en ocasiones no se toma en cuenta **la diversidad de la población en tratamiento**, el cual es un aspecto importante tomando en cuenta la convivencia que se da entre los usuarios aumentando la posibilidad de estar expuestos a factores de riesgo.

Esta situación se ha observado desde años atrás: La principal característica de estos centros de rehabilitación es su heterogeneidad, ya que la mayoría de ellos ofrece una diversidad de servicios residenciales que varían en duración y tratamientos (Marín-Navarrete, 2013b).

No podemos dejar de mencionar **la falta de información** cómo factor de riesgo para el bienestar físico, social y emocional. En los tratamientos existe un vacío de información que dificulta considerar y comprender el fenómeno de comorbilidad en la práctica clínica, lo cual impacta directamente al momento de intentar responder a las necesidades del paciente y su familia (Marín-Navarrete et al., 2013b).

El tercer objetivo fue indagar factores sociales participantes en la construcción subjetiva de personas con patología dual.

En este apartado es importante enfatizar la **falta de acceso a tratamientos** y su relación con un mayor interés en el beneficio económico que en el beneficio social, que expresan nuestros participantes, siendo vistos como un número más e incluso observando favoritismo a los que cuentan con una mejor posición económica.

Cabe mencionar que a nivel nacional, debido a las reducidas ofertas profesionales del sector público y lo costosas e inaccesibles que son las ofertas del ámbito privado para la atención de las adicciones, los Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para Atención de las Adicciones (CRAMAA) también llamados “anexos”, se han convertido en una opción accesible para familiares y pacientes que sufren de trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas.

Otro aspecto importante es **la visión que se tiene de las personas con patología dual**, en dónde se tiende a verlos cómo personas que necesitan ser cuidadas, personas discapacitadas y/o con adjetivos negativos que repercute en las decisiones que se toman para su futuro.

En el caso particular de las adicciones, la falta de cobertura para las necesidades de tratamiento se puede atribuir a factores socioculturales que estigmatizan e impactan de manera negativa la búsqueda de atención (Tena Suck & Marín-Navarrete, 2017).

Por otro lado se encuentra **la relación con la sustancia** ya que se tiende a responsabilizar a la sustancia de conductas, cualidades y características personales, convirtiéndola en una herramienta que se utiliza en determinadas ocasiones o para un fin en especial, estas creencias muchas veces alimentadas por los medios de comunicación y el contexto en el que nos desenvolvemos.

Y por último es importante resaltar nuevamente en este apartado **la necesidad de profesionales especialistas** relacionada con la disponibilidad limitada de programas de pregrado, posgrado y educación continua orientados a brindar conocimientos y competencias básicas a profesionales no especializados (psicólogos, médicos generales, etc.). Los programas académicos de pregrado deben considerar la posibilidad de cerrar esta brecha implementando planes de estudio con cursos que cubran modelos teóricos de adicción y trastornos concurrentes, prevención y tratamiento de adicciones y psicofarmacología básica (Tena Suck & Marín-Navarrete, 2017).

El cuarto objetivo establecido en el presente proyecto fue conocer las configuraciones subjetivas que se han construido respecto al tratamiento actual.

Los participantes mencionan que es necesario un **tratamiento unificado para una alta efectividad**, es decir ellos consideran que el mejor tratamiento es aquel que es integral.

Se ha identificado que un componente exitoso contra el abuso de drogas es la asociación y la cooperación activa entre organismos centralizados y autoridades locales, organismos no gubernamentales, proveedores de servicio y la comunidad en su conjunto (Comisión Nacional Contra las Adicciones, s.f.).

En donde por supuesto exista **Información en la familia** a través de Psicoeducación e integración de los familiares al plan de tratamiento indispensable para una convivencia sana.

Dónde exista el **respeto** por parte de los profesionales y las personas con patología dual puedan tener una mayor participación en la planeación de su tratamiento.

Si bien la internación compulsiva (involuntaria) es una medida de intervención extrema que únicamente es eficaz cuando, si bien se prioriza en la urgencia, es cuidadosa de toda

la complejidad de las necesidades del paciente. Siendo de suma importancia que el clínico sea particularmente sensible y atento, en cada gesto, como decíamos, a cualquier manifestación de abuso de poder (Capece, 2010).

Existiendo una **claridad de información para un mejor autocuidado**, fomentando la responsabilidad e independencia.

Cómo nos menciona Pineda (2017) el tratamiento mediante el fomento de la voluntad y de la autonomía encaminada a decisiones que impliquen un bien social e individual, debe ser prioridad para prevenir daños mayores.

El terapeuta y el paciente revisan tanto los factores estresantes y la historia inmediata, el foco de la terapia debe estribar en el cómo, y no en porqué el paciente ha devenido farmacodependiente. Se enseña a los pacientes a comprender y evitar esos factores estresantes. Un ámbito en el cual se ha realizado un gran progreso, es aquél en el que se aplican técnicas específicas para prevenir las recaídas

Debe construirse la autoestima a través de logros graduales satisfactorios. El terapeuta enfoca temas como el enojo, la frustración, falta de interés, poca confianza, temor y culpa (Comisión Nacional Contra las Adicciones, s.f.).

A continuación, la imagen muestra de manera visual como es que los aspectos mencionados anteriormente se relacionan unos con otros (Figura 1). Se puede observar que los sentidos que se encontraron al analizar los tres objetivos se enlazan unos con otros mostrando la importancia de puntos clave: acceso a tratamientos con personal preparado, difusión de información, visión sobre la patología dual en la configuración subjetiva de las y los participantes.

los significados y sentidos construidos por personas con diagnóstico de patología dual en torno a tratamientos previos e indagar su participación en construcciones subjetivas del tratamiento actual.

Una vez dicho lo anterior podemos resumir los sentidos y significado encontrados en las composiciones de las y los participantes en los siguientes:

- El miedo, incertidumbre y agresividad, están relacionados con el desconocimiento de los procesos de tratamiento sumado a las probabilidades de recibir un tratamiento con una eficacia deficiente, con personas que mostraran poca empatía ejerciendo técnicas de intervención sin un sustento científico resultando contraproducentes para su bienestar, dichas técnicas en su mayoría han sido aprendidas y han permanecido a través del tiempo por miembros de grupos de ayuda mutua.
- Las reuniones de ayuda mutua en dónde se pueden compartir experiencias fomentan el sentido de apoyo y pertenencia, resultando un buen complemento para el tratamiento, sin embargo, es importante regular la ejecución de estos procesos ya que pueden llegar a ser alterados.
- Existe una necesidad de difusión de información, centros de tratamiento y profesionales especializados para la intervención oportuna de personas con patología dual.

Por otro lado, los participantes expresan lo siguiente referente a los tratamientos:

- El tratamiento integral es el ideal para personal con padecimiento dual ya que se trata de cubrir la mayoría de las áreas involucradas (biológica, psicológica y social).
- Es importante incluir a la familia en el tratamiento a través de psicoeducación y sesiones terapéuticas para que cuenten con más información y exista una mejor convivencia.
- El respeto y que se tome en cuenta su opinión en el tratamiento es importante para brindarles seguridad y vean la relación terapéutica como un factor de protección en situaciones de riesgo.
- El tratamiento debe ser enfocado a la autonomía y toma de decisiones para prevenir recaídas, haciendo responsable a la persona de su bienestar.

Como podemos observar las experiencias previas les hace ver y analizar muy claro que es lo que desean en sus tratamientos , no solo para ellos sino para otras personas , la información es la herramienta ideal para vencer la incertidumbre y las percepciones que pueden llegarse a tener sobre las personas con patología dual, como individuos incapaces de decidir, con la necesidad de ser cuidados constantemente, se resalta la importancia de ser tomada en cuenta su voz para las decisiones que se tomen en torno a su tratamiento. Podemos resaltar la necesidad latente de personas capacitadas para el abordaje a la patología dual, pero además la petición de un trato digno en donde exista la empatía y comprensión.

10. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Se recomienda explorar significados y sentidos en centros de rehabilitación con diferentes modelos de tratamiento (ayuda mutua, mixta y profesional) para identificar si existe modificación en cuanto a las necesidades de las y los usuarios.

Por otro lado es importante explorar el área de agresividad sexual dentro de los centros de rehabilitación ya que en el presente proyecto no se indagó sobre el tema.

Sería conveniente realizar investigaciones en el área de consumo de sustancias y patología dual con perspectiva de género ya que las mujeres consumidoras de sustancias y/o trastornos mentales cuentan con un apoyo menor para poder enfocarse en su rehabilitación ya que se prioriza responsabilidades de acuerdo a su rol social, cuentan con pocos espacios dedicados exclusivamente a mujeres poniéndolas en situaciones vulnerables al encontrarse en un internamiento mixto, entre otras cuestiones que sin duda nos muestran que las mujeres y los hombres no viven igual el diagnóstico de patología dual.

REFERENCIAS

- Alcohólicos Anónimos (2021). *Doce pasos y doce tradiciones*. Alcohólicos Anónimos. Org. <https://www.aa.org/es/twelve-steps-twelve-traditions>
- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta edición). Editorial Médica Panamericana.
- Arcila, P., Mendoza, Y., Jaramillo, J., y Cañon, O. (2010). Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Diversas perspectivas psicológicas*, 6(1), 37-49. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n1/v6n1a04.pdf>
- Aretio Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Bedoya, P., Prada, M., Robayo, G., López, A., y Díaz, G. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 2(1), 31-50.
- Barbosa, A., Gandolfo, M., y Mitjans, A. (2016). Epistemología cualitativa de González Rey: una forma diferente de análisis de datos. *Revista técnica*, 1(1), 17-31. <https://revistas.ifg.edu.br/tecnica/article/download/3/6>
- Barea, J., Benito, A., Real, M., Mateu, C., Martin, E., López, N., y Haro, G. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones*, 22(1), 15-24.
- Calderón, C. (2018). *El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia en recursos tratamientos-asistenciales*. Trabajo final de Máster. Universitat Jaume
- Capece, J. (2010). La internación en el paciente adicto. *Vertex*, 27- 34.

- Casares, M., González, A., Villagrà, P., Hoffman, S., y Reinhard, I. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 135-144.
- Castro, M., Llanez, J., y Comisión Nacional contra las Adicciones. (2001). Estudio nacional de consumo de drogas en la población usuaria de la preparatoria abierta. *Comisión Nacional contra las Adicciones (eds). Observatorio Epidemiológico en Drogas*, 33-42.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (s.f.) *Programa sistema nacional para el tratamiento integral de las adicciones*.
- Díaz, D. y Córdova A. (2018) *Factores psicosociales de riesgo del uso drogas: Estudio básico de Comunidad Objetivo*. Centros de Integración Juvenil.
- Gómez S., Anel H., Almanza A., y Ariagor, M. (2016). Impacto del narcotráfico en jóvenes de Tamaulipas, México: drogas e inseguridad. *Revista de psicología*, 34(2), 445-472. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.009>.
- González Rey, F. (2005). *El sujeto y la subjetividad: algunos dilemas actuales de su estudio*. <https://www.fe.unicamp.br/br2000/trabs/1520.doc>
- González Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- González Rey, F. (2007a). *Investigación cualitativa y subjetividad: Los procesos de la construcción de información*. McGraw Hill.
- González Rey, F. (2007b). Posmodernidad y subjetividad: distorsiones y mitos. *Ciencias Humanas*, 12(37).

González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 4(2), 225-243. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67940201>

González Rey, F. (2009). *Psicoterapia, subjetividad y postmodernidad: una aproximación desde Vygotski hacia una perspectiva histórico-cultural* (1ra ed). Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

González Rey, F. (2010). Las categorías de sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Universitas Psychologica*, 9 (1), 241-253. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712156019>

González Rey, F. (2011a). Sentidos subjetivos, lenguaje y sujeto: avanzando en una perspectiva postracionalista en psicoterapia. *Rivista di psichiatria*, 46(5), 310-314. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1009/articoli/10978/>

González Rey, F. (2011b). Lenguaje, sentido y subjetividad: yendo más allá del lenguaje y el comportamiento. *Estudios de psicología*, 32(3), 345-357.

González Rey, F. (2013). Subjetividad, cultura e investigación cualitativa en psicología: la ciencia como producción culturalmente situada./Subjectivity, culture and qualitative research in psychology: the science as a culturally given production. *Revista liminales. Escritos sobre psicología y sociedad*, 2(04), 13-36.

González Rey, F., y Martínez, A. (2016). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas*, 15(1), 5-16.

González Rey, F. y Martínez, A. (2017). El desarrollo de la subjetividad: una alternativa frente a las teorías del desarrollo psíquico. *Papeles de Trabajo sobre Cultura, Educación y Desarrollo Humano: Working Papers on Culture, Education and Human Development*, 13(2), 3-20.

Kozulini, A. (1994). *La psicología de vygotski: biografía de unas ideas*. Alianza Editorial.

Londoño, M. (2021). La empatía en la relación terapéutica como factor determinante de recuperación, en adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(101), 43-83.

Luria, A. (1984). *Conciencia y Lenguaje*. Visor.

Maciel, A. (2018). *Ingovernables. Experiencia de encierro y expectativas de futuro de jóvenes internas en un centro de tratamiento contra las adicciones y conductas*. Tesis de Maestría, Colegio de la Frontera Norte. <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2018/10/TESIS-Maciel-Ortiz-Alma-Janeth.pdf>

Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., y Medina-Mora, M. E. (2013a). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, 36(6), 471-479.

Marin-Navarrete, R. Eliosa, A., Lozano, I., Fernandez, C., Turnbull, B. y Tena, A. (2013b). Estudio sobre la experiencia de hombres que han sido atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental*, 36, 393-402

Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M.E. y Tena-Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. *TSOP: Orientación psicológica y adicciones*, VIII, 1-7.

Marín-Navarrete, R., De la Fuente, A., Cano, G., Villalobos, L., Bucay, L., Larios-Chávez, L., y Ambriz, A. (2015). Mujeres con patología dual: características clínicas y de tratamiento. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 1(1), 41-49.

Marín-Navarrete, R., y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395-396. <https://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.060>

Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M., y Tena-Suck, A. (2016). Addiction care in Mexico: a challenge for non-specialized health professionals. *Salud mental*, 39(5), 241-242. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.027>

Marín-Navarrete, R., Szerman, N., y Ruiz, P. (2017). *Monografía sobre PATOLOGÍA DUAL: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos*, México: INPRFM, IAPA.

Marín-Navarrete, R., Fernández, C., Madrigal de León, E., Sánchez, R., Díaz, B., Rodríguez, S., Sánchez, R., Pérez, A., Hernández, D., y Szerman, N. (2021). Caracterización de la patología dual en personas que buscan tratamiento de adicciones en centros ambulatorios mexicanos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(1), 1-11.

Marino, M., González, C. y Medina-Mora, M. (2005). Relaciones familiares en adolescentes: resultados en estudiantes y consumidores de drogas. *Psicología Conductual*, 7,461-470.

Mascayano, T., Castro W., Mena, C., y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58
Doi: en trámite http://_www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf

Mendoza, E., y Onofrio, G. (2018). *Estigma en Psiquiatría. Perspectivas y Nudos problemáticos*. Asociación de Psiquiatras de América Latina.

Mendoza, Y., y Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción de sustancias psicoactivas. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 20(1),139-167.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi2017/epi171h.pdf>

Mercado, A., y Briseño, P. (2014). El “yo” deteriorado: estigma y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios públicos*, 17(39), 137-157.

Miquel, L., Roncero, C., López, C., y Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológico y diagnóstico según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172.

Mondaca, A. (2014). Narrativa de la narcocultura: estética y consumo. *Ciencia desde el Occidente*, 1(2), 29-37.
<https://biblat.unam.mx/hevila/CienciadesdeelOccidente/2014/vol1/no2/4.pdf>

Núñez,, M. (2017). Masculinidades en la narcocultura: el machismo, los buchones y los mangueras. *Revista Conjeturas Sociológicas*, 109-126.

Pascual Mollá, M., y Pascual Pastor, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.

Pastor, F. (2015). Alcoholismo y ayuda mutua. De la necesidad a la evidencia. *Adicciones*, 27(4), 243-245.

Pavón, P., Gogeoascoechea, M., Blázquez, M., Sánchez, J., y Meyer, R. (2014). Resultados del tratamiento en usuarios con trastorno adictivo en un centro residencial de ayuda mutua. *Revista Médica UV*, 14(1), 6-13.

Pineda, J. A. (2017). *Análisis de la coerción percibida por el paciente, usuario de sustancias adictivas, que ingresa a tratamiento residencial: una perspectiva desde la bioética*. Tesis Doctoral: Universidad Panamericana.

Riviére, A. (1984). La psicología de Vygotski: sobre la larga proyección de una corta biografía. *Infancia y aprendizaje*, 7(27-28), 7-86.

Rodríguez, R., Aragüés, M., Jiménez, M., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A., y Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación clínica*, 49(2), 195-205.

Rojas E., Real T., García-Silberman S., y Medina-Mora. (2011) Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4) ,351-365. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58221317008>

Rojas, L. y Castaño G. (2017). Neurobiología de la patología dual. *Salud y drogas*, 17(2), 101-114.

Rubio, G. (2012). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 2(3), 74-76.

San, L., Arranz, B., y Grupo de Expertos de la Guía de Práctica Clínica de Patología Dual, (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta*. *Adicciones*, 28(1), 3-5.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2891/289144321001>

Sánchez, A. (2008). Alcohólicos Anónimos, qué es y cómo funcionan: análisis y fundamentos. *Anuario de investigación en adicciones*, 9(1).

Secretaría de Salud. (2000). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones: México.

Szerman, N., Marín-Navarrete, R., Fernández, J., y Roncero, C. (2015). Patología dual en poblaciones especiales: una revisión narrativa. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 1(1), 50-67.

Szerman, N. (2017). Patología dual protocolos de intervención: introducción a la conceptualización de patología dual. Sociedad Española de Patología Dual.

Tamminga, C. (2022). Trastorno Esquizoafectivo. Manual MSD para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/esmx/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricosesquizofrenia-y-trastornos-relacionados/trastorno-esquizoafectivo>

Tena Suck, A., y Marín- Navarrete, R. (2017). Comentario. La enseñanza acerca de las adicciones: un área de oportunidad en los programas de psicología en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255774012>

Tenorio, J., y Marcos, J. (2010). Trastornos Duales: Tratamiento y coordinación. *Papeles del Psicologo*, (77), 58-63. <http://www.redalyc.org/html/778/77807780/>

Tirado, J., Farré, A., Mestre, J., Szerman, N., y Torrens, M. (2018). Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones*, 30(1), 66-76.

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-319.

Vygotsky, L. (1934-1993) "Pensamiento y Lenguaje". En Obras escogidas. TII. Visor.

1. Consentimiento informado para participan



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Zaragoza
Psicología



Consentimiento Informado

Por medio de la presente yo _____ de _____ años de edad acepto de manera voluntaria participar y que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: **“Las diferentes tonalidades del tratamiento: relatos de vida de 4 personas con diagnóstico de patología dual”**. Conociendo en su totalidad, la información de dicho proyecto y en el entendido de que: No hare ningún gasto ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio, se guardara una estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación usando un nombre genérico en la redacción del proyecto para la protección de mi identidad, puedo solicitar en el trascurso del estudio información actualizada sobre el mismo y puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente.

Lugar y Fecha: _____

Nombre y firma del participante

2. Instrumento guía para la elaboración de las composiciones en primera fase de campo.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Zaragoza
Psicología



INSTRUCCIONES.

A continuación debes escribir un texto que haga referencia al título “Las diferentes tonalidades en mis tratamientos”, el relato debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe contar con una introducción, un desarrollo y una conclusión.
- El modo de escritura será en primera persona (yo) narrado como si fuera un cuento pero con información de tu propia experiencia con la finalidad de que sea personal.
- Utilizar: escenario (descripción física de las cosas y los espacios), contexto (aspectos sociales: históricos, económicos, geográficos, etc.), personajes (primarios y secundarios, incluyéndote como personaje principal), voces (resaltar las expresiones de los personajes en situaciones clave).
- Procurar que los hechos expuestos sean en orden cronológico, es decir, empezando por el primer tratamiento y terminar en el tratamiento actual.
- Guiarse en las siguientes preguntas para facilitar el desarrollo de la composición :
 - ¿Cuál fue mi experiencia? Describe los pensamientos, sentimientos y emociones durante tu estancia.
 - ¿Cómo era el trato dentro de las instituciones?
 - ¿Existían cosas negativas que desde mi punto de vista llegaron a perjudicarme de manera física o emocional?
 - ¿Qué ha sido lo más complicado que he tenido que afrontar?
 - ¿Qué cosa le podrías cambiar a tu historia para que en el momento te hubieses sentido mejor?
 - ¿Cuáles fueron las cosas positivas que me dejó cada una de las instituciones?
 - ¿Cuál ha sido mi mayor aprendizaje?
 - ¿Qué aprendizaje te deja haber relatado esta historia?

Recuerda: La escritura es libre, puedes utilizar tu creatividad.

“La pluma es la lengua del alma”

Miguel de Cervantes

3. Guía para la elaboración del instrumento frases incompletas.

Categoría	Tema	Tipo	Frase
TRATAMIENTOS	Expectativas	Positivo	Mi tratamiento ideal es aquel
			Espero estar en una institución....
		Neutro	El tratamiento para patología dual es...
			Un tratamiento completo es...
		Negativo	Me preocupa que en un internamiento ...
			Lo peor que me podría pasar en un tratamiento es...
	Experiencias	Positivo	Mi recuerdo favorito estando en tratamiento....
			Lo mejor de estar en tratamiento es...
		Neutro	Mi experiencia en internamientos ha sido..
			Las cosas que hago durante el tratamiento..
		Negativo	Mi peor recuerdo dentro de una institución es
			Lo más difícil de estar en tratamiento es
	Convivencia con compañeros y trabajadores	Positivo	Le doy gracias a mis compañeros por
			Las personas que trabajan en las instituciones me han ayudado a
		Neutro	Las personas que trabajan en los internamientos en los que he estado son
			En los tratamientos he conocido personas que
		Negativo	Lo que no me gusta de mis compañeros
			Me molesta que los trabajadores de las instituciones
	Trato recibido	Positivo	Considero que me tratan bien cuando
			Siento seguridad cuando en las instituciones
		Neutro	El trato en las instituciones en las que he estado
Las personas que trabajan en las instituciones			
Negativo		Siento que me tratan mal cuando	
		Considero injusto que en las instituciones	
INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD	Familia	Positivo	Mi familia Porque está informada sobre la enfermedad
			El saber sobre la enfermedad facilita que mi familia
		Neutro	La información con la que cuenta mi familia es
			El que mi familia esté informada sobre la enfermedad
		Negativo	Considero que mi familia desconoce
			Debido a la falta de información mi familia
	Instituciones	Positivo	Cuando un profesional me explica claramente
			Me hace sentir Que me informen lo que pasa
		Neutro	Las instituciones cuentan con información
			La forma en la que me han brindado información las instituciones es
		Negativo	Esta mal que en las instituciones no me informen
			Debido al desconocimiento de la enfermedad algunas instituciones
	Personal	Positivo	El entender mi enfermedad
			Cuento con información
		Neutro	La información que he recibido
			El saber sobre patología dual
		Negativo	Por mucho tiempo no entendí
			Cuando no comprendo lo que me pasa
PERCEPCIÓN DE SI MISMO	Aprendizajes	Positivo	Me ayuda aprender
			Me hizo bien aprender
		Neutro	Lo que he aprendido
			En las instituciones me han enseñado
Negativo	Estuvo mal que aprendiera		

4. Instrumento frases incompletas segunda fase de campo.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Zaragoza
Psicología



FRASES INCOMPLETAS

INSTRUCCIONES. Lee con atención la siguiente lista de frases y complétalas con lo primero que venga a tu mente. No existe un número establecido de palabras por lo que puedes extenderte todo lo que consideres necesario para expresarte, puedes usar el reverso de la página y/o solicitar una hoja extra. Cuando encuentres una frase que se te dificulte responder puedes rodearla con un círculo y después regresar a completarla.

Muchas gracias por tu valiosa participación.

1. Mi tratamiento ideal
2. Mi familia Porque está informada sobre la enfermedad
3. Me ayuda aprender
4. Mi recuerdo favorito estando en tratamiento.
5. Cuando un profesional me explica claramente
6. Lo mejor que he hecho

7. Le doy gracias a mis compañeros
8. El entender mi enfermedad
9. Sé que mi familia me apoya porque
10. Considero que me tratan bien cuando
11. La sustancia me hace ser
12. El tratamiento para patología dual
13. La información con la que cuenta mi familia
14. Lo que he aprendido
15. Mi experiencia en internamientos.
16. Las instituciones cuentan con información
17. Lo que hago normalmente
18. Las personas que trabajan en los internamientos en los que he estado
19. La información que he recibido
20. Mi familia considera que soy
21. El trato en las instituciones en las que he estado
22. Lo peor que me podría pasar en un tratamiento
23. Considero que mi familia desconoce
24. Estuvo mal que aprendiera
25. Mi peor recuerdo dentro de una institución
26. Esta mal que en las instituciones no me informen
27. Mi peor error fue
28. Siento que me tratan mal
29. Lo que no me gusta de consumir
30. Espero estar en una institución
31. El saber sobre la enfermedad facilita que mi familia
32. Me hizo bien aprender
33. Lo mejor de estar en tratamiento es
34. Me hace sentir Que me informen lo que pasa
35. Me siento feliz de haber hecho

36. Las personas que trabajan en las instituciones me han ayudado a
37. Cuento con información
38. Me siento querido por los demás
39. Siento seguridad cuando en las instituciones
40. Lo que más me gusta de consumir
41. Me preocupa que en un internamiento
42. Debido a la falta de información mi familia
43. Lo malo que aprendí
44. Las cosas que hago durante el tratamiento..
45. La forma en la que me han brindado información las instituciones
46. Mis acciones
47. Las personas que trabajan en las instituciones
48. Las sustancias psicoactivas
49. Lo que me hace diferente a los demás
50. Lo que no me gusta de mis compañeros
51. Un tratamiento completo
52. El que mi familia esté informada sobre la enfermedad
53. En las instituciones me han enseñado
54. Lo más difícil de estar en tratamiento
55. Debido al desconocimiento de la enfermedad algunas instituciones
56. No me gusta cuando yo hago
57. Considero injusto que en las instituciones
58. En mi vida la sustancias
59. En los tratamientos he conocido personas que
60. El saber sobre patología dual
61. Los demás no me aceptan
62. Lo peor que he hecho estando en consumo
63. Me molesta que los trabajadores de las instituciones
64. Cuando no comprendo lo que me pasa

65. Pocos me consideran

66. Por mucho tiempo no entendí

5. Análisis de sentidos y significados subjetivos encontrados en la composición de la persona A.

NUCLEO DE SENTIDO	TRECHO	SIGNIFICADO	HIPOTESIS	CUESTIONAMIENTOS
RESENTIMIENTO	<p>(1) Nací en la colonia Carmen Serdan, mi padre murió en una pelea callejera, me resentí de dios, mi madre tuvo que trabajar y crecí a cargo de mis tíos quienes me trataron mal</p>	<p>Las cosas malas que le pasan a una persona es porque Dios está en su contra.</p>	<p>Dios es el encargado de decidir lo que nos ocurre en la vida.</p>	<p>¿Por qué nos ocurren cosas malas en la vida?</p>
	<p>(2) Su forma de trabajo era muy agresivo, con palabras fuertes, golpes, mentadas de madre, amarradas de pies y manos, incados, parados, sentados día y noche en un polín , comer pura verdura hervida y en mal estado, estuve 3 meses y salí muy resentido.</p>	<p>Cuando tratas mal a una persona ocasionas resentimiento</p>	<p>Una persona que tiene una adicción tiene el derecho a recibir buenos tratos (buena alimentación, empatía, información, respeto, estar en condiciones salubres) para que su</p>	<p>¿Cómo sería un trato digno para las personas que están en tratamiento?</p>

			recuperación sea efectiva.	
	(3) volví a regresar varias veces a diferentes casas, cada vez más fuertes, el trato empeoro, me resentí con dios y mis compañeros, golpes, corte de pelo a veces sin comer, sin dormir,		Las personas con adicción si buscan ayuda, sin embargo, en su búsqueda se encuentran con instituciones que los juzgan y maltratan por su enfermedad.	¿Cuáles han sido tus experiencias al buscar tratamientos?
	(4) Fueron años de una vida muy mal desarrollada en un grupo me fracturaron el brazo izquierdo, me resentí con el grupo y recaí, otra vez por consiguiente me la pase en la calle más de un año en indigencia.	Cuando el trato dentro de un tratamiento es agresivo son más probables las recaídas		
AGRESIVIDAD	(5) Empecé a trabajar a mi corta edad de 13 años en un mercado tirando basura, practique deporte, el boxeo y fui un joven agresivo. A los 16 años me empecé a drogar y alcoholizar de menos a más, cuando me di cuenta ya andaba en la calle inhalando cemento,	El desarrollo de una dependencia a una o más sustancias pasa desapercibida	El consumo de sustancias trae consigo ganancias inmediatas que aumenta la probabilidad de repetir y aumentar la conducta sin tomar en cuenta las consecuencias negativas.	¿Qué factores provocan que el consumo persista?

	<p>(6) Era un grupo de los llamados “fuera de serie” me desconcertó puesto que su forma de trabajo era muy agresivo, con palabras fuertes, golpes, mentadas de madre, amarradas de pies y manos, incados, parados, sentados día y noche en un polin, comer pura verdura hervida y en mal estado.</p>	Los tratamientos son ejercidos con violencia	Las personas esperan empatía y ser tratados con respeto dentro de los tratamientos	¿Qué es lo que imaginas al pensar en un centro de rehabilitación?
	<p>(7) Me quede a militar más de un año y me hice como ellos eran; mal plan, muy grosero, déspota y altanero, me gane mentadas y aplicaciones por mi forma de ser y recaí.</p>	La agresividad en los centros de rehabilitación es aprendida debido al concepto que se tiene de la adicción	Dentro de los tratamientos se cree que las personas con adicción son malas debido a acciones que cometieron y merecen malos tratos.	¿Cómo era percibida una persona dependiente a sustancias dentro de los grupos fuera de serie?
	<p>(8) Enfermo mi mente y alma hice lo mismo, trate mal a mis compañeros y volví a consumir. Las casas eran conformadas por 100 a 160 personas, tuve varios ingresos y por mi forma de ser fui muy maltratado, pensamientos negativos y muy agresivos hacia las personas que conformaban las casas donde yo militaba, la experiencia fue muy nefasta</p>			
ARREPENTIMIENTO	<p>(9) Mi trabajo después fue en las carnicerías y por consiguiente tenía facilidad para obtener dinero, me porte grosero con mi madre le hice la vida muy desagradable.</p>	La actitud y las acciones pueden afectar a las personas cercanas.	Existe una tendencia elevada a sentir culpa por acciones realizadas en periodos de consumo.	¿Qué papel crees que juegan tus acciones en los demás?

	(10) Y empecé una vida muy equivocada puesto que me hice a la idea errónea de una vida muy fanatizada al programa y a dios, todo lo hice al revés y mi vida cambio, me dedique a estar todo el día en el grupo y deje mi vida social y familiar, enfermo mi mente y alma , hice lo mismo, trate mal a mis compañeros y volví a consumir.	La falsa o nula información es un factor de riesgo para el aislamiento y volver a consumir.	Una mala práctica del programa de AA puede propiciar pensamientos negativos.	¿Por qué es importante la información para una persona con adicción?
	(11) Puedo ver mejor a otros como personas y con esto viene la comprensión de que estás eran personas a quienes yo había lastimado durante mis días de bebedor yo no solamente mentí a gente que tenía su valor necesito hacer algo al respecto de la gente que he ofendido para que pueda disfrutar de una sobriedad pacífica	El hacer cosas buenas en el presente me hace sentir paz	Se tienen que realizar acciones buenas para redimirse.	¿Cómo se corrigen los errores del pasado?
SOLEDAD	(12) Me dedique a estar todo el día en el grupo y deje mi vida social y familiar	El estar más tiempo en el grupo hace que sea más probable su efectividad.	La falta de herramientas para afrontar situaciones de riesgo provoca que se queden en el grupo por más tiempo, el cual es una zona segura.	¿Cómo se demuestra el compromiso a la comunidad AA?
	(13) Ya bien enfermo de mi mente volví a recaer y el sistema nunca cambio, era lo mismo un infierno	El estar en aislamiento evita que exista un daño	Las personas se alejan de sus redes de apoyo debido al miedo	¿Qué función crees que tiene el aislamiento?

	emociones de miedo y tristeza me llevaron a ser una persona muy aislada e iracunda ya no socializaba.	en los demás y en uno mismo.	que les ocasiona volver a lastimar y/o ser lastimadas.	
	(14) Si pudiera cambiar mi historia me hubiera integrado con mi familia y la sociedad.	Las personas en recuperación desean tener una red de apoyo compuesta por familiares y amigos	Para mantenerse sobrios y leales a la comunidad AA algunos miembros se alejan de su familia y no establecen un plan de vida fuera del grupo.	¿Cómo se involucra a la familia y amigos en el tratamiento de AA?
VER POR LOS DEMÁS	(15) Volví a regresar y fue un infierno, esta vez ocupe toda mi habilidad para ganarme a los padrinos y el trato me fuera más tranquilo	El sentirse aceptado proporciona protección	Cuando se tiene un mejor seguimiento de las reglas dentro del tratamiento los maltratos disminuyen.	¿Por qué es importante adaptarse a lo que dice el programa desde el punto de vista de la comunidad AA?
	(16) Lo positivo que me dejó las instituciones fue que abrí 2 casas de recuperación y a ser más humilde, a orar, a disciplinarme, mi mayor aprendizaje fue relacionarme con las personas de una manera clara y asertiva, estudiar a cerca de la enfermedad, leer a cerca de dios, hoy en día	El tener una mejor comunicación con los demás provoca un	El adquirir habilidades de comunicación mejora la reinserción social.	¿Qué beneficios tiene tener una buena comunicación con los demás?

	<p>sigu en tratamiento, el mejor aprendizaje es que lean mi historia.</p>	<p>bienestar personal</p>		
	<p>(17) Me dedico a dar juntas y entrenar a los pacientes en el boxeo me impacta como cambian los pacientes llegan bien dañados y van mejorando, hoy en día han cambiado los tratamientos con herramientas como la psicología, psiquiatría, médicos, terapeutas y consejeros en adicciones,</p>	<p>Las herramientas que se introdujeron en los tratamientos promueven el cambio en las personas con dependencia a sustancias</p>	<p>Los tratamientos integrales utilizados en la actualidad son más efectivos que los anteriores en donde se utilizaban agresiones.</p>	<p>¿Qué impacto tiene la psicología, psiquiatría, medicina, entre otras disciplinas en el tratamiento de personas con dependencia a sustancias?</p>
	<p>(18) Sigo creciendo en sobriedad, llego a tener más conciencia de mí mismo como persona valiosa en este proceso puedo ver mejor a otros como personas</p>	<p>Es importante tener claro que soy valioso para estar bien conmigo y los demás</p>	<p>La percepción de las cualidades personales disminuye el concepto negativo que se tiene hacia los demás.</p>	<p>¿Qué factores personales intervienen en la convivencia con los demás?</p>
<p>APRENDIZAJES</p>	<p>(19) El gobierno entro y cambio el sistema de todo el tratamiento, entro la medicina, psiquiatría, psicología y la religión como apoyo, las buenas personas que llegue a encontrar en los grupos me educaron y me enseñaron a respetar y obedecer</p>	<p>Dentro de los tratamientos se promueve la obediencia y el respeto para tener una</p>	<p>La disciplina permite un entendimiento mayor sobre el tratamiento.</p>	<p>¿Qué hace importante la obediencia y el respeto dentro del tratamiento?</p>

		mejor disciplina.		
	(20) Después de varios anexos logre quedarme en un grupo más de un año, lo único que fue de mi agrado fue que me enseñaron a ver por los demás, a leer,	El apoyar a los demás me hace sentir bien conmigo mismo	El tener impacto en la recuperación de los demás refuerza los motivos para permanecer sobrio.	¿Qué sensación provoca el apoyar a otras personas que también están en recuperación?
RELACIÓN CON DIOS	(21) Le doy gracias a dios, cada día trato de levantar mi corazón y mis manos en gratitud a dios por enseñarme, un designio para vivir que realmente funciona, por medio de nuestra hermosa comunidad	Es importante tener un motivo dado por Dios para vivir día con día	La fe y espiritualidad aumenta la esperanza y da fuerza para realizar actividades.	¿Con que finalidad Dios nos otorga una misión a cada uno de los hombres?
	(22) Pueda la continua conciencia de un dios que me ama incondicionalmente y la esperanza de que cada día hay un propósito para mi ser yo soy verdaderamente bendecido en la comunidad	Dios nos da un propósito día con día para que no olvide que nos ama .		¿Cuál es el rol que cumple dios en tu vida?
	(23) Con la ayuda de un tratamiento y la gracia de dios.			

6. Análisis de sentidos y significados subjetivos encontrados en la composición de la persona B

NUCLEO DE SENTIDO	TRECHOS	SIGNIFICADO	HIPOTESIS	CUESTIONAMIENTOS
COMPAÑÍA	(1) Nos reuníamos frecuentemente alrededor de esa mesa a disfrutar de la comida y del buen vino, pero sobre todo de la dicha que nos provocaba cantar bolero y otras canciones al son de la guitarra de mi hermana	El consumo de sustancias está condicionado a momentos agradables	El consumo permanece debido a la búsqueda de los momentos agradables que están vinculados a los primeros consumos	¿Qué imágenes aparecen cuando piensas en consumir?
	(2) Esa noche terminé en una fila tambaleante subiendo la escalera a carcajadas, a la mañana siguiente fuimos a la barbacoa del señor bigotón.			
	(3) Mi familia me visitaba poco, afortunadamente conocí a 2 mujeres maravillosas, compañeras de la casa (ahora muy amigas mías) con quienes me divertía muchísimo. Dormíamos en la misma habitación y puedo decir que gracias a ellas los 4 meses que viví en Huitzila me la pase increíble	Cuando una persona está rodeada de gente amigable provoca que el tratamiento sea agradable	La convivencia entre los compañeros dentro de un tratamiento puede convertirse en la red de apoyo principal durante la estancia.	¿Cuál es el mejor recuerdo que conservas de tus compañeros de tratamiento?
INCERTIDUMBRE	(4) Hacía frío, yo tropecé con algo. En medio de la oscuridad adiviné que estaba en el patio frontal, boca abajo en el piso, escuchaba gritos, llanto, muchas voces, estaba tan desorientada... hacía tanto frío, sentí la cara		Existe una confusión y desconocimiento de la necesidad de	

<p>mojada. No pude levantarme, de repente descubrí que los gritos aterradores y el llanto salían de mí!</p>	<p>Es importante para una persona saber qué es lo que ocurre en su persona para poder actuar.</p>	<p>tratamiento y de síntomas de la enfermedad lo que puede intensificar emociones negativas al inicio del tratamiento.</p>	<p>¿Cómo reaccionas cuando no sabes lo que pasa en ti?</p>
<p>(5) Descalza, arrastrando los pies daba algunos pasos recargándome en la pared de un pasillo larguísimo. Me dolían las rodillas y la cara, sobre todo un ojo y la barbilla. Tenía mucho miedo y buscaba a alguien que me explicara qué había pasado. Yo suponía que estaba en un hospital, pero no veía a ningún médico o enfermera a quien preguntar.</p>			
<p>(6) Me miro en el espejo de mi cuarto, tengo la cara hinchada, un ojo morado y una herida bastante considerable en la barbilla aún con sangre seca. Estoy llorando segura de que voy a morir de tristeza</p>	<p>El impacto de las lesiones físicas causados en su cuerpo provoca el aumento de malestar emocional.</p>	<p>Las consecuencias negativas de consumos fuertes forman parte del proceso de consumo y/o aparición de síntomas de otros trastornos mentales.</p>	<p>¿Cuál es la reacción al ver lesiones físicas causadas en un periodo de intoxicación y/o crisis?</p>
<p>(7) Estoy gritando, tengo mucho miedo, pero mis gritos parecen venir de otra parte. Los dibujos de las paredes se salen y flotan, creo que van a atacarme.</p>	<p>Las reacciones de alerta (Miedo, agresividad, desorientación, dudas) que aparecen al no distinguir</p>		
<p>(8) Recupero la mitad de la conciencia en un cuarto pequeño, estoy sujeta de pies y manos una cortina blanca a mi derecha.</p> <p>Ayuda, ayuda por favor.</p>			<p>¿El estar informado influye en la reacción de alerta que tienen las personas al aparecer síntomas de enfermedad mental?</p>

	Me doy cuenta de que tengo un catéter y que me duele el cuerpo, alguien aparece y me dice no sé qué.	síntomas de enfermedad mental aumentan si no existe información		
	(9) No recuerdo haber tenido ninguna claridad de las verdaderas causas que me llevaron a ese hospital ni tampoco de lo que debía hacer al salir de ahí.	Existe falta de información al momento de internamiento.	No existe un involucramiento del paciente en su proceso de ingreso a las instituciones.	¿Cómo es el proceso de ingreso a las instituciones?
CULPA	(10) Una tarde llegaron sin avisar mi hermana, mi madre y mi hija (quien vive en Canadá). Recuerdo que en cuanto me avisaron que ya estaban ahí abrí la puerta y salí corriendo por el andador hasta la calle donde estaban. Vi a mi hija llorando a mares y la abracé. En ese momento no me imaginaba que mi Andrea lloraba de tristeza, de impotencia, de soledad, de abandono. Hacía varios meses que yo había huido de Montréal casi a rastras con una depresión metida hasta los huesos, dejando sola a mi hija	Existe una percepción desfasada del daño causado a otras personas	En el periodo de consumo y presencia de síntomas de enfermedad mental las situaciones personales pasan a segundo lugar dentro de las prioridades.	¿Cuánto tiempo se tardan en darse cuenta de los efectos que tienen sus acciones en los demás?
	(11) Llegue a una estación del metro que no conocía, localice un oxo, me compre un litro de tonayan y comencé a llorar y a beber mientras me dirigía a	La sensación de no avanzar en la recuperación puede	La mayoría de los tratamientos están enfocados en el control del consumo por lo	¿Cómo identificarías que existe un progreso en el tratamiento?

	Taxqueña pensando que otra vez estaba en la misma situación, igual que hacía 4 meses, o quizá peor	provocar consumo.	que si se vuelve a consumir se percibe como un fracaso.	
	(12) Estaba dispuesta a hacer lo que fuera, cualquier cosa para tratar de sanar aunque sea un centésimo del daño que había hecho. La culpa no me cabía en el cuerpo, se me salía por los ojos a cada rato, se me notaba en cada paso y en el vacío de cada palabra que intentaba decir.	Es una obligación reparar el daño que se ha provocado en los demás	Los consumidores sienten una carga emocional por el daño ocasionado a las personas cercanas, lo que los hace sentir que están en deuda.	¿Has considerado tu responsabilidad el bienestar de alguien más?
	(13) Al principio no sabía qué hacer con esto y me quedaba solo con el malestar y la frustración. Me enojaba, me entristecía muchísimo y hasta pienso que me deprimí todavía más	La falta de herramientas para enfrentar situaciones aumenta sensaciones de incapacidad para recuperarse.	El sentirse incapaz de superar la enfermedad disminuye la probabilidad de asistir a tratamiento.	¿Alguna vez has percibido la recuperación como algo inalcanzable?
APATIA EN EL TRATAMIENTO	(14) Detrás de un escritorio frente a mí, un doctor me hace muchas preguntas. Respondo enojada, con mentiras, con exageraciones, trato de seducirlo, me burlo...	Las indicaciones del tratamiento son ignoradas	La falta de involucramiento de los pacientes es debido a que no sienten empatía por parte de los	

		cuando no existe interés.	profesionales de la salud.	¿Qué tendría que tener un tratamiento para captar tu atención?
	(15) Las palabras vuelan como plumas de una almohada desgarrada en el consultorio, ya no quiero escuchar esa voz, me pierdo mirando a través del ventanal un gran jardín.		Quando las personas no se identifican con la necesidad de recibir tratamiento no muestran interés.	
	(16) De nuevo frente al doctor, cómo cada semana. Yo siempre indiferente mirando hacia el jardín. Él me habla sobre los medicamentos y sus efectos; yo solamente asentía.			
	(17) Pasaron las semanas, los meses sin que en ese lugar yo recibiera algo más que breves pláticas con el psiquiatra y otras personas y una o dos veces algo parecido a un taller de manualidades	Las actividades incluidas en los cronogramas de los centros de rehabilitación no son suficientes.	La alta probabilidad de recaídas al salir de tratamiento es debido a que durante el tratamiento no se proporciona las herramientas suficientes para enfrentar factores de riesgo.	¿Las actividades dentro de las instituciones son suficientes?
	(18) 25 años más tarde encontré por casualidad mi expediente médico y me di cuenta que desde entonces me habían diagnosticado TLP y mis papás no le dieron ninguna importancia, o tal vez nadie les explico lo que este trastorno implicaba.	No se le da suficiente importancia al diagnóstico proporcionado	El estigma y falta de información ocasiona que las personas nieguen su aparición en	¿Cuáles son las principales causas por las que no son tomadas en serio las enfermedades mentales?

		por el médico debido a la falta de información	personas cercanas.	
	(19) En Huitzila me la pase increíble, aunque en ese tiempo no aprendí ni me interese por nada que tuviera que ver con AA.	El ambiente agradable de una institución no está relacionado a su efectividad de recuperación.	Que una persona se encuentre en contención no necesariamente significa que este siendo efectivo el tratamiento.	¿Qué elementos consideras que tendría que tener una institución para lograr una mayor adherencia al tratamiento?
ATENCIÓN Y CUIDADO	(20) Ahí me sentí mucho mejor, cuidada y atendida, el equipo de médicos se hacía cargo de mí, me explicaban regularmente cómo eran los estudios que me hacían, para qué los hacían, los resultados, cuáles medicamentos estaba tomando y con qué propósito, en fin, yo estaba informada y me sentía protegida por ese grupo de médicos que sin duda estarían ahí para ayudarme a entender lo que me estaba pasando.	El proporcionar información otorga seguridad.	Cuando el personal de la salud proporciona una atención personalizada se convierte en una red de apoyo para el paciente.	¿Por qué es importante contar con la información necesaria?
	(21) Cuando por fin me dieron de alta tanto yo como mi familia tuvimos muy claro el diagnóstico y el tratamiento para mis trastornos, así como qué podíamos hacer cada miembro de la familia para tener un apoyo psicológico, terapéutico y de información en el seguimiento del proceso.		Es necesario que las personas cuenten con protocolos de acción en caso de presentar riesgo de recaída.	

	(22) El personal es muy profesional y amable, especialmente las enfermeras y enfermeros. La psiquiatra que me atendió fue bastante clara al explicarme todas mis dudas. La alimentación era de primera y las instalaciones muy adecuadas. Había dos patios y un jardín que me gustaba mucho.		El contar con las instalaciones adecuadas mejora la experiencia para las personas que están en contención.	
VER POR LOS DEMAS	(23) Un centro como esté debería ser más que un banal negocio, un apoyo para los adictos y sus familias que se encuentran en una situación desesperada y necesitan información, ayuda terapéutica y un lugar de contención. No un medio que se aproveche de la ignorancia y de la angustia de los adictos y sus familias, un adicto no necesita en ninguna etapa de su proceso de rehabilitación, estar aterrorizado, ser insultado, o no ser informado. Tampoco me parece que por ganar un cliente más se engañe a las familias	La actitud de los trabajadores y las instalaciones de las instituciones influyen en el tratamiento.	Algunos centros de rehabilitación se concentran más en sus ganancias económicas que en la recuperación de las personas.	¿Cómo consideras qué debería ser el trato y las condiciones dentro de los centros de rehabilitación?
APRENDIZAJES	(24) He aprendido que el mundo es así. Hoy entiendo que afuera, aquí, en E.U. y en todos lados suceden cosas buenas y malas y yo lo único que me queda es aprender a decir que voy a ser frente a esas cosas ¿Cómo voy a reaccionar? Necesito tomar unos momentos y respirar, tal vez sentarme, cerrar los ojos, concentrarme en mi respiración y hasta después volver al asunto.	El entender signos y síntomas de la enfermedad mental promueve un mayor control	La falta de habilidades sociales dificulta que las personas se encuentren en un estado de equilibrio.	¿Cómo influye conocer y entender sobre la

	<p>(25) Definitivamente no pienso igual que hace un año, no siento igual. Soy una paciente dual (¿O trial?) TDAH, TLP, Alcohólica, me conozco más soy más feliz.</p>	y autoconocimiento personal.	El tener claridad sobre la enfermedad facilita la detección de áreas importantes dentro del tratamiento.	enfermedad mental con la cual fuiste diagnosticada?
	<p>(26) Pero con el tiempo aprendí a protegerme, a ser resiliente, entendí que hay muchísimas cosas en este mundo que no puedo cambiar y que no van a cambiar nunca, que las personas son como son, hacen cosas no me hacen cosas y como se dice por ahí “no te enganches</p>			
	<p>(27) Aprendí también a tolerar, a empatizar, a agradecer, a escuchar.</p>			
AGRADECIMIENTO	<p>(28) Realmente estoy muy agradecida con el instituto pues realmente recibimos una atención excelente en el internamiento y en consulta externa.</p>	Es importante que los trabajadores brinden atención personalizada y seguimiento a cada una de las personas.	Los lugares que proporcionan un servicio integral aumentan la posibilidad de que las personas continúen el tratamiento después de salir de contención.	¿Consideras que es importante que exista un seguimiento dentro del tratamiento?
	<p>(29) Con el diagnóstico y la medicación que ya tenía no fue tan difícil sacarme del brote. Estuve muy deprimida, eso sí, me llevo algunos meses recuperarme.</p>	El conocimiento que se tenga sobre el diagnóstico va a influir en la	El acudir a una institución con información clara sobre la enfermedad que se padece mejora	¿Qué ocurre cuando no se tiene un diagnóstico claro?

		calidad del tratamiento.	la eficacia del tratamiento.	
	(30) Gracias a las personas que me hacen sentir tan mal pues con ellas “practico” y también gracias a las terapias de grupo, individuales, a las juntas de AA y a las tribunas	Se obtiene aprendizaje de todas las personas con las que se conviva dentro de las instituciones.	Dentro de las instituciones el ambiente a veces suele ser tenso debido a las diferencias entre los miembros que conviven las 24 hrs.	¿Cuál es la mayor enseñanza que has obtenido de tus compañeros de contención?

7. Análisis de sentidos y significados subjetivos encontrados en la composición de la persona C.

NUCLEO DE SENTIDO	TRECHOS	SIGNIFICADO	HIPOTESIS	CUESTIONAMIENTOS
AUTOPERCEPCIÓN	(1) Yo cuando era infante normalmente era el malo.	Las acciones de una persona dependen del rol que percibe que cumple en su entorno.	Las etiquetas interfieren en el concepto que una persona construye de sí mismo.	¿Alguna vez has actuado de acuerdo al concepto que los demás tienen de ti?
	(2) Cuando su ex novio vivía con nosotros yo había engordado y me sentía identificado con sus creencias, con su manera de vestir y su ideología, escuchaba	Las conductas pueden ser moldeadas por	El deseo de sentirse aceptado por las personas	¿Has intentado parecerle a alguien más?

	música diferente y ya quería ser como él, como callejero y vale madrista.	la influencia de figuras cercanas.	cercanas aumenta la exposición a factores de riesgo.	
	(3) Tuve algunas novias y solo entablaba malas relaciones. Tuve mi primera relación y ella ya se quería casar conmigo pero tenía una hija entonces por eso la abandone aparte de que sus dientes estaban feos y yo me fijaba mucho en eso aunque yo los tuviera feos.	La apariencia física es indispensable para considerar a una persona valiosa.	Los individuos alejan a personas que no encajen con las características a las que quieren pertenecer.	¿Cuáles son los factores que consideras importantes para sentirte cómodo con alguien?
	(4) Fui a la casa, leí una parte de la biblia y llore, mi papá me pregunto por qué y no le supe explicar bien, a parte ya no estaba haciendo nada ni trabajaba ni estudiaba entonces como que fue un ataque de ansiedad o un brote psicótico, mi papá me comparaba mucho con mi tío que es esquizofrénico entonces como conocía al director de un psiquiátrico me metió ahí.	Cuando no explicas bien lo que te sucede las personas consideran que estas loco.	Las personas temen a expresar sus síntomas por medio a ser juzgadas y etiquetadas.	¿Te has sentido diferente a las demás personas?
	(5) Yo estaba obsesionado con mi peso y me ponía a hacer ejercicio excesivo pero ahí no podía correr por lo cual engorde porque me la pasaba durmiendo; solo en ocasiones teníamos actividades recreativas como bailes, papiroflexia, voleibol, etc.	El aumento de peso en las personas como efecto secundario del tratamiento impacta en su autoestima.	Las personas evitan los tratamientos farmacológicos por los efectos secundarios que llegan a experimentar.	¿Has tenido cambios físicos en el proceso de rehabilitación que te hayan afectado en algún ámbito de tu vida?
	(6) En ese internamiento me motive para seguir estudiando psicología, tenía el ánimo bajo por mi peso pero le puse mucha dedicación.			
ATENCIÓN	(7) Mi hermana al final de la primaria la cambiaron a otra escuela, antes iba conmigo pero en su otra escuela se empezó a desviar y tuvo un hijo, un intento de violación y andaba con ondas darketas y sectas, entonces yo ya no era el malo	La restructuración en los roles familiares puede provocar sensación de	En ocasiones las acciones de rebeldía incluyendo el consumo de sustancias son realizadas ya que son percibidas como deberes	¿Cuál crees que es tu rol dentro del núcleo familiar?
	(8) Yo me sentía solo y raro porque yo siempre había sido el malo de la familia y me doy cuenta que me sentía triste porque yo quería esa atención que le daban a mi			

	hermana, aunque sea porque estaba pasando por un mal rato ella.	desplazamiento	dentro de su rol familiar.	
	(9) También influyo que nos habíamos cambiado de casa y ya estaba muy desorganizada nuestra familia porque mis padres de la pasaban trabajando incluso hubo un día que olvidaron pasar por mi hermana.	Mis papas siempre estaban ocupados y no nos prestaban atención.	La soledad es un factor clave para buscar refugio en grupos sociales fuera del núcleo familiar.	¿Cómo te das cuenta que una persona es atenta contigo?
	(10) Un día yo le dije que traía marihuana pero no traía en verdad, solo quería llamar su atención, ella lloró y desde ahí nos empezamos a alejar.	El consumo de sustancias es un medio para recibir atención.	El consumo de sustancias es el medio por el cual se consigue la atención que desea de los familiares.	¿Cómo fue el comportamiento de las personas cercanas a ti cuando se enteraron que consumías sustancias?
RELACIÓN CON LA SUSTANCIA	(11) Pero recuerdo que mi papá consumía alcohol con su amigo cuando construía la casa, mi mamá se enojaba y peleaban continuamente, yo probé el alcohol cuando él se distrajo y se había servido un vaso y yo pensé que era manzanita sol y no me gusto, me desagrado.	A pesar de causar una sensación desagradable al principio el consumo tiende a continuar debido a ganancias secundarias.	A pesar de tener conocimiento del daño que puede causar el consumir sustancias en exceso las personas le dan prioridad a las ganancias secundarias que obtienen al consumir.	¿Cómo recuerdas tus primeros consumos?
	(12) Escuela encontré amigos muy buenos pero el consumo de droga era más abundante, al principio me negué y solo bebía con mi grupo de amigos pero después me anime porque veía que un chavo guapo consumía y yo le tenía envidia de que conseguía a las chicas que yo quería.			¿Cuáles eran las sensaciones agradables que experimentabas cuando consumías sustancias?
PERTENENCIA	(13) Conocí a muchos amigos unos se moneaban que era la banda del hip-hop, otros de los drogadictos que se metían ajos y fumaban marihuana y con los que yo me juntaba que era la que solo tomaba alcohol.	La sustancia es un componente relacionado con la personalidad.	La sustancia que consumes se vuelve parte de tu identidad.	¿La sustancia que consume una persona depende de su personalidad?

	<p>(14) Poco a poco me fue gustando más la marihuana y me juntaba más con la banda drogadicta, el desmadre me gustó mucho y empecé a dejar la escuela de lado. Una vez fuimos a una unidad y ahí nos agarraron consumiendo, nos encontraron marihuana y nos metieron al tutelar. Yo apoye a mis amigos y los cuidaba ahí adentro.</p>		El vínculo que se forma con los compañeros de consumo tiene origen en la sensación de pertenencia.	¿Cómo era la relación con tus compañeros de consumo?
	<p>(15) Busque trabajo, pero tiempo después hice amigos ahí y volví a consumir piedra y mucha porquería, nos cacharon en el trabajo y yo me salí.</p>		El consumo se convierte en la forma principal de socializar con los demás.	
	<p>(16) Salí y prometí que no iba a consumir en el trabajo pero conecte con un amigo, me ofreció droga y volví a consumir.</p>			
	<p>(17) De repente iba con la banda de la otra escuela y tomábamos, hubo una vez una fiesta en Cuernavaca, fume marihuana y tome cervezas, me dio cruda y al día siguiente me dijeron que me tomara las sobras calientes y me puse más pedo; yo bebía también porque quería tener sexo con unas amigas pero ellas se iban con otros amigos.</p>	Consumir sustancias se convierte en una herramienta para realizar u obtener cosas.	El consumo les permite realizar actividades que no harían estando sobrios.	¿Tenías la sensación de que la sustancia de facilitaba realizar actividades?
AGRESIÓN	<p>(18) Le dije a mi papá que sentía feo cuando mis amigos de la casa se morían y que yo sentía que me violentaban, que no me gustaba que me dijeran gay aunque ellos lo decían de broma.</p>	La violencia es detectada en bromas o comentarios.	En los grupos que son considerados seguros o especiales por aceptar a las personas vulnerables existe violencia.	¿Te han dicho algo relacionado a tu persona que te ha hecho sentir incomodo?
	<p>(19) Yo apoye a mis amigos y los cuidaba ahí adentro por lo mismo me trataban mal los demás, me jalaron el pelo y me pegaron en las literas, se masturbaban enfrente de mí y como que se burlaban de mi cabello que lo tenía muy largo.</p>	La lealtad se presenta con las personas que me hacen sentir aceptado.	Algunas personas han sufrido diferentes tipos de violencia en su trayectoria de consumo.	¿Has sentido que te tienes que cuidar más que el promedio de las personas?

	<p>(20) Tuve otro brote en donde pensaban que había voces arriba del departamento, tuve otro sueño vivido y rompí la puerta del vecino de arriba y no encontré a nadie, me volvieron a meter al mismo loquero.</p> <p>(21) En una fiesta de mi hermana me puse muy borracho y agresivo y me palie con mi cuñado, rompí una mesa y me llevaron al psiquiátrico, ahí conocí a una psiquiatra la cual me dijo que yo tenía un problema de drogas y me mandaron a un AA.</p> <p>(22) Salí de ahí y alterado por la pandemia y porque mi papá me gritaba y mi madre no me hacía caso los golpee y salí quemado por eso me trajeron a otro AA</p> <p>(23) En el AA sentí que yo no necesitaba eso porque según yo solo consumía poco, El trato fue pésimo y gritaban mucho por lo que también me dolían mis oídos, hice una historia de vida, mi cuarto paso y me sacaron.</p>	<p>La mayoría de los internamientos son debido a cuadros psicóticos o síntomas de otros trastornos mentales y no por el consumo de sustancias.</p>	<p>El consumo de sustancias psicoactivas es utilizado para minimizar síntomas de otros trastornos mentales.</p>	<p>¿Consideras que los síntomas de los trastornos mentales están relacionados con el consumo de sustancias?</p>
INCERTIDUMBRE	<p>(24) Fui a la casa, leí una parte de la biblia y llore, mi papá me pregunto por qué y no le supe explicar bien a parte ya no estaba haciendo nada ni trabajaba ni estudiaba entonces como que fue un ataque de ansiedad o un brote psicótico, mi papá me comparaba mucho con mi tío que es esquizofrénico entonces como conocía al director de un psiquiátrico me metió ahí.</p>	<p>La desinformación provoca sensación de malestar en las personas.</p>	<p>Cuando existe desinformación las personas buscan explicaciones alternativas de lo que les sucede.</p>	<p>¿Por qué consideras que es importante que te proporcionen información sobre los signos y síntomas que implica tu diagnóstico?</p>
	<p>(25) Me medicaron en el psiquiátrico, me pusieron olanzapina y valproato y me sentí muy raro, eso que me paso yo ya lo había soñado y pensaba que eran dejavus pero ahora sé que eran sueños vividos, no me habían dado agua y sentía que el cuello se me doblaba, sentí que me iba a morir</p>	<p>Las dudas provocan que la persona interprete que está en peligro su bienestar.</p>		<p>¿Has sentido que corres peligro dentro de alguno de tus internamientos?</p>
	<p>(26) Me han diagnosticado como esquizoafectivo que me genera muchas dudas que hasta el día de hoy con ayuda espero resolver.</p>	<p>El saber el diagnóstico no implica que la persona comprenda el</p>	<p>Todas las personas con un trastorno mental deben tomar psicoeducación ya</p>	<p>¿Cómo es la información que se te ha proporcionado sobre el diagnóstico que te dieron?</p>

		trastorno mental que padece.	que no o es suficiente Notificarles su diagnóstico.	
SOLEDAD	(27) Yo me sentía solo y raro porque yo siempre había sido el malo de la familia y me doy cuenta que me sentía triste porque yo quería esa atención que le daban a mi hermana, aunque sea porque estaba pasando por un mal rato ella	Yo necesitaba atención y mi hermana me la quito	Cuando existe más de un integrante en la familia con un trastorno mental puede existir una competencia oculta en ellos por la atención de los familiares.	¿Crees que existe diferencia en el trato que les dan tus papás a tu hermana y a ti?
	(28) Mis papás no iban a permitir que siguiera consumiendo porque me llevaron con un terapeuta especialista en adicciones. Él puso sus reglas y me dijo que si no me aplicaba me iban a dejar sin techo y que me iban a dejar en la calle	El periodo de abstinencia se obtuvo por el miedo a las consecuencias que podría traerle el volver a intoxicarse	Es importante poner límites saludables a la persona que consume para visualizar lo que pasaría si no se deja de consumir.	¿Qué te motivo las primeras veces a mantenerte en abstinencia?
	(29) Después deje las drogas, termine la prepa y como también deje el cigarro sentí que me ahogaba y ya no tenía a mis amigos por lo que me sentí aislado.	Cuando se deja de consumir se pierde el círculo social formado.	El dejar de consumir implica volver a la soledad, debido a que solo se cuenta con los compañeros de consumo.	¿Qué cosas perdiste al mantenerte en abstinencia?
	(30) Yo le explique que creía que el era dios, yo el hijo y mi madre como la virgen, entonces creyó que estaba como loco, pero lo que yo necesitaba era socializar más.	El aislamiento provoca un incremento en	Cuando existe desinformación las personas	¿Qué consecuencias tiene el mantenerse aislado por

		los síntomas de trastornos mentales.	buscan explicaciones alternativas de lo que les sucede.	un periodo de tiempo largo?
--	--	--------------------------------------	---	-----------------------------

8. Análisis de sentidos y significados subjetivos encontrados en la composición de la persona D.

NUCLEO DE SENTIDO	TRECHOS	SIGNIFICADO	HIPOTESIS	CUESTIONAMIENTOS
CÓMO ES PERCIBIDA POR LOS DEMÁS	(1) Mi hermana mayor me tiene cierto resentimiento extraño y mi hermana menor rara vez tengo contacto con ella.	Existe un aislamiento de la familia nuclear lo cual evita que sea considerada una red de apoyo.	Cuando los miembros de la familia no toleran las acciones de la persona que consume este lo interpreta como si estuvieran en su contra.	¿Cuáles son las personas que conforman tu red de apoyo?
	(2) Mi depresión por dejar mi casa, tener que acabar la carrera. (Faltaban un par de semanas, ya tenía 23) hizo que aumentara más mi consumo hasta tener sobredosis de LSD (5 gotas) lo que me hizo regresar con todas mis cosas a casa de mis abuelos, mi actividad anormal me hizo decirles todo lo que había consumido a lo largo de mi vida por lo que mi madre y toda mi familia de mi papá decidieron que necesitaba ayuda profesional con	Evaluación por parte de los familiares como una persona diferente.	Existe un miedo a expresar los síntomas de la enfermedad por miedo a ser juzgados o etiquetados por la familia.	¿Cuál es el concepto que tiene tu familia sobre ti?

	lo que fui a dar la Quinta Santa María (Quinta San José) en Hidalgo.			
AUTOSUFICIENCIA	(3) He vivido sola los últimos 3 años de mi vida, siendo autosuficiente he independiente entre periodos de recaídas de cuadro psicótico.	El consumir sustancias no representa una dificultad en la vida.	Las personas que no perciben la gravedad de su enfermedad tienden a negar las dificultades que les causa consumir sustancias.	¿Cuál es la función que tienen las sustancias en tu vida?
	(4) Me mantuve alejada, estable e independiente, entre a un call center bilingüe y volví a rentar un departamento con mi roomie, mi consumo de cannabis, LSD y MDMA siguió, siendo el cannabis mis droga de impacto, mi consumo era de una onza a la semana.			
	(5) Tuve la oportunidad de volver a ejercer mi carrera como supervisora residente de instalaciones en el CINVESTAV sede sur, sin percances hasta que trataron de asaltarme (también sin medicación), me mude a una cabaña humilde yo sola	A pesar de todos los problemas siempre ha existido una solución por lo que no existe gravedad en la situación.		¿Has sentido que existe una diferencia entre cómo los demás observan tu situación y cómo la observas tú?
AGRESIÓN	(6) Poco antes de concluir mi licenciatura yo me fui a vivir con un chico como única alternativa a continuar resistiendo la carrera con una madre neurótica que constantemente ya revisaba mis cosas, se había perdido ya total privacidad para mi persona debido a que ella ya me había llevado a varios psiquiatras, incluyendo el	Las acciones orientadas al cuidado y protección por parte de la familia pueden promover	En ocasiones el comportamiento de la familia mantiene vivo el proceso adictivo debido a que en la mayoría de los	Al enterarse de los trastornos mentales identificados. ¿Los familiares modifican la forma en la que conviven con la persona que se

	Ramón de la Fuente en el que el diagnóstico fue bipolaridad; mi cuarto ya no tenía ni cerradura	situaciones estresantes	casos se genera codependencia.	encuentra en tratamiento?
	(7) Ese es el lugar más desalmado que he conocido, me trasladaron a valoración psiquiátrica a las 3 semanas ya que me robe un cuchillo y reventé cadenas, mi actitud hubiese sido diferente si el primer día no me hubieran ahorcado y amarrado por dos días.	El tener un trato violento provoca que las conductas agresivas de los usuarios aumenten.	En ocasiones los usuarios se sienten agredidos por el personal que trabaja en las instituciones lo que provoca que estén a la defensiva	¿Has realizado algo para provocar o molestar a las personas que te cuidan en las instituciones?
	(8) Me pusieron 3 inyecciones de zyprexa antes de dejarme ir, lo que implicaba que si yo consumía después de o mejor dicho si consumía en los 15 días posteriores a salir tendría crisis psicótica. Me trasladaron al HPFBA con diagnóstico sin criterios de internamiento, yo no tenía conocimiento de lo que se me suministro ni de sus consecuencias, así que al salir fume marihuana og cush y tuve mis primeros dos internamientos en el HPFBA con diagnóstico de delirium tremens.	La desinformación promueve que exista un mayor número de contraindicaciones en el tratamiento.	Los usuarios tienden a culpar al personal de la salud por las consecuencias de contraindicaciones médicas realizadas por ellos mismos.	¿Conoces la forma de acción y los efectos secundarios de los medicamentos que consumes actualmente?
	(9) Estar ahí te inhumaniza, he visto niñas y mujeres amarradas, gritando, rezando y llorando todas las noches, con más de 30 internamientos, gente brillante a la que muchas veces su familia abandona ahí solo por miedo, envidia o no sé, todo eso sin mencionar que aún se utiliza TEC (Terapia Electro Convulsiva).	Las cualidades de las personas pasan desapercibidas cuando se tiene una	Existe la percepción de un estigma originado por tener una enfermedad mental diagnosticada lo que provoca una violación de los	¿Cómo crees que son vistas las enfermedades mentales en la actualidad?

		enfermedad mental.	derechos de los usuarios.	
	(10) Después de vagar por la ciudad de una casa de mis tíos a otra, sin recibir apoyo termine en el punto de Tepito esperando a una amiga, llego el plug y después de una serie de eventos desafortunados nunca vi a mi amiga y sufrí una violación ,	Termine en un lugar peligroso debido a que no recibí apoyo de nadie.	Cuando no se tiene percepción de la gravedad de la enfermedad mental se tiende a culpar a otros por los eventos negativos en sus vidas.	¿Cómo han influido otras personas en sucesos que te han sucedido a lo largo de tu vida?
	(11) El trato es arcaico, trajeron a una paciente aún en delirium y terminé siendo agredida y nadie hizo nada.	Dentro de las instituciones existe poca protección para los usuarios.	Durante el tratamiento los usuarios se sienten en riesgo frecuentemente.	¿Qué factores te hacen sentir segura dentro de una institución?
SITUACIÓN FAMILIAR	(12) Mi padre murió en un accidente, cráneo traumatismo encefálico instantáneo en un accidente cuando yo tenía 13 años, fue cuando iniciaron mis conductas cutting junto con bulimia y anorexia nerviosa que al día de hoy persisten.	Persona externa como causante de las	Si no existieran problemas familiares el consumo y	¿Has sentido que personas cercanas a ti
	(13) Mi madre satanizó el alcohol prohibiéndole a mi padre tener alcohol en casa lo que acrecentó la violencia intrafamiliar, psicológica y algunas veces física, fui			

	<p>cambiada a una secundaria de sacerdotes; al poco tiempo fue el fallecimiento de mi padre lo que abrió más la brecha entre mi familia y yo,</p> <p>(14) Poco antes de concluir mi licenciatura yo me fui a vivir con un chico como única alternativa a continuar resistiendo la carrera con una madre neurótica que constantemente ya revisaba mis cosas,</p> <p>(15) Mi tío me recomendó en Neopharma S.A. de C.V. en donde fui contratada como gerente de mantenimiento e inmuebles, ASAP me fui a rentar con un amigo ya que no era feliz en donde me encontraba; labore excelentemente por cuatro meses</p> <p>(16) Mi madre dijo que no podía volver a su casa y me dejo en casa del que es delier pero ella no sabe</p>	<p>complicaciones no las conductas propias.</p> <p>Aunque me recomendaron fui capaz de realizar bien mi trabajo</p> <p>Deterioro en la comunicación con los familiares</p>	<p>conductas autodestructivas serían menores.</p> <p>Las acciones que realiza la familia para ayudar a los usuarios pueden dificultar que se perciba las consecuencias negativas de permanecer en consumo.</p> <p>La comunicación con la familia dificulta los planes de las personas que se encuentran en consumo.</p>	<p>son los responsables de tus problemas?</p> <p>¿Qué aporta la familia a tu vida?</p>
RELACIÓN CON LA SUSTANCIA	(17) Yo seguí consumiendo alcohol de manera escalatoria hasta llegar a la licenciatura, la cual ya la he concluido en Ing. Mecánica y mi cédula se encuentra en trámite.	El consumo excesivo de alcohol y de otras	Existe una dificultad para identificar el aumento en el consumo de una sustancia cuando aún	¿Cómo evoluciona el consumo de sustancias?

		sustancias en progresivo.	se es funcional en ámbitos de la vida.	
	(18) Desde años anteriores (20) fui diagnosticada con borderline por un intento de suicidio, no tuve criterios de internamiento pero desde los 19 ya había iniciado mi consumo de cannabis, a los 20 años tuve 2 abortos y comencé a consumir todo tipo de sustancias psicoactivas, excepto heroína. A los 22 años comencé a consumir LSD y MDMA.	Las emociones que se presentan de forma intensa causan un mayor consumo de sustancias.	Si existiera una estabilidad emocional no habría la necesidad de consumir.	¿Cuáles son los principales factores por los cuales aumenta el consumo de sustancias?
	(19) Fui remitida a todo tipo de tratamientos psicológicos desde los 8 o 10 años por meter alcohol a mi primaria, la cual era de monjas, por lo que casi fui expulsada pero era o siempre he tenido excelencia académica.	El consumo de sustancias no afecta la inteligencia y capacidad de las personas.	El ser productivo en actividades indica que el consumo de sustancias aún no es grave.	¿Cuáles son los peligros que están relacionados con el consumo de sustancias?
	(20) Quiero aclarar que una sobredosis de LSD a mí solo me hizo descargar mucha mucha información, entendimiento, cosas que para alguien que nunca ha consumido es inentendible.	Tendencia a minimizar los efectos y consecuencias del consumo excesivo.	Solo las personas que consumen sustancias son capaces de entender sus efectos y consecuencias.	¿De quién consideras que vienen los mejores comentarios sobre el consumo de sustancias?
	(21) Dónde un verdadero especialista pudo explicarme que era el borderline y bajarme el alucín que aún tenía, el aire libre y los especialistas fue lo que me hizo	El trato amable y personalizado	Un verdadero profesional es aquel que es capaz	

	quedarme hasta medio camino, salía y fumaba marihuana o tomaba y regresaba	influye en una mayor adherencia al proceso de rehabilitación.	informar y tener un trato humanizado.	¿Cómo consideras que es un buen tratamiento para patología dual?
CAUSAS DE RECAIDA	(22) Mi consumo de cristal y piedra paró a los 22 años con mis dos abortos ya que la sustancia me causa ahora nauseas pero aumentaron los psicotrópicos; mi depresión por dejar mi casa, tener que acabar la carrera. (Faltaban un par de semanas, ya tenía 23) hizo que aumentara más mi consumo hasta tener sobredosis de LSD (5 gotas)	Las emociones que se presentan de forma intensa causan un mayor consumo de sustancias.	Si existiera una estabilidad emocional no habría la necesidad de consumir.	¿Cuáles son los principales factores por los cuales aumenta el consumo de sustancias?
	(23) Me pusieron 3 inyecciones de zyprexa antes de dejarme ir, lo que implicaba que si yo consumía después de o mejor dicho si consumía en los 15 días posteriores a salir tendría crisis psicótica. Me trasladaron al HPFBA con diagnóstico sin criterios de internamiento, yo no tenía conocimiento de lo que se me suministro ni de sus consecuencias, así que al salir fume marihuana og cush y tuve mis primeros dos internamientos en el HPFBA con diagnóstico de delirium tremens.	Los medicamentos administrados por los profesionales de la salud son considerados como responsables de sensaciones desagradables.	Si los profesionales de la salud no administraran ciertos medicamentos a personas que saben consumen sustancias las personas no entrarían en brote psicótico.	¿Cuáles con los beneficios o daños que has experimentado con los medicamentos que te han administrado?
	(24) Después de estar un mes estuve una semana fuera, volví a consumir y una semana después mi madre volvió a llamar para otro traslado psiquiátrico en el HPFBA,	No hay percepción de evolución	Cuando los tratamientos se centran en el consumo al existir	¿Cómo notas que te han ayudado en una institución?

	todo este tiempo yo seguía en delirium, no me ayudaron de ninguna manera;	dentro de los tratamientos.	una recaída se percibe como fracaso o ineficacia del tratamiento.	
	(25) Labore excelentemente por cuatro meses pero mi sobre exigencia y la medicación que ya no tomaba junto con mi ingesta regular de cannabis que suspendí, mandan a mi roomie a trabajar lejos y vuelvo a tener cuadro psicótico el cual se me quito en un par de semanas, fui internada de nuevo en el HPFBA.	El cuadro psicótico es propiciado por la suspensión del consumo de la sustancia de impacto.	Cuando se sigue en consumo regular de la sustancia de impacto se puede llegar a un estado de equilibrio.	¿Cuáles son las consecuencias de frenar el consumo?

9. Análisis de sentidos y significados subjetivos a partir de frases incompletas de la persona A.

TEMA	TRECHO	SENTIDO	SIGNIFICADO	HIPOTESIS	CUESTIONAMIENTOS
Expectativas	(24) Mi tratamiento ideal... es multidisciplinario.		Un tratamiento idóneo para personas con patología dual es aquel en dónde participan profesionales de la	Las personas que acuden a tratamiento	¿En qué te basas al momento de elegir un
	(25) El tratamiento para patología dual...tiene que ser multidisciplinario con un área espiritual.				

	(26) Un tratamiento completo es con médico, psicólogos, psiquiatras	Unión de distintas áreas de conocimiento	salud especializados en diversas áreas que aportan conocimiento para un mismo objetivo: el bienestar del usuario.	esperan que se les atienda con un modelo multidisciplinario.	lugar para recibir tratamiento?
	(27) Me preocupa que en un internamiento no aprenda.	Miedo al fracaso	El no aprender sobre su condición puede llevarlos a realizar las mismas acciones que conllevan consecuencias negativas	El cambio está directamente relacionado con el entendimiento de la condición en la que se encuentra la persona.	¿Qué sería lo peor que podría pasar si en un internamiento no te brindan la información y herramientas necesarias?
Experiencias	(28) Mi recuerdo favorito estando en tratamiento son los compartimientos	Identificación	Compartir experiencias vividas con sus compañeros es agradable ya que han pasado por situaciones parecidas y los hace sentir que no están solos.	El escuchar y expresar vivencias de personas que han pasado por situaciones parecidas facilita la reflexión de sí mismos.	¿Cuál es el objetivo de los compartimientos?

	(29) Mi experiencia en internamientos fue mucha y maltratado.	Agresión	A pesar de estar en distintos lugares de tratamiento se reciben maltratos.	Existen lugares que se dedican a brindar atención a pacientes con Patología dual en donde no se respeta la integridad física y moral de los usuarios.	¿Cómo podríamos identificar un lugar que no brinde una buena atención a sus usuarios?
	(30) Las cosas que hago durante el tratamiento leer, escribir, escuchar	Aprendizaje	En los tratamientos se tiene la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos.	Las actividades que se permiten realizar dentro de los internamientos fomentan la reflexión y aprendizaje.	¿Qué actividades se recomienda realizar a los usuarios durante el internamiento.
	(31) Lo más difícil de estar en tratamiento son los insultos y malos tratos.	Agresión	Dentro de las instituciones se reciben tratos que hacen más complicado el tratamiento.	Cuando las personas reciben maltratos dentro de las instituciones disminuye su deseo de involucrarse en el tratamiento.	¿Qué pensamientos venían a ti cuando recibías malos tratos dentro de una institución?
Convivencia con compañeros y trabajadores	(32) Le doy gracias a mis compañeros por su apoyo y comprensión	Comprensión	Los compañeros de tratamiento se apoyan los unos a los otros porque han estado en situaciones similares.	Los compañeros de internamiento se convierten en una red de apoyo.	¿Has encontrado amigos dentro de los internamientos?

	(33) En los tratamientos he conocido personas que sufrieron pero salieron adelante.	Esperanza	El conocer personas que han superado situaciones complicadas da esperanza de un cambio en el estilo de vida.	Los compañeros de internamiento en ocasiones pueden aportar aspectos positivos para el tratamiento.	¿Qué aprendizajes te deja la convivencia con tus compañeros?
	(34) Lo que no me gusta de mis compañeros es su forma de ser, su ego.	Diferencias entre si	Algunos compañeros muestran un comportamiento hostil con los demás.	Cuando las personas no creen tener un problema se muestran indiferentes y resistentes dentro del tratamiento	¿Por qué consideras que algunos compañeros se muestran indiferentes?
	(35) Me molesta que los trabajadores de las instituciones sean agresivos e ignorantes.	Agresión	El desconocimiento sobre la enfermedad propicia las agresiones hacia los usuarios.	Cuando no se tiene la información se suelen crear prejuicios y una disminución en la calidad de atención hacia los usuarios.	¿Has sentido que te tratan diferente dentro de las instituciones debido a tu diagnóstico?
Trato recibido en instituciones	(36) Considero que me tratan bien cuando me escuchan.	Atención	Cuando el personal que trabaja en las instituciones me escucha considero	El servicio dentro de las instituciones que	¿Cómo describirías un buen servicio por parte

			que están teniendo un buen trato	incluye el trato con respeto y comprensión es considerado como una experiencia positiva	de los centros de rehabilitación?
	(37) Siento seguridad cuando en las instituciones me tratan bien los psicólogos.		Las personas que se encuentran dentro de los centros de rehabilitación se sienten seguras cuando existe un trato profesional y con ética.		
	(38) Las personas que trabajan en las instituciones en algunas instituciones bien, en anexos no saben nada sobre los tratamientos.	Desinformación	Existe una clara diferencia entre los anexos e instituciones con un tratamiento integral	Aún existen en operación centros que ofrecen tratamiento residencial que no cuentan con personal capacitado.	¿Quiénes son generalmente los encargados de los anexos?

	(39) Considero injusto que en las instituciones se den caros los tratamientos, exagerando en las cuotas de recuperación	Falta de acceso	Debido a las altas cuotas de recuperación no todos tienen la posibilidad de pagarlo.	El precio elevado de los tratamientos provoca que una parte de la población no pueda tener acceso a ellos recurriendo a anexos en donde generalmente las cuotas son menores.	¿Cuál es el nivel socioeconómico de las personas que recurren a los anexos como tratamiento?
Información en la Familia	(40) Mi familia se encuentra tranquila porque está informada sobre la enfermedad.	Tranquilidad	Los familiares obtienen tranquilidad cuando comprenden la situación por la que está pasando su familiar.	Cuando los familiares no cuentan con la información adecuada sobre la enfermedad tienden a tener creencias erróneas sobre el origen, síntomas y tratamiento de la misma.	¿Cuáles son las consecuencias de que los familiares no cuenten con la información adecuada?
	(41) La información con la que cuenta mi familia son los teléfonos de las instituciones para el tratamiento de adicciones.	Recursos	El contar con información les permite a los familiares saber a dónde acudir	Cuando se presenta una emergencia los familiares que cuentan con la información necesaria pueden actuar con mayor facilidad.	¿Sabes a dónde acudir en caso de una emergencia?

	(42) El que mi familia esté informada sobre la enfermedad me ayuda al desarrollo personal.	Superación	Cuando la familia cuenta con la información adecuada puede ejercer funciones de una red de apoyo para la persona con el diagnóstico.	Los familiares que cuentan con la información y herramientas adecuadas tienen más probabilidades de realizar acciones positivas durante la rehabilitación.	¿Cuáles son los beneficios de que los familiares cuenten con la información necesaria?
	(43) Debido a la falta de información mi familia me agredió muchas veces	Agresión	Los familiares que no tienen la información adecuada sobre la enfermedad tienden a ser agresivos con el miembro que cuenta con el diagnóstico.	Las familias que no cuentan con información adecuada sobre la enfermedad tienden a ser agresivas debido a la explicación errónea que le otorgan a las causas, mantenimiento y progresión de misma.	¿Has recibido agresiones por parte de tu familia?
Información en las Instituciones	(44) Cuando un profesional me explica claramente le agradezco porque me hace sentir tranquilo.	Tranquilidad	Cuando la persona tiene conocimiento sobre su enfermedad obtiene la sensación de tranquilidad.	Cuando una persona está informada sobre su enfermedad siente tranquilidad ya que tiene un mayor entendimiento de sí mismo.	¿Por qué es importante tener información sobre la enfermedad?
	(45) Las instituciones cuentan con información no	Desinformación	No todas las instituciones	Algunas instituciones dedicadas a la atención	¿Qué requisitos se le pide a una persona para

	todas con la información necesaria.		dedicadas a brindar atención a personas con patología dual cuentan con la información necesaria.	de personas con problemas de consumo de sustancias son dirigidas por personas que no son profesionales de la salud por lo que muchas veces no cuentan con información necesaria para brindar un tratamiento integral.	poder abrir un centro de rehabilitación para personas con problemas de consumo de sustancias y posible patología dual?
(46)	La forma en la que me han brindado información las instituciones ha sido física y espiritual	Vivencia	La información que se me ha brindado ha sido por medio de la religión y tratos exigentes	Las herramientas que ocupan las instituciones para informar sobre el diagnóstico a las personas es por medio de referencias espirituales/religiosas y experiencias de sensaciones físicas con la finalidad de ser un aprendizaje significativo.	¿Qué función cumplen las sanciones y lecciones espirituales dentro del tratamiento?
(47)	Debido al desconocimiento de la enfermedad algunas instituciones no se acercan a	Rechazo	El no tener una comprensión a cerca de un diagnóstico de	Los estereotipos relacionados al diagnóstico interfieren en las labores de los	¿En qué grado los trabajadores de la salud contribuyen en la etiquetación social de

	las personas, tienen prejuicios.		patología dual dificulta la comunicación entre usuario y trabajadores de las instituciones.	profesionales que trabajan en los centros de rehabilitación.	las personas con un diagnóstico de Patología dual?
Información Personal	(48) El entender mi enfermedad me ayuda a reflexionar sobre mis decisiones.	Autoevaluación	El conocer las características que conlleva el diagnóstico permite que la persona identifique y analice sus acciones.	La información que se proporciona a las personas a cerca del diagnóstico de patología dual es una herramienta que fomenta el análisis de sí mismos.	¿Cómo se define una persona con patología dual que no cuenta con la información acerca del diagnóstico?
	(49) El saber sobre patología dual se denomina patología dual a los pacientes que sufren de manera simultánea a lo largo de su vida una adicción y otro trastorno mental por lo que a mí me orienta más.	Claridad	El hecho de que la persona cuente con información sobre su diagnóstico le permite reconocer aspectos sobre el mismo.	El reconocimiento de factores de riesgo y factores protectores es resultado de brindarle información a la persona a cerca de su diagnóstico.	¿Las personas con diagnóstico de patología dual cuentan con la suficiente información?
	(50) Por mucho tiempo no entendí el daño que causan las sustancias.	Minimización	Pasa un tiempo considerable para que la persona detecte como un problema su	Cuando una persona se encuentra en consumo pasa por alto las consecuencias debido a el placer	¿El comprender el daño que causa un consumo excesivo de sustancias está relacionado a la información recibida o al

			consumo excesivo de sustancias.	inmediato que obtienen cuando están intoxicados.	proceso de recuperación?
	(51) Cuando no comprendo lo que me pasa me intolerero.	Desesperación	Cuando las personas no entienden la situación por la que están pasando tienden a estar inquietos e irritables.	Cuando una persona no tiene la información suficiente para comprender lo que está pasando a su alrededor tomara una actitud hostil.	¿Qué factores influyen para que una persona no comprenda la situación por la que está pasando?
Aprendizajes	(52) Me ayuda aprender a vivir.	Esperanza	Las personas que se encuentran en tratamiento residencial consideran que estando ahí pueden aprender a vivir mejor.	Dentro de las instituciones se pueden adquirir herramientas para tener una mejor calidad de vida.	¿Cuál es el objetivo de los tratamientos residenciales?
	(53) Lo que he aprendido es a trabajar y a ejercitarme.	Superación	El realizar ejercicio y trabajar son actividades que representen una oportunidad para superarse.	Cuando en los tratamientos se incluyen actividades que representen una posibilidad de ser productivos estando afuera provoca en los usuarios satisfacción al	¿Qué actividades realizadas dentro de los internamientos no hubieras intentado hacer estando afuera?

				observar de lo que son capaz.	
	(54) En las instituciones me han enseñado a integrarme .	Pertenencia	Dentro de los centros de rehabilitación los usuarios pueden volver a sentirse parte de la sociedad.	Cuando una persona consume sustancias en exceso tiende a ser excluido por la sociedad al presentar un comportamiento considerado como “inaceptable” .	¿Cuáles son las consecuencias del estigma hacia las personas con patología dual?
	(55) Lo malo que aprendí fueron las groserías y la falta de comprensión .	Agresión	El trato agresivo dentro de las instituciones se aprende como parte del tratamiento.	El trato que se enseña dentro de los centros de rehabilitación tiende a repetirse por las nuevas generaciones debido a que se considera adecuada para la recuperación.	¿Cómo se establecen los reglamentos de convivencia dentro de las instituciones?
Acciones	(56) Lo mejor que he hecho es leer .	Aprendizaje	El aprender a leer es considerado un logro y motivo de satisfacción personal.	Algunas personas con diagnóstico de patología dual presentan dificultades para realizar actividades que podrían ser cotidianas	¿Qué actividades resultan más difíciles de realizar para una persona con diagnóstico de patología dual?

				para una persona sin el diagnóstico.	
	(57) Mis acciones me describen.	Responsabilidad	Las acciones realizadas definen a una persona.	Algunos tratamientos se enfocan en conductas negativas cometidas para que los usuarios no repitan la conducta de consumo dejando a un lado cualidades positivas de la persona.	¿Cómo te describirías como persona?
	(58) No me gusta cuando yo hago cosas sin sentido.	Insatisfacción	El no percibir un propósito en las actividades que se realizan genera insatisfacción con uno mismo.	Cuando una persona se encuentra en consumo por un periodo prolongado, se percibe una sensación de que no se está haciendo nada productivo.	¿Consideras existe tiempo perdido en tu vida?
Relación con otras personas	(59) Sé que mi familia me apoya porque vive tranquila.	Paz	Cuando la familia reacciona con tranquilidad frente a las situaciones, la persona se siente apoyada.	Cuando la familia lleva un proceso terapéutico le permite reaccionar de forma benéfica para la convivencia.	¿Qué sucede cuando las familias no se involucran en el proceso terapéutico?

	(60) Lo que me hace diferente a los demás es respetar a la gente.	Respeto	El respeto es una característica que hace destacar a quien lo practica dentro de los centros de rehabilitación	La forma en la que se aplica la disciplina dentro de algunos centros de rehabilitación frecuentemente implica faltas de respeto y agresiones.	¿Por qué es importante el respeto dentro de las instituciones?
	(61) Los demás no me aceptan por mis errores.	Rechazo	Los errores cometidos son motivo de rezago social.	Cuando una persona comete acciones que no son aceptadas socialmente, la población los empieza a excluir.	¿Has sentido que los demás empiezan a apartarte de ti?
	(62) Pocos me consideran amable	Percepción de sí mismo	El consumo de sustancias promueve la irritabilidad e intolerancia.	Un consumo de sustancias excesivas facilita la inhibición de conductas agresivas en las personas lo que trae problemas en la convivencia con los demás.	¿Cómo impacta el consumo de sustancias en el comportamiento?
Relación con la sustancia	(63) La sustancia me hace ser neurótico				
	(64) Lo que más me gusta de consumir es que me desinhibe.				
	(65) En mi vida la sustancias me afectaron		Las personas con diagnóstico de	El tener conciencia del daño que les causan	¿Por qué es importante contar con información

	(66) Las sustancias psicoactivas provocan adicción	Reconocimiento	patología dual reconocen las consecuencias de consumir sustancias en exceso.	las sustancias en ocasiones no es suficiente para detener el consumo.	sobre el consumo de sustancias?
	(67) Lo peor que he hecho estando en consumo ha sido robar y golpear gente.	Culpa	Existe arrepentimiento de acciones que se cometen estando intoxicado.	Las acciones que se comenten estando intoxicado pueden ocasionar sentimientos de culpa que suelen convertirse en factores de riesgo para volver a consumir.	¿Qué impacto tienen en la vida las conductas que se cometen estando intoxicado?

10. Análisis de sentidos y significados subjetivos a partir de frases incompletas de la persona B.

TEMA	TRECHO	SENTIDO	SIGNIFICADO	HIPOTESIS	CUESTIONAMIENTO
Expectativas	(31) Mi tratamiento ideal sería un lugar agradable, alejado de la ciudad, quizá en un bosque, en una clínica en donde hubiera compañeros con distintos trastornos, hombres y mujeres. En esta clínica todo el personal sería profesional, médicos, psiquiatras, psicólogos,	Empatía	Para que un tratamiento no sea considerado como un castigo es necesario que el personal de la salud se muestre	El trato digno hacia las personas que buscan tratamiento para el diagnóstico de patología dual facilitaría el proceso terapéutico.	¿Qué ocasiona que el tratamiento sea considerado en ocasiones un castigo?

	<p>toxicólogos, enfermeros, etc. Pero sobre todo personas amorosas, dispuestas a acompañar a los usuarios en su proceso con respeto, con cariño, verdadero conocimiento y sensibilidad con respecto a las adicciones. Creo por experiencia propia que debería ser un tratamiento largo, aislado como un retiro que permita a los usuarios cambiar real y textualmente su manera de ver la vida y su manera de vivir pero sin sentirse encerrado o castigado.</p>		<p>empático con los usuarios.</p>		
	<p>(32) El tratamiento para patología dual en mi caso tardo mucho en encontrarse, pues son muchos medicamentos y hubo que probar durante 2 años las combinaciones y las dosis, pero afortunadamente ahora que ya encontramos la formula me he sentido muy bien, además el apoyo que tengo con AA y mis sesiones de terapia psicológica.</p>	<p>Constancia</p>	<p>El tratamiento en patología dual necesita de paciencia y compromiso ya que los resultados no se obtienen de manera inmediata.</p>	<p>No existe un tiempo establecido para el tratamiento de patología dual ya que es distinto para cada persona.</p>	<p>¿Cuánto tiempo duran en promedio los internamientos?</p>

<p>(33) Un tratamiento completo debe contener medicamentos, terapia y grupos de autoayuda</p>	<p>Integración</p>	<p>El tratamiento ideal es aquel que es integra distintas áreas de conocimiento.</p>	<p>Considerando que la patología dual es una condición compleja se deben considerar diversas áreas para que se obtengan mejores resultados del tratamiento.</p>	<p>¿Cuántas instituciones brindan un tratamiento integral?</p>
<p>(34) Me preocupa que en un internamiento algún usuario loco me lastime o que llegue alguien del narco y nos mate a todos por venganza. Mis razones tengo para preocuparme por esto.</p>		<p>Dentro de las instituciones existen irregularidades que ponen en peligro el bienestar físico de los usuarios.</p>	<p>Las instituciones carecen de una seguridad adecuada cuando no existen Protocolos para personas que representan un peligro para sí mismo u otros usuarios.</p>	<p>¿Cómo se establecen los criterios para ingresar a una persona a internamiento?</p>
<p>(35) Lo peor que me podría pasar en un tratamiento seria que me dieran un medicamento equivocado y que me muriera.</p>	<p>Inseguridad</p>	<p>El presentar desconocimiento sobre el tratamiento farmacológico genera incertidumbre.</p>	<p>Uno de los principales motivos del rechazo al tratamiento farmacológico son las emociones que provoca el desconocimiento de</p>	<p>¿Cuál es la información que está permitida darles a los usuarios a cerca de su medicación?</p>

				lo que se está administrando.	
	(36) Espero estar en una institución si vuelvo a recaer.	Protección	El encontrarse en contención es una manera de cuidarse y prevenir consecuencias negativas provenientes de una recaída.	El ingresar a internamiento se convierte en un protocolo de protección cuando se presenta una recaída.	¿Existen personas que se internan de manera voluntaria?
Experiencias	(37) Mi recuerdo favorito estando en tratamiento es cuando me subí a la tribuna y me puse a cantar porque esa fue la mejor manera que encontré para expresarme. Cuando el padrino me quiso intimidar y regañar, me pidió que le cantara y le cante ahí mismo en la cara a todo pulmón a 3 cm de su nariz , jajajaja	Rebeldía	Cada persona tiene un estilo particular para expresarse.	Cuando intentas unificar a las personas como iguales ellas buscaran la forma de expresar su identidad para mostrar sus diferencias.	¿Cuál es la importancia de un tratamiento personalizado?
	(38) Lo mejor de estar en tratamiento es que me sienta segura.	Protección	El encontrarse en internamiento representa la imposibilidad de consumir y de cometer acciones que sean	Los internamientos en ocasiones se convierten en una zona de confort ya que no representan el contexto real en el que se encuentran	¿Cuáles son algunas de las ventajas de estar en internamiento?

			perjudiciales para sí mismos u otras personas.	las personas normalmente.	
	<p>(39) Mi experiencia en internamientos fue siempre difícil. Aunque cada vez “agarre más maña”. Lo que realmente me sirvió fue el tiempo. Llego un momento después de un año que me di cuenta que algo en mi había cambiado y no me refiero a la adicción, más bien yo había cambiado por completo, había crecido. Había aprendido a poner límites, a respetarme, valorar, escuchar, tolerar y esto no tiene nada que ver con la clínica , tiene que ver con las catarsis en la tribuna y con las terapias psicológicas, pero sobre todo con el cambio de entorno , la convivencia, resiliencia, el tiempo que cada quien necesita para encontrar un lugar agradable en la vida, esto no se logra en 4 meses pero tampoco me parece bueno dejar a un usuario más tiempo del conveniente , porque puede</p>		<p>El tiempo es importante para poder empezar a</p>	<p>La variable tiempo en el internamiento puede beneficiar pero también perjudicar a los</p>	<p>¿Cuánto es el tiempo máximo que se recomienda estar en internamiento?</p>

	perder lo positivo que adquirió al sentirse olvidado, rechazado por su familia sin oportunidad de ponerse metas más allá de la puerta de la clínica.	Constancia	visualizar los aprendizajes adquiridos.	usuarios si no se establece de manera adecuada.	
	(40) Las cosas que hago durante el tratamiento me ayudan a estar bien.	Seguridad	Las actividades dentro de los internamientos aportan herramientas para una mejor calidad de vida.	Los modelos de tratamiento dentro de las instituciones están diseñados para crear habilidades que les permitan a los usuarios enfrentar situaciones estresantes en su contexto.	¿Qué habilidades son indispensables en la vida cotidiana?
	(41) Mi peor recuerdo dentro de una institución es cuando tuve un brote psicótico y alucine horrible. Me amarraron, recuerdo a lo lejos que estaban mi mamá y mi hermana mientras yo lloraba y gritaba.	Agresión	Los métodos utilizados para personas que se encuentran en brote psicótico en ocasiones son violentos.	El dialogo y acompañamiento como método de contención para personas que se encuentran en brote psicótico reduciría la resistencia disminuyendo la necesidad de métodos físicos.	¿Cuál es el trato para las personas que se encuentran en brote psicótico?

	(42) Lo más difícil de estar en tratamiento es aceptar que es para siempre	Recibir noticias fuertes	El paso más complicado es reconocer que se tiene una nueva condición de vida.	El aceptar que se tiene una enfermedad resulta complicado ya que implica empezar un nuevo estilo de vida.	¿Qué implica empezar un nuevo estilo de vida?
Convivencia con compañeros y trabajadores	(43) Le doy gracias a mis compañeros por enseñarme que aunque las personas piensen distinto que yo, se comporten distinto, incluso de una manera que me parezca aberrante, puede aprender algo de ellos. Por un lado a algunos compañeros les agradezco su apoyo, compañía, su cariño y solidaridad.	Tolerancia	El convivir con personas distintas implica una oportunidad para poner en práctica las habilidades aprendidas.	El fomentar la convivencia saludable dentro de las instituciones es indispensable para formar factores de protección.	¿Qué es lo más complicado de convivir con otras personas durante el internamiento?
	(44) Las personas que trabajan en las instituciones me han ayudado muchísimo	Agradecimiento	Las personas que trabajan en las instituciones influyen en la vida de los usuarios.	El servicio que otorgan las instituciones proporciona a los usuarios herramientas que son benéficas para los usuarios	¿En qué te ha beneficiado estar en internamiento?
	(45) Las personas que trabajan en los internamientos en los que		Las personas que trabajan en los internamientos en	Los métodos verbales y/o físicos que son	¿Cuáles son los factores que influyen para que una persona aplique

<p>he estado muchas veces son crueles.</p>	<p>Agresión</p>	<p>ocasiones utilizan métodos verbales y/o físicos para la contención que resultan desagradables para los usuarios.</p>	<p>considerados como agresivos por los usuarios son realizados por personas que no cuentan con una formación adecuada para la atención de personas con patología dual.</p>	<p>técnicas consideradas agresivas en internamientos para la atención de pacientes con patología dual?</p>
<p>(46) En los tratamientos he conocido personas que me han hecho daño.</p>		<p>La convivencia entre compañeros de internamiento resulta complicada debido a las diferencias individuales.</p>	<p>Es necesario desarrollar habilidades socioemocionales y ponerlos en práctica con la comunidad de las instituciones para prevenir conflictos graves.</p>	<p>¿Qué es lo más complicado de convivir con los compañeros de internamiento?</p>
<p>(47) Lo que no me gusta de mis compañeros de algunos no me gusta que son irrespetuosos, otros abusivos y otros mentirosos o rateros.</p>				
<p>(48) Me molesta que los trabajadores de las instituciones se vuelvan insolentes, fríos e insensibles.</p>	<p>Indiferencia</p>	<p>Los trabajadores de las instituciones se muestran distantes ocasionando que los usuarios lo perciban como falta de empatía.</p>	<p>El trato de parte de los trabajadores hacia los usuarios es parte fundamental para que la experiencia en el tratamiento sea positiva.</p>	<p>¿Cuáles son las aptitudes</p>

Trato recibido en instituciones	(49) Considero que me tratan bien cuando me toma en cuenta, cuando me escuchan y valoran las cosas que hago.	Respeto	Es importante que dentro de las instituciones los usuarios perciban que tienen voz y participación en su proceso.	Cuando el usuario es participe en las decisiones tomadas existe mayor probabilidad de éxito en la adherencia al tratamiento.	¿Cómo se llega a acuerdos entre usuario e instituciones?
	(50) Siento seguridad cuando en las instituciones me ponen atención.	Atención	Las personas sienten seguridad cuando se sienten escuchadas.	El sentirse escuchadas mejora la alianza terapéutica y favorece la experiencia dentro de la institución.	¿Por qué es importante que las instituciones representen un lugar seguro para los usuarios?
	(51) El trato en las instituciones en las que he estado ha sido excelente.	Satisfacción	Existen profesionales que realizan sus labores de manera cálida y agradable para los usuarios cumpliendo los objetivos de la rehabilitación	Actualmente existen más instituciones que brindar atención profesional disminuyendo lugares en donde se ocupan métodos poco efectivos para la rehabilitación.	¿Cómo ha evolucionado el concepto de patología dual en los últimos años?
	(52) Las personas que trabajan en las instituciones los profesionales que he conocido han sido excelentes (excepto una psicóloga del psiquiátrico de San Fernando del IMSS)				
(53) Siento que me tratan mal porque no tengo dinero.	Inferioridad	La posición económica determina el trato	La mayoría de las instituciones en dónde brindan	¿El factor económico influye en la atención	

			recibido por otras personas.	tratamiento profesional cobran cuotas que están fuera del alcance de un porcentaje considerable de la población.	recibida por personas con patología dual?
	(54) Considero injusto que en las instituciones no reciban del gobierno ayuda más justa	Falta de apoyo	Las instituciones dedicadas al tratamiento de la salud mental deberían recibir mayor presupuesto.	La falta de recursos provoca que las instituciones presenten dificultades para poder brindar atención eficiente y eficaz.	¿Cómo influye la falta de recursos en las instituciones?
Información en la Familia	(55) Mi familia poco a poco me entiende y me acepta porque está informada sobre la enfermedad.	Comprensión	El contar con la información necesaria mejora la comunicación de personas con patología dual y su familia.	La información es un recurso que fomenta una convivencia saludable en familias que cuentan con un miembro con patología dual.	¿Cuáles son las ventajas de que las familias cuenten con información?
	(56) El saber sobre la enfermedad facilita que mi familia me entienda y me ayude.				
	(57) La información con la que cuenta mi familia es excelente, ellas han puesto mucho interés en buscar información por todos lados, además que desde hace	Compromiso	Es importante que los integrantes de la familia comiencen con un tratamiento individual para	Cuando las familias comienzan un proceso terapéutico independiente aumenta la	¿Los familiares también necesitan tener un proceso terapéutico?

	<p>algunos meses decidieron tomar ellas también terapia psicológica, lo cual me parece que nos ha ayudado muchísimos a las 3.</p> <p>(58) El que mi familia esté informada sobre la enfermedad me hace bien y le hace bien a mi familia.</p>		enfrentar situaciones que conlleva tener un familiar cercano con diagnóstico de patología dual.	probabilidad de funcionar como red de apoyo eficiente.	
	<p>(59) Considero que mi familia desconoce cómo se siente ser yo.</p> <p>(60) Debido a la falta de información mi familia al principio me hizo mucho daño.</p>	Juzgar	El desconocimiento sobre patología dual propicia actitudes que provocan daño en las personas con el diagnóstico.	La desinformación es un factor que aumenta actitudes violentas hacia la persona con patología dual	¿Cuáles son las consecuencias de que la familia este desinformada?
Información en las Instituciones	<p>(61) Cuando un profesional me explica claramente me siento segura y pienso que las cosas pueden mejorar sustancialmente, sobre todo cuando vuelvo a recordar y a comprender que algunos de mis comportamientos pasados y decisiones equivocadas se debieron principalmente a la falta de diagnóstico oportuno, mejor dicho, la falta de interés</p>				

<p>en dicho diagnóstico que mis padres recibieron hace 25 años y por lo tanto también la falta de medicación y seguimiento psiquiátrico, psicológico y toxicológico.</p> <p>La primera vez que un doctor me explico que yo tengo TLP y TDAH fue hace 4 años en el Instituto Nacional de Psiquiatría. No sé si fue una buena o mala noticia, por un lado me dije: ¡Qué horror! Pero de lo que si estoy segura es que sabía que estaba en el lugar adecuado y en buenas manos.</p>	<p>Esperanza</p>	<p>Cuando existe una comunicación adecuada entre el profesional de la salud y el usuario el panorama sobre el diagnóstico se vuelve realista y con opciones de tratamiento claras.</p>	<p>Las dudas sobre la enfermedad provocan sensaciones de miedo y aleja a las personas de las instituciones que se dedican a brindar tratamiento.</p>	<p>¿Cuál es el acompañamiento que se brinda cuando se da un diagnóstico importante en la vida de una persona?</p>
<p>(62) Me hace sentir respetada que me informen lo que pasa.</p>				
<p>(63) Las instituciones cuentan con información que a veces no es suficiente o clara</p>	<p>Ambigüedad</p>	<p>La información que proporcionan en algunas instituciones no es transmitida con claridad a las personas que hacen</p>	<p>El uso de lenguaje técnico en el personal de la salud impide la trasmisión de mensajes claros a</p>	<p>¿Cuál sería una forma adecuada de proporcionar información?</p>
<p>(64) La forma en la que me han brindado información las</p>				

	instituciones a veces no ha sido suficientemente clara.		uso de las instalaciones.	la población en general.	
	(65) Esta mal que en las instituciones no me informen sobre los procedimientos.	Incertidumbre	Al ingresar a internamiento algunas instituciones no brindan información sobre cómo es el proceso.	Cuando la persona con diagnóstico de patología dual desconoce el modelo de tratamiento de la institución a la cual está ingresando provoca sensación de desconfianza y resistencia.	¿Cuáles son las circunstancias que pueden provocar resistencia al tratamiento?
	(66) Debido al desconocimiento de la enfermedad algunas instituciones te tratan como una persona que simplemente no quiere hacer nada para sentirse mejor , que es floja y no quiere trabajar , ni siquiera levantarse de la cama y cuando lo hace se va a emborrachar.	Etiquetación	Cuando no se cuenta con la información adecuada se tiende a juzgar y culpar a la persona de no querer recuperarse.	El desconocimiento sobre el diagnóstico provoca que se siga fomentando la creencia de que es una enfermedad de la voluntad.	¿Es suficiente la voluntad para la recuperación?

Información Personal	(67) El entender mi enfermedad me ha servido para poder trabajar mis culpas.	Comprensión	El entender el diagnóstico puede disminuir la creación de conceptos negativos de la persona.	El percibir poco control sobre si mismos puede ocasionar la construcción de un autoconcepto negativo.	¿Cómo se percibe a sí mismo una persona con diagnóstico de patología dual?
	(68) La información que he recibido ha sido buena en ocasiones, excelente en otras y pésima en otras.	Diversidad	Existe una variedad de instituciones y tratamientos para personas con patología dual.	A pesar del aumento de instituciones que brindan tratamiento profesional aún persisten lugares en donde se usan técnicas poco humanizadas.	¿Cuál es la regulación que existe en los centros de rehabilitación?
	(69) El saber sobre patología dual hace que me entienda a mí misma	Diferencia	Las personas con una enfermedad mental se perciben con características distintas.	El percibirse como distintos a las demás personas puede provocar que se sientan poco aceptados y terminen aislándose.	¿Qué provoca el rezago social en personas con alguna enfermedad mental?
	(70) Por mucho tiempo no entendí porque me sentía diferente a los demás.				
	(71) Cuando no comprendo lo que me pasa siento mucho miedo, ansiedad, me dan ganas		Al encontrarse en una situación desconocida se	Otorgarles a los usuarios información sobre el proceso de rehabilitación podría	¿Cómo es el ingreso de los usuarios a los centros de rehabilitación?

	de llorar y a veces llego al pánico.	Inseguridad	generan sensaciones de miedo.	disminuir acciones agresivas y/o de resistencia provocadas por la incertidumbre.	
Aprendizajes	(72) Me ayuda aprender a detectar cada vez más rápido y más fácil cuando estoy interpretando mal las cosas	Autocontrol	Cuando aprenden a observar sus conductas es más fácil el poder tener control sobre ellas.	El aprender a convivir con ciertos signos o síntomas del diagnóstico facilita las relaciones interpersonales.	¿Cuáles son las ventajas de la psicoeducación?
	(73) Me hizo bien aprender como son mis trastornos.	Percepción del diagnóstico	Muchas veces la idea que se tiene del diagnóstico de patología dual es similar al de una discapacidad en dónde la persona es incapaz de realizar un cambio en su estilo de vida.	Existen personas que pasan un tiempo prolongado en instituciones debido a sus familiares prefieren mantenerlos en constante vigilancia a emplear otro tipo de métodos para la rehabilitación.	¿Cuánto es el máximo de tiempo recomendado para que una persona permanezca en contención?
	(74) Lo que he aprendido sobre todo es que se necesita vivir mucho tiempo en un entorno diferente al que uno vivía (no sólo los adictos, también los que somos duales) para realmente poder ver la vida desde otro punto. Creo que las clínicas podrían ser una buena opción si tuvieran una visión diferente y si los familiares y los mismos usuarios tuvieran una visión diferente. No deberían ser un castigo, o un lugar para que la familia descanse un rato. Me				

	gustaría poder abrir una clínica que fuera un lugar como el que yo necesite desde que empezó mi peregrinar por clínicas y hospitales.				
	(75) En las instituciones me han enseñado que hay que seguir los tratamientos al pie de la letra, sobre todo los medicamentos psiquiátricos	Constancia	En los tratamientos es necesaria la paciencia ya que los resultados no son visibles de inmediato.	La falta de resultados inmediatos y los efectos secundarios son factores por los cuales el tratamiento farmacológico es suspendido antes de tiempo.	¿Cuál es la función del tratamiento farmacológico?
	(76) Estuvo mal que aprendiera a drogarme.	Arrepentimiento	El empezar a drogarse no es considerado un logro.	Existe un reconocimiento de que el consumo es nocivo para la salud en las personas con diagnóstico de patología dual.	¿Qué impulsa los primeros consumos?
Acciones	(77) Lo mejor que he hecho es tener una hija y saber criarla.	Satisfacción	El cumplir metas funciona como motivación para seguir con el tratamiento.	Es importante para las personas sentirse independientes para poder retarse a sí mismos y cumplir	¿Qué tanto persiste la idea de que la patología dual es discapacitante?
	(78) Me siento feliz de haber hecho lo que prometí.				

				metas más complejas.	
	(79) Mis acciones no siempre son premeditadas	Impulsos	Las acciones no siempre ocurren como se planean.	Cuando se toman en cuenta las posibles consecuencias de los actos se pueden prevenir situaciones desagradables.	¿Podrías mencionar algunas estrategias para el control de impulsos?
	(80) Mi peor error fue mentir .	Arrepentimiento	Cuando se miente con frecuencia es complicado recuperar la confianza de las personas.	El utilizar adjetivos para describir a una persona en repetidas ocasiones puede ocasionar que se adopte como parte estática de la misma teniendo impacto en el autoconcepto.	¿Te has sentido etiquetado alguna vez?
	(81) No me gusta cuando yo hago cosas que no quiero hacer pero no me atrevo a decir nada porque todavía me siento menos que el resto de la familia.	inferioridad	El tener un diagnóstico de trastorno mental te convierte en alguien con menor rango social.	Cuando una persona posee características que se salen de los que se considera "normal" percibe un trato distinto lo que ocasiona que se defina a si misma como inferior.	¿Cómo podemos combatir el estigma hacia las enfermedades mentales?

Relación con otras personas	(82) Mi familia considera que soy una persona amorosa, inteligente, simpática y capaz de hacer muchas cosas porque también saben que soy creativa pero también consideran que necesito cierta vigilancia.	Necesidad de constante cuidado.	En ocasiones la familia considera que por tener un diagnóstico de enfermedad mental eres menos capaz de cuidarte a ti misma.	Algunas personas que cuentan con un diagnóstico de patología dual pierden parte de su autonomía.	¿Te has sentido sobreprotegido por tu familia o personas cercanas?
	(83) Los demás no me aceptan porque no me conocen.	Prejuicio	Las personas que te rechazan es porque generalmente no se toman el tiempo de conocerte.	La opinión preconcebida provoca rechazo hacia lo que consideramos distinto.	
	(84) Pocos me consideran deficiente.	Eficiencia	Las personas con patología dual son igual de productivos que las personas sin un diagnóstico de enfermedad mental.	Las personas que tienen diagnóstico de patología dual pueden tener una integración social adecuada cuando tienen un tratamiento adecuado.	¿Qué pasa cuando una persona con patología dual no recibe tratamiento?
Relación con la sustancia	(85) La sustancia me hace ser diferente	Atribuir cualidades	La sustancia es capaz de crear cualidades y/o habilidades en las personas.	Las personas que consumen sustancias perciben que sus habilidades se intensifican lo cual provoca que	¿Cómo te describirías estando intoxicada?
	(86) Lo que más me gusta de consumir es sentirme más capaz				

				consuman con más frecuencia.	
	(87) Las sustancias psicoactivas son dañinas para el cerebro	Conciencia de daño	Existe conocimiento de las consecuencias negativas de consumir sustancias en exceso.	Tener información sobre las consecuencias de un consumo excesivo en ocasiones no impide que las personas sigan consumiendo.	¿Qué ha resultado efectivo para evitar consumir?
	(88) En mi vida las sustancias han sido un problema enorme.				
	(89) Lo peor que he hecho estando en consumo es prostituirme.	Exposición a riesgos	La necesidad de seguir consumiendo sustancias provoca que una persona se exponga a factores de riesgo para su bienestar personal.	El mantener relaciones sexuales utilizando sustancias psicoactivas disminuye la probabilidad de un adecuado uso de preservativo.	¿Has tenido relaciones sexuales sin protección estando intoxicado?

11. Análisis de sentidos y significados subjetivos a partir de frases incompletas de la persona C.

TEMA	TRECHO	SENTIDO	SIGNIFICADO	HIPOTESIS	CUESTIONAMIENTO
Expectativas	(31) Mi tratamiento ideal es con psiquiatra y psicólogo	Unión de distintas áreas	Un tratamiento idóneo para		

<p>(32) Un tratamiento completo conlleva psiquiatra, psicólogo y apoyo familiar</p>	<p>de conocimiento</p>	<p>personas con patología dual es aquel en dónde participan profesionales de la salud especializados en diversas áreas.</p>	<p>Las personas que acuden a tratamiento esperan que se les atienda con un modelo integral.</p>	<p>¿En qué te basas al momento de elegir un lugar para recibir tratamiento?</p>
<p>(33) Me preocupa que en un internamiento me quede mucho tiempo</p>	<p>Duración</p>	<p>Una de las preocupaciones al ingresar a un internamiento es que la duración sea prolongada.</p>	<p>Cuando el tiempo de internamiento es prolongado los resultados pueden ser contraproducentes.</p>	<p>¿Cuánto tiempo es el recomendado para estar en internamiento?</p>
<p>(34) Lo peor que me podría pasar en un tratamiento sería recaer</p>	<p>Miedo Fracaso</p>	<p>La recaída representa que la persona no está llevando adecuadamente el tratamiento.</p>	<p>Las recaídas son parte del proceso hacia la abstinencia ya que ayudan a identificar áreas de oportunidad para trabajar con la persona.</p>	<p>¿Cómo se viven las recaídas?</p>
<p>(35) Espero estar en una institución que me ayude a aprender y que me ayude a solventarme económicamente</p>	<p>Deseo de independencia</p>	<p>Las personas desean cumplir sus metas y llevar una vida independiente responsable.</p>	<p>Estructurar un proyecto alcanzable aumenta las probabilidades de cumplir metas.</p>	<p>¿Cuáles son las acciones que hay que realizar para lograr ser una persona económicamente independiente?</p>

Experiencias	(36) Mi recuerdo favorito estando en tratamiento es compartiendo con los compañeros	Convivencia	El compartir experiencias con los compañeros ayuda a sentirse identificado y aceptado en un grupo que pasa por situaciones similares.	Los compañeros de internamiento pueden llegar a convertirse en una red de apoyo cuando la convivencia y objetivos están dirigidos a un bienestar mutuo.	¿Sigues en contacto con las personas que has conocido en internamientos anteriores?
	(37) Lo mejor de estar en tratamiento es que me siento mejor y que algunas cosas se pueden resolver	Esperanza	El tratamiento representa una oportunidad de tener una mejor calidad de vida.	El estar en contención otorga una oportunidad de reflexionar y visualizar alternativas que pasan desapercibidas estando en consumo.	¿Cuáles son las ventajas de estar en contención?
	(38) Mi experiencia en internamientos ha sido bastante porque he pasado por algunos tratamientos que no han sido buenos pero creo que ahora le dieron en el clavo.	Reincidir	Un tratamiento inadecuado provoca una mayor probabilidad de necesitar nuevamente internamiento.	Un adecuado diagnóstico puede prevenir que las personas pasen internadas periodos de tiempo más largos.	¿Cuáles son las razones por las que consideras que ha sido necesario regresar a internamiento?

	(39) Las cosas que hago durante el tratamiento me ayudan para ser un sistema integral	Aprendizaje	Las enseñanzas en tratamiento funcionan para explotar las habilidades de los usuarios.	El tratamiento proporciona herramientas para mejores relaciones personales, laborales, escolares , familiares, etc.	¿Has descubierto/construido cosas nuevas de ti mismo en tratamiento?
	(40) Mi peor recuerdo dentro de una institución fue quererme suicidar por que no entendía mi situación y no me gustaba cómo me sentía.	Incertidumbre	La falta de comprensión sobre el proceso de internamiento puede aumentar sensaciones desagradables.	Cuando se generan sensaciones desagradables dentro del internamiento promueve la aparición de nuevos factores de riesgo.	¿Cuáles son las consecuencias de pasar por situaciones estresantes?
	(41) Lo más difícil de estar en tratamiento es el tiempo que se tiene en espera y que no puedes ver a la familia.				
Convivencia con compañeros y trabajadores	(42) Le doy gracias a mis compañeros porque estuvieron apoyándome continuamente	Apoyo	Cuando los usuarios se sienten cómodos y apoyados por las personas dentro de los internamientos muestran mayor apertura al tratamiento.	Cuando existe un ambiente agradable dentro de las instituciones el tratamiento se vuelve más efectivo.	¿Por qué es importante mantener un ambiente saludable en las instituciones?
	(43) Las personas que trabajan en las instituciones me han ayudado bastante y poco a poco he aprendido mas				
	(44) En los tratamientos he conocido personas amables, cariñosas y que aportan para el tratamiento				

<p>(45) Las personas que trabajan en los internamientos en los que he estado en algunas ocasiones no han sido lo adecuado pero intentan lo que está en sus manos.</p>	<p>Intención de ayudar.</p>	<p>Las personas que realizan técnicas inadecuadas no lo hacen con la intención de provocar un daño.</p>	<p>El uso de técnicas utilizadas en los centros de rehabilitación se transmiten de personas que se encuentran internados de generación en generación.</p>	<p>¿Las personas nombradas padrinos reciben formación para brindar atención a los usuarios de los centros de rehabilitación?</p>
<p>(46) Lo que no me gusta de mis compañeros es que en ocasiones son agresivos y no toman en cuenta los sentimientos de uno</p>	<p>Agresividad</p>	<p>Una de las desventajas de estar en internamiento es convivir con personas diversas que pueden agredirse en ocasiones.</p>	<p>Dentro de los internamientos es importante la vigilancia en todo momento para evitar riñas entre los usuarios.</p>	<p>¿Cómo se proporciona contención en crisis dentro de las instituciones?</p>
<p>(47) Me molesta que los trabajadores de las instituciones a veces descuidan al paciente y se van más por el dinero o por otras cosas</p>	<p>Interés económico</p>	<p>Cuando los usuarios no son la prioridad se descuida su bienestar y los objetivos principales de los centros de rehabilitación.</p>	<p>Algunas instituciones le dan prioridad a las ganancias monetarias descuidando el trato a los usuarios.</p>	<p>¿Existe un código de ética dentro de las instituciones que se dedican a brindar atención a personas con patología dual?</p>

Trato recibido en instituciones	(48) Considero que me tratan bien cuando ven por mí y me dan mi medicamento	Cuidado	Si la atención proporcionada en las instituciones es de calidad los usuarios perciben un trato digno.	Es importante que los usuarios se sientan parte importante de los centros de rehabilitación.	¿Crees que a las instituciones les importa tu recuperación?
	(49) Siento seguridad cuando en las instituciones toman en cuenta al paciente y lo mantienen informado	Estar informado	Estar informado acerca del proceso de internamiento le proporciona seguridad a los usuarios.	La información disminuye pensamientos negativos sobre el internamiento.	¿Has sentido que durante el tratamiento no se toma en cuenta tu opinión?
	(50) El trato en las instituciones en las que he estado ha sido agresivo pero en ocasiones me ha ayudado para entender.	Agresividad	El trato agresivo lo utilizan para corregir conductas que consideran erróneas.	La disciplina utilizada en algunos centros de rehabilitación suele ser con la intención de corregir comportamientos poco adecuados.	¿Cómo se puede promover disciplina sin dañar la integridad de la persona?
	(51) Las personas que trabajan en las instituciones están preparadas pero en ocasiones olvidan algunas cosas de los pacientes como sus necesidades básicas, tratos		El trato de los dentro de los centros de rehabilitación en	En algunas instituciones las personas con mejor	¿El trato dentro de los centros de rehabilitación

	<p>desiguales y falta de indagación sobre el historial del paciente.</p> <p>(52) Considero injusto que en las instituciones existan tratos diferentes, que algunos les den más y a otros menos debido a su historial o por sus personalidades</p>	Trato desigual	ocasiones depende del nivel socioeconómico o las habilidades sociales de los usuarios.	posición económica suelen tener mayores privilegios.	es igual para todos los usuarios?
Información en la familia	(53) El saber sobre la enfermedad facilita que mi familia este prevenida y tome decisiones adecuadas.	Acciones basadas en información	Cuando los familiares cuentan con la información necesaria facilita la toma de decisiones adecuadas.	La psicoeducación le permite tener a los familiares un mejor manejo de situaciones complicadas.	¿Cómo cuidan los familiares su salud mental?
	(54) El que mi familia esté informada sobre la enfermedad nos ayuda a todos para poder mantenernos en un estado más saludable				
	(55) La información con la que cuenta mi familia es suficiente y aun así es recomendable seguirse informando	Actualización	Es importante que las personas se mantengan actualizadas en la información.	El estar actualizados sobre nuevos tratamientos les permite a las familias escoger mejores instituciones de internamiento.	¿En que se basan las personas para elegir lugares de internamiento?

	(56) Considero que mi familia desconoce cómo es el tratamiento dentro de las instituciones	Ocultar información	En ocasiones no se les informa a los familiares de lo que ocurre dentro de las instalaciones.	Algunas instituciones ocultan información de estrategias ocupadas para evitar conflictos.	¿Los familiares consideran adecuado el trato que se recibe dentro de los centros de rehabilitación?
	(57) Debido a la falta de información mi familia no había logrado saber cuál era mi problema	Confusión	Cuando no existe la suficiente información la familia desconoce la existencia de algún trastorno mental.	El desconocimiento sobre salud y/o enfermedades mentales dificulta que las personas detecten cuando alguno de sus familiares pudiera presentar algún diagnóstico.	¿Cómo tiempo tardaste en obtener el diagnóstico de patología dual?
Información en las Instituciones	(58) Cuando un profesional me explica claramente me siento informado y me siento relajado.	Seguridad	Cuando se les proporciona información a las personas dentro de los centros de rehabilitación se reducen sensaciones de estrés.	El contar con información reduce situaciones de estrés y posibilidad de presentar y/o intensificar signos o síntomas del diagnóstico.	¿Has sentido angustia estando en internamiento?
	(59) Me hace sentir mejor que me informen lo que pasa.				
	(60) La forma en la que me han brindado información las instituciones ha sido oportuna, sin	Tardanza	Las personas llegan a tratamiento después de un tiempo	Cuando las personas llegan a un centro de	¿Cuáles fueron las principales razones por las

	embargo no la hubiera podido recibir si no hubiera estado en situación de riesgo		prolongado de consumo excesivo.	rehabilitación es porque presentan evidentes consecuencias de un consumo excesivo.	que llegaste a internamiento?
	(61) Esta mal que en las instituciones no me informen a cerca de mis derechos y de las fechas de egreso	Misterio	A los usuarios de las instituciones les gustaría contar con información sobre los lineamientos dentro del tratamiento.	Las decisiones dentro de los centros de rehabilitación se toman sin tomar en cuenta la opinión del usuario.	¿Hay algo que te moleste sobre el ingreso a internamientos?
	(62) Debido al desconocimiento de la enfermedad algunas instituciones llegan a tratar diferente , con otro diagnóstico por lo cual se me administraron medicamentos que no necesitaba y no resuelven el problema	Confusión	La administración de medicamentos inadecuados se debe a falta de claridad en el diagnóstico.	El diagnosticar de forma errónea provoca que las personas no reciban un tratamiento de acuerdo a sus necesidades.	¿Cuánto tiempo se tardaron en darte un diagnóstico claro?
Información personal	(63) Cuento con información adecuada y aún me falta por aprender	Continuidad	Es indispensable mantenerse actualizado y llevar un mantenimiento sin abandonar el tratamiento a pesar	El estar actualizados sobre nuevos tratamientos les permite a las familias escoger mejores	¿Para qué es importante mantenerse actualizado respecto a los tratamientos?
	(64) La información que he recibido es buena y aun así falta por resolver, por ejemplo nuevos tratamientos				

	que en ocasiones están más actualizados		de ver disminuidos los síntomas.	instituciones de internamiento.	
	(65) El saber sobre patología dual me ayuda porque yo tengo esta patología y me ayuda para saber cómo manejar ciertas situaciones	Adquisición de herramientas	Dentro de las instituciones se otorgan herramientas para la identificación de factores de riesgo, toma de decisiones y responsabilidad de sí mismos.	El contar con la información y las herramientas proporcionadas dentro de los internamientos propicia una mejor toma de decisiones.	¿Cuáles son los beneficios que identificas de contar con información adecuada?
Aprendizajes	(66) Me ayuda aprender el estar informado				
	(67) Me hizo bien aprender acerca de la sustancias y sobre patología dual				
	(68) Lo que he aprendido es que no tengo que volver a consumir porque me pone en situaciones de riesgo.				
	(69) En las instituciones me han enseñado que tengo que decir las cosas por mi salud aunque conlleve enojo de las demás personas.				
	(70) Estuvo mal que aprendiera sobre otro tipo de sustancias que me daban curiosidad	Nuevas Situaciones de riesgo	En ocasiones las personas escuchan cosas de compañeros más experimentados que les despiertan curiosidad.	Cuando se convive con personas más experimentadas dentro de los internamientos se convierte en un factor de riesgo de	¿Qué ocurre cuando escuchas hablar de nuevas sustancias?
	(71) Lo malo que aprendí es sobre otras drogas que mencionaban los compañeros.				

				probar nuevas sustancias.	
Acciones	(72) Lo mejor que he hecho es terminar mi carrera	Satisfacción	El tener presentes las metas logradas genera sensaciones agradables.	Es importante reforzar los logros de las personas con patología dual para mejorar la percepción de sí mismos.	¿Qué cosas te crees capaz de realizar?
	(73) Lo que hago normalmente es descansar pero necesito activarme para mejorar	Inactividad	Las personas desean ser productivas en la sociedad.	El bienestar está relacionado directamente con ser productivo en la sociedad.	¿Cómo identificarás cuando te encuentres mejor?
	(74) Mis acciones ahora son más razonables y coherentes	Cambio en sí mismo	Los usuarios perciben capacidades adquiridas durante el tratamiento.	Los usuarios perciben la evolución que tienen en su tratamiento cuando son capaces de analizar acciones de sí mismos.	¿Qué cambios has notado en ti desde que te encuentras en internamiento?
	(75) No me gusta cuando yo hago cosas que pueden perjudicar a los demás por ejemplo emocionarme y	Impulsividad	La falta de control de impulsos promueve conductas que pueden llegar a	Las personas que se encuentran en internamiento generan	¿Has sentido culpa por acciones realizadas estando intoxicado?

	gritar o conductas que molestan y no me doy cuenta		tener consecuencias desagradables.	sentimientos de culpa a partir de acciones que cometen por impulso.	
	(76) Mi peor error fue desesperarme y no avisar cuando me sentía mal	No expresar necesidad de ayuda	Una de las razones por las cuales no acuden a tratamiento es ocultar los signos y síntomas del diagnóstico.	En ocasiones los usuarios no expresan su necesidad de ayuda por miedo a ser juzgados.	¿Cuáles son las razones que te impiden pedir ayuda en situaciones de emergencia?
Relación con otras personas	(77) Sé que mi familia me apoya porque estuvieron en los momentos difíciles y aun así me apoyaron.	Apoyo	A pesar de las situaciones complicadas los familiares tienen la intención de aportar y apoyar para el tratamiento.	La intervención psicológica en los familiares es indispensable ya que han pasado por situaciones y conflictos familiares complicados a causa del consumo excesivo de uno de sus miembros.	¿Hasta dónde los familiares son responsables de la recuperación del miembro con diagnóstico de patología dual?
	(78) Me siento querido por los demás continuamente y sobre todo por mi familia				
	(79) Mi familia considera que soy flojo y que me tengo que aplicar para mejorar.	Cumplimiento de	Para que las personas mejoren es necesario que	La imagen de éxito está relacionada a la posición	¿Qué es para ti una persona exitosa?

	(80) Los demás no me aceptan cuando no hago lo que tengo que hacer.	responsabilidades	tengan estudios y un buen trabajo.	económica que pueda alcanzar una persona.	
Relación con la sustancia	(81) La sustancia me hace ser diferente y agresivo.	Agresividad	La sustancia desinhibe conductas violentas.	No es conveniente intentar hablar con las personas cuando se encuentran intoxicados ya que pueden reaccionar de forma agresiva.	¿Cómo es el comportamiento de una persona intoxicada?
	(82) Lo peor que he hecho estando en consumo es golpear a mis familiares				
	(83) Lo que más me gusta de consumir es que me aleja de mis problemas	Evadir	El consumo hace que las personas se alejen de su realidad actual.	La distorsión de la realidad puede ocasionar que el consumo sea en periodos de tiempo más corto.	¿Cuáles son las principales razones por las cuales se vuelve a consumir?
	(84) Lo que no me gusta de consumir es que pierdo todos mis sentidos				
	(85) Las sustancias psicoactivas son dañinas y en ocasiones pueden matar a las personas que las consumen	Reconocimiento de consecuencias de consumo excesivo	Las personas identifican que el consumo de sustancias es nocivo para la salud.	El contar información sobre los efectos negativos a corto y largo plazo de un consumo excesivo de sustancias no garantiza la abstinencia.	¿Qué herramientas te han funcionado para permanecer en abstinencia?
	(86) En mi vida la sustancias me la he pasado divertido pero me han ocasionado fuertes situaciones de riesgo				

12. Análisis de sentidos y significados subjetivos a partir de frases incompletas de la persona D.

TEMA	TRECHO	SENTIDO	SIGNIFICADO	HIPOTESIS	CUESTIONAMIENTO
Expectativas	(26) El tratamiento para patología dual requiere medicamentos y psicoterapia	Unión de distintas áreas de conocimiento	Un tratamiento idóneo para personas con patología dual es aquel en dónde participan profesionales de la salud especializados en diversas áreas.	Las personas que acuden a tratamiento esperan que se les atienda con un modelo integral.	¿En qué te basas al momento de elegir un lugar para recibir tratamiento?
	(27) Espero estar en una institución que tengan tratamiento integral				
	(28) Un tratamiento completo incluye un desenlace	Terminar	Es importante no interrumpir el tratamiento.	Una de las razones por las cuales no se obtienen los resultados esperados en el tratamiento es desertar antes del tiempo establecido.	¿Alguna vez has egresado de una institución antes del tiempo establecido?
	(29) Me preocupa que en un internamiento me suministren medicamento innecesario	Desconfianza	Los usuarios experimentan angustia de que los medicamentos que les proporcionan	Cuando no se les informa a los pacientes cuales son los medicamentos que	¿Has pensado que los medicamentos te han causado malestar físico?

			sean erróneos o en dosis inadecuadas.	les son administrados aparecen sensaciones de angustia y miedo hacia los fármacos.	
	(30) Lo peor que me podría pasar en un tratamiento es que me amarren	Agresión	Algunos métodos utilizados por las instituciones para la contención en donde se utiliza la fuerza son desagradables para los usuarios.	Utilizar el uso de la fuerza para contener a las personas es innecesario ya que se puede utilizar contención hablada o en su defecto medicación.	¿Cuál sería una forma efectiva de brindar contención durante un brote psicótico?
Experiencias	(31) Mi peor recuerdo dentro de una institución es cuando me amarraron 2 días				
	(32) Mi recuerdo favorito estando en tratamiento son las juntas de catarsis	Desahogo	Las juntas de catarsis les permiten a los usuarios compartir pensamientos y experiencias las cuales pueden tener impacto en las vidas de los espectadores.	Las juntas de catarsis utilizadas por los grupos AA tienen como objetivo compartir con los demás un análisis de lo adquirido del programa a través de la propia experiencia.	¿cuál es el objetivo principal de las juntas de catarsis?

<p>(33) Lo mejor de estar en tratamiento es que puedo tener mayor control emocional</p>	<p>Autocontrol</p>	<p>Las herramientas proporcionadas dentro de los internamientos les permiten tener una mejor gestión emocional.</p>	<p>El identificar y gestionar las emociones permite que las personas tengan una mejor salud mental.</p>	<p>Menciona algunos beneficios de saber gestionar las emociones.</p>
<p>(34) Mi experiencia en internamientos no ha sido del todo grata</p>	<p>Desagrado</p>	<p>Los usuarios perciben como una experiencia poco agradable el internamiento cuando el trato no cumple con lo que esperan.</p>	<p>Cuando el trato en algunas instituciones es desagradable afectara el concepto construido alrededor de los tratamientos en general.</p>	<p>¿Consideras que las instituciones tienen cosas en común entre ellas?</p>
<p>(35) Las cosas que hago durante el tratamiento es conocer más a mis compañeros</p>	<p>Convivir con los otros</p>	<p>La convivencia constante con otros usuarios permite conocer personas en un periodo de tiempo corto.</p>	<p>Los lazos creados entre los usuarios se fortalecen debido a las experiencias que comparten dentro del tratamiento.</p>	<p>¿Aún sigues en contacto con personas que has conocido dentro de los internamientos?</p>
<p>(36) Lo más difícil de estar en tratamiento es el encierro</p>	<p>Falta de libertad</p>	<p>Una de las cosas más complicadas del tratamiento es la situación de</p>	<p>Una de las principales razones que dificulta la buena aceptación</p>	<p>¿El ambiente dentro de los internamientos se parece al contexto en el</p>

			permanecer en contención 24 horas al día.	de los tratamientos es el tener que permanecer en un espacio controlado.	que normalmente se desenvuelve la persona?
Convivencia con compañeros y trabajadores	(37) Le doy gracias a mis compañeros por escucharme	Comprensión	El convivir con compañeros de internamiento permite que se compartan experiencias los unos a los otros sintiéndose identificados.	El conocer a personas que tienen el mismo diagnóstico les permite sentirse comprendidos y acompañados.	¿De qué te ha servido conocer a otras personas con diagnóstico de patología dual?
	(38) En los tratamientos he conocido personas que son como yo				
	(39) Las personas que trabajan en las instituciones me han ayudado a entenderme	Herramientas adquiridas	Las personas que me han brindado atención en los centros de rehabilitación han aportado para que identificación de características personales.	La atención en centros de rehabilitación proporciona a los usuarios entendimiento sobre sí mismos y su diagnóstico.	¿Qué es lo más importante que has descubierto en ti durante el tratamiento?
(40) Lo que no me gusta de mis compañeros es convivir tanto tiempo	Desafío	La continua convivencia con personas de características diversas favorece los	Una de las principales dificultades para los cuidadores dentro de los centros de	¿Cada cuánto tiempo ocurre una pelea dentro de los centros de rehabilitación?	

			pleitos entre los usuarios.	rehabilitación son las peleas entre los usuarios.	
	(41) Me molesta que los trabajadores de las instituciones crean que lo saben todo	Inflexibilidad	En ocasiones los profesionales de la salud son inflexibles en cuanto a las decisiones que toman y no toman en cuenta todo lo que los usuarios mencionan.	Es importante que los profesionales de la salud tomen en cuenta factores referidos por los usuarios en todo momento separando los juicios personales ya que de lo contrario el impacto en el diagnóstico y tratamiento será poco favorable.	¿Has sentido que los profesionales de la salud no creen en ti a pesar de estar diciendo la verdad?
Trato recibido en instituciones	(42) Considero que me tratan bien cuando no me juzgan	Empatía	Cuando las personas con escuchadas sin sentirse juzgadas facilita que perciban que el trato es favorable para su proceso.	El trato por parte de los trabajadores de las instituciones impacta directamente en el proceso de rehabilitación.	¿Cómo debería ser el perfil de las personas que trabajan en centros de rehabilitación?

<p>(43) Siento seguridad cuando en las instituciones cuando tienen profesionalista para cada área</p>	<p>Unión de áreas de conocimiento</p>	<p>Cada profesional es experto en áreas distintas por lo que es indispensable contar con trabajo en equipo.</p>	<p>El visualizar a personas profesionales de la salud especializadas en áreas importantes para el tratamiento general confianza en los usuarios.</p>	<p>¿Cómo se podría identificar un tratamiento efectivo?</p>
<p>(44) El trato en las instituciones en las que he estado a veces no ha sido bueno</p>	<p>Inconformidad</p>	<p>El trato en las instituciones es variable mientras unos pueden proporcionar buenos tratamientos otros no tienen la formación necesaria.</p>	<p>Las experiencias de personas que han pasado por diversos tratamientos es variable debido a una aparente falta de regulación entre las instituciones.</p>	<p>¿Existe una fragmentación en los tratamientos?</p>
<p>(45) Las personas que trabajan en las instituciones hacen lo posible por ayudar</p>	<p>Intención</p>	<p>A pesar de no contar con una formación adecuada, las personas que trabajan en las instituciones tienen la intención de apoyar.</p>	<p>La existencia de malas prácticas dentro de las instituciones se debe a una falta de preparación por parte de los encargados.</p>	<p>¿Existen programas para formar a los padrinos y prestadores de servicio que no cuentan con una preparación profesional?</p>

	(46) Siento que me tratan mal cuando se me juzga	Agresión	El reprocharle a la persona por signos y síntomas de su diagnóstico es percibido como un mal trato.	Las personas no eligen tener un trastorno mental por lo cual no se le debería de juzgar por los síntomas que podría llegar a presentar.	¿Qué es lo que crees que la gente piensa sobre la patología dual?
	(47) Considero injusto que en las instituciones te puedan retener contra tu voluntad	Falta participación en la toma de decisiones	Es motivo de molesta que los internamientos puedan realizarse en contra de la voluntad de las personas.	Una de los principales requisitos para obtener resultados favorables es que la persona quiera realizar un proceso de rehabilitación.	¿Qué ocurre cuando se le obliga a alguien a permanecer en tratamiento?
Información en la Familia	(48) Mi familia_ rara vez me entiende aunque está informada sobre la enfermedad	Incomprensión	El contar con información no es suficiente para que los familiares logren mejorar la relación con el miembro que posee un diagnóstico de patología dual.	Para romper con creencias personales es necesario un proceso que incite a la reflexión y no solo el proporcionar información.	¿Qué se necesita para un buen entendimiento y uso de la información?
	(49) El saber sobre la enfermedad facilita que mi familia trate de entenderme				
	(50) El que mi familia esté informada sobre la enfermedad no ha ayudado mucho				

	(51) Considero que mi familia desconoce el trastorno en si mismo				
	(52) Debido a la falta de información mi familia me ha juzgado muy fuertemente				
Información en las Instituciones	(53) Cuando un profesional me explica claramente puedo comprender mejor mi patología	Conocimiento	El contar con la información necesaria sobre el diagnóstico para poder identificar factores de riesgo.	Los medios de acción adecuados ante emergencias pueden obtenerse al estar informados sobre el diagnóstico.	¿Por qué es importante contar con información suficiente acerca del diagnóstico?
	(54) Me hace sentir <u>segura que me expliquen y</u> que me informen lo que pasa.	Seguridad	La información proporciona menor estrés en los usuarios.	El estrés se produce cuando las personas se encuentran en una situación desconocida como es el entrar a internamiento.	¿Por qué es importante brindarles información a los usuarios?
	(55) Esta mal que en las instituciones no me informen sobre las sustancias que se suministran	Mala administración de medicamentos	En ocasiones se suministran medicamentos de forma inadecuada en las instituciones lo que provoca efectos	El uso inadecuado de medicamentos se debe a errores para seguir instrucciones médicas, descuidos o para mantener a	¿Qué tan frecuente ocurren irregularidades en la toma de medicamentos?
	(56) Debido al desconocimiento de la enfermedad algunas instituciones suministran mal medicamentos				

			secundarios desagradables.	las personas tranquilas.	
Información Personal	(57) El entender mi enfermedad me hace ser responsable de ella	Responsabilidad	Las personas con diagnóstico de patología dual pueden hacerse cargo de sí mismas.	Uno de los objetivos del tratamiento es que las personas con diagnóstico de patología dual sean capaces de hacerse responsables de su salud mental.	¿Cómo te haces responsable de tu diagnóstico?
	(58) El saber sobre patología dual me hace entender la gravedad de mi enfermedad si no la atiendo				
	(59) Por mucho tiempo no entendí lo que me sucedía	Incertidumbre	Existen dudas alrededor de situaciones que se presentan por el diagnóstico de patología dual.	Las personas con diagnóstico de patología dual se angustian cuando se percatan que empiezan a ocurrir cosas diferentes en su persona.	¿Cómo te percastaste que estaban ocurriendo situaciones que antes no pasaban en ti?
	(60) Cuando no comprendo lo que me pasa entro en crisis				
Aprendizajes	(61) Me ayuda aprender de mi enfermedad	Autocuidado	El cuidarse a sí misma es importante para lograr la independencia.	Uno de los objetivos del tratamiento es que las personas con diagnóstico de	¿Cómo cuidas tu salud mental?
	(62) Me hizo bien aprender sobre la patología dual				

	(63) Lo que he aprendido es que solo uno se puede ayudar			patología dual sean capaces de hacerse responsables de su salud mental y una vida independiente.	
	(64) En las instituciones me han enseñado a como salvaguardar mi persona				
	(65) Estuvo mal que aprendiera a base de tanto dolor	Experiencias desagradables	Se llega a tratamiento después de experimentar un periodo de tiempo largo en consumo.	Se llega a tratamiento en situaciones donde existe un deterioro en alguna de las áreas de la persona. (Física, mental o social).	¿Qué es lo que te hace llegar a internamientos normalmente?
Acciones	(66) Lo mejor que he hecho es terminar mi carrera	Logros	El mantener presentes mis logros provoca satisfacción.	Es importante que las personas no pierdan de vista lo que son capaz de lograr para plantearse nuevas metas.	¿Cuáles son tus metas a corto mediano y largo plazo?
	(67) Me siento feliz de haber hecho un esfuerzo por sobreponerme a mi último internamiento				
	(68) Lo que hago normalmente es mantener la calma ante conflictos emocionales	Autocontrol	La habilidad de resolver conflictos se adquiere con el tiempo.	Hay que mantener en práctica las habilidades adquiridas para que puedan permanecer y	¿Has notado que tu gestión emocional ha mejorado con el tiempo?

				convertirse en un estilo de vida.	
	(69) Mis acciones a veces son contradictorias	Incongruencia	En ocasiones es difícil poner en acción lo que se piensa.	La voluntad no es suficiente para lograr lo que nos proponemos.	¿Cómo logras tus objetivos?
	(70) Mi peor error fue volver a cruzar sustancias con medicamentos	Riesgo	El experimentar con sustancias puede poner en peligro la vida de las personas.	Las personas con patología dual tienen más probabilidades de exponerse a distintos factores de riesgo.	¿Consideras que has puesto en peligro tu vida en alguna ocasión?
	(71) No me gusta cuando yo hago que la gente se enfada conmigo	Culpa	Considero que las personas están molestas por las cosas que yo hago.	Se suelen experimentar sentimientos de culpa constantes basadas en acciones de los demás.	¿Consideras que los demás tendrían un trato diferente contigo si no tuvieras un diagnóstico?
Relación con otras personas	(72) Sé que mi familia me apoya porque paga mis tratamientos	Solvencia económica	Una forma en la que los familiares demuestran su apoyo es solventando los gastos económicos.	En ocasiones los familiares creen que solventando los gastos es suficiente para obtener resultados favorables.	¿Qué te gustaría recibir de tu familia?

	(73) Mi familia considera que soy rara	Marcar Diferencias	Cuando las personas no comprenden tus acciones empiezan a apartarte.	Las personas rechazan comportamientos que no consideran dentro de la norma.	¿Te has sentido aislada en alguna ocasión?
	(74) Los demás no me aceptan cuando me quejo todo el tiempo	Incomprensión	Cuando se suele quejar constantemente las personas dejan de prestarte atención.	Cuando un comportamiento es repetitivo las personas dejan de prestar la atención que se merece o a dudar de la credibilidad.	¿Te has sentido ignorada?
Relación con la sustancia	(75) La sustancia me hace ser feliz idealmente	Felicidad	La sustancia provoca la sensación de felicidad	El papel que la sustancia llega a tomar en la vida de alguien provoca que se construya un lazo emocional ignorando los riesgos del consumo excesivo.	¿Cómo podrías describir tu relación con las sustancias psicoactivas?
	(76) Lo que más me gusta de consumir es sentirme feliz				
	(77) Las sustancias psicoactivas son geniales	Idealización	Las sustancias psicoactivas pasan a tener un rol importante en la vida de las personas.		
	(78) En mi vida la sustancias han sido muy importantes				
	(79) Lo que no me gusta de consumir es cuando entro en psicosis	Riesgos	Las personas con patología dual se		

	(80) Lo peor que he hecho estando en consumo fue vagar en la ciudad sin sentido		exponen a distintas situaciones de riesgo.		
--	---	--	--	--	--

13. Análisis social de sentidos y significados a partir de composición y frases incompletas.

TEMA	SUBTEMA	SENTIDO	PERSONA	TRECHOS	SIGNIFICADO	ENUNCIADO EXPLICATIVO	CATEGORIA
GENERAL			INDIVIDUALES				
TRATAMIENTOS	EXPECTATIVAS	Unión de distintas áreas de conocimiento	A	17, 19, 24, 25, 26	Un tratamiento es considerado adecuado cuando está compuesto por profesionales especializados en distintas áreas.	Un tratamiento integrado es aquel que trabaja de manera conjunta el trastorno por uso de sustancias y otros trastornos mentales abordando aspectos biopsicosociales por lo que las personas perciben en este modelo de	Tratamiento unificado para alta efectividad.
			B	31, 33			
			C	31, 32			
			D	26, 27			

					tratamiento una efectividad alta.	
En relación con el tiempo de duración.	A	10, 12, 20	Inversión de tiempo excesivo al programa de AA dejando a un lado vida familiar y social.	La duración del tratamiento es un factor importante para los usuarios, se piensa que entre más largo sea el periodo de internamiento este tendrá mayor efectividad.	Sacrificio del tiempo para un resultado eficaz.	
	B	31, 32, 39, 42	Los cambios no se dan de un día para otro por lo que un tratamiento debe ser largo.			
	C	33,	Es preocupante quedarse mucho tiempo en internamiento.			
Empatía por parte de los trabajadores	A	19,	Un centro de rehabilitación debe contar con personal que sea capaz de brindar una atención humanizada y respetuosa.	Las personas que acuden a los centros de rehabilitación anhelan que los trabajadores les brinden una atención que no ponga en riesgo	Atención por parte de los profesionales que respete la integridad humana.	
	B	31, 20, 22, 23				

						su integridad física y/o emocional.	
		Miedo	A	27	Angustia de no adquirir herramientas útiles para la vida.	Existe desconfianza hacia la eficacia de los tratamientos debido a la probabilidad de que se presenten malas prácticas.	Desconfianza hacia la confiabilidad del tratamiento.
			C	34	A pesar del esfuerzo recaer.		
			B	34, 35,	Administración inadecuada de medicamento y agresiones.		
			D	8, 29, 30			
EXPERIENCIAS	Agresividad	A	2, 3, 6, 7, 8, 29, 31,	Las agresiones dentro de los centros de rehabilitación se repiten de generación en generación por el concepto que se tiene de educación, a la larga puede ocasionar	A pesar de los avances en los modelos de tratamiento para personas con patología dual, en los centros de rehabilitación las agresiones siguen formando parte	Efectividad de los tratamientos disminuida cuando se utiliza la agresión como método de disciplina.	

					resentimientos en las personas.	de los métodos utilizados para la disciplina y contención ocasionando que exista una mayor resistencia al tratamiento y por lo tanto una efectividad menor del mismo.	
			B	41,	Las estrategias utilizadas en personas que se encuentran en brote psicótico son con uso de la fuerza física.		
			C	23, 22	Las agresiones como forma de disciplina pueden ocasionar la aparición de otras complicaciones en el bienestar de las personas.		
			D	7, 9, 11, 31,	Los tratos agresivos promueven la aparición de conductas violentas por parte de los usuarios y mayor resistencia a		

					permanecer en tratamiento.		
		Compartir cosas con compañeros	A	28	Las juntas de catarsis son una de las actividades más significativas para los usuarios.	El compartir experiencias con compañeros que se encuentran en situaciones similares, les permite sentir aceptación dentro de un grupo en dónde se crean lazos que fomentan la construcción de conceptos positivos para la vida.	Construcción de conceptos positivos para la vida a partir del intercambio de experiencias con compañeros.
			B	37, 30			
			C	36			
			D	32			
		Adquisición de herramientas y habilidades.	A	16, 19, 20, 30	Adquirir conocimientos dentro de las instituciones ayuda a sentirse bien consigo mismo cuando se ponen en práctica.	Es posible identificar y analizar las nuevas perspectivas, habilidades, creencias, etc. que se han adquirido con el paso del tiempo.	Autoreconocimiento de nuevas habilidades y herramientas a través del tiempo.
			B	24, 25, 26, 27, 39			
			C	39			

		Incertidumbre	B C	4, 5, 6,7,8, 9 25, 26, 40, 41	El no saber lo que está ocurriendo provoca aparición de sensaciones como: tristeza, miedo, estrés, entre otras.	El encontrarse en un estado en dónde se desconoce lo que ocurrió, ocurre y/o ocurrirá provoca inseguridad, aumentando la probabilidad de que una persona entre en crisis.	Crisis debido al desconocimiento de procesos.
CONVIVENCIA CON COMPAÑEROS Y TRABAJADORES	Apoyo		A	32,	Se encuentra comprensión en algunos compañeros de internamiento	Aunque algunas personas que trabajan en los centros de rehabilitación no cuentan con la formación suficiente tienen la intención de apoyar al otro lo que permite tener un trato empático y comprensivo que	La empatía y comprensión indispensables para un buen proceso terapéutico.
			B	20,21,22, 43, 44,	La atención y cuidados por parte de los trabajadores en los centros de rehabilitación influyen en la correcta adherencia al tratamiento.		

			C	6, 42, 43, 44, 45,	En tratamiento se conocen personas que aunque no tengan los conocimientos suficientes ponen todo de su parte para apoyar a los usuarios.	impacta en el proceso terapéutico de los usuarios.	
			D	39,	Dentro de los internamientos de ayudan a entenderte a ti mismo.		
	Apatía de trabajadores		A	7, 8	En ocasiones los trabajadores son groseros e incluso llegan a golpear a los usuarios.	En ocasiones los usuarios viven tratos violentos por parte de los trabajadores dando la impresión de no importar el avance real en su tratamiento tal y cómo ellos lo describen sino	Mayor interés en el beneficio económico que en el beneficio social.
			B	45, 48,	En ocasiones los trabajadores se muestran fríos ante la situación de los demás por lo que pueden		

					llegar a decir cosas hirientes.	los propios intereses de las instituciones.	
			C	47,	Es más importante la ganancia monetaria que la recuperación de los usuarios.		
			D	41	Son inflexibles en cuanto a sus ideales transmitiendo una postura de superioridad frente a los usuarios.		
		Identificación	A	7	Repetición de conductas que en un principio se desaprobaban.	Dentro de los internamientos los usuarios conocen personas diversas, algunas	Importante considerar la diversidad de usuarios y posibles
			B	19	Se pueden encontrar personas con las cuales compartir lazos importantes.		

			C	13,14,15, 16	El sentirse perteneciente a un grupo puede representar un factor de riesgo para recaídas.	con las cuales pueden formar redes de apoyo y otras personas que pueden llegar a convertirse en un factor de riesgo.	consecuencias de convivencia.
			D	38,	Se tienen cosas en común con los compañeros de internamiento.		
		Actitudes que son posibles causas de conflictos	A	34, 35,	Los compañeros pueden presentar comportamientos hostiles y agresivos durante la convivencia.		
			B	47,			
			C	46,			
			D	40			
TRATO RECIBIDO EN INSTITUCIONES	preparación profesional		A	38	Algunas personas no tienen la preparación necesaria para brindar atención.	No todos los trabajadores dentro de los centros de rehabilitación cuentan con una preparación profesional, los conocimientos	Personas trabajando en centros de rehabilitación sin preparación profesional pero con experiencia de consumo.
			B	22, 52,	Proporcionar información para saber cómo actuar en		

					situaciones de emergencia	que transmiten a los demás se basan en la experiencia personal.	
			D	43, 45,	Especialistas en cada área, aunque cuando no se cuenta con la formación existe la intención de apoyar.		
	Respeto		A	36,37	Para los usuarios es importante que los escuchen y tomen en cuenta su opinión acerca de su tratamiento.	Las personas con diagnóstico de patología dual esperan que su opinión sea tomada en cuenta para la planeación de su tratamiento.	Deseo de participación en la planeación de tratamiento.
			C	49,			
			B	22, 49,			
			D	42, 43, 47			
	Falta de acceso y recursos		A	6, 39,	Algunos centros cobran cantidades que no están al alcance de todas las personas.	La posición económica está relacionada con la calidad de atención que recibirán las	La posición económica impacta en la calidad de

			B	53,54	El trato dentro en ocasiones está condicionado a la posición económica de las personas.	personas con diagnóstico de patología dual; algunas de ellas no tendrán los recursos para iniciar tratamientos y otros recibirán un trato de acuerdo a el dinero que puedan pagar.	tratamiento recibido.
			C	52, 47			
		Cuidados	C	50, 51,52	Existe un trato desigual entre los usuarios.	Se considera importante tener una adecuada organización dentro de los centros de rehabilitación para evitar favoritismos y situaciones que pongan en peligro a los usuarios en su convivencia diaria.	Mayor atención en la organización dentro de los centros de rehabilitación para evitar conflictos en la convivencia diaria.
			B	49, 50	La atención adecuada proporciona protección.		
			D	11	En ocasiones se muestra una despreocupación sobre las consecuencias de una convivencia con personas con		

					características distintas.		
INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO	INFORMACIÓN EN LA FAMILIA	Recursos	A	40, 41	Los familiares cuentan con la información de centros de rehabilitación a los cuales acudir en situaciones de emergencia.	La información y psicoeducación es clave para que los familiares cuenten con una mejor toma de decisiones en cuanto a los tratamientos, incrementando la búsqueda de tratamientos profesionales e integrales.	Psicoeducación e integración de los familiares al plan de tratamiento indispensable para una convivencia sana.
			B	21, 23, 57	La falta de información pone a la familia en situación vulnerable por lo que es importante que se tome en cuenta la información como un recurso personal para su bienestar emocional.		
			C	28, 55, 53, 56, 57	La información interviene en la		

					toma de decisiones.	Por otro lado la convivencia con el integrante de la familia que cuenta con el diagnóstico será más saludable para ambas partes.	
	Ofensas y agresiones	A	43		Debido a la falta de información los familiares llegan a insultar y causar daño emocional.		
		B	60				
		D	52, 48				
	Convivencia	A	42		La información promueve una comunicación más efectiva.		
		B	57				
		C	54,				
	Comprensión	B	55,56		Los familiares que cuentan con información tienden a transmitirles su apoyo aunque no comprendan del todo lo que ocurre con las personas con diagnóstico de patología dual.		
		D	49.				
	Insuficiente	A	45,		No todos los centros cuentan	Es conveniente que la	

INFORMACIÓN EN LAS INSTITUCIONES					con suficiente información	información que transmiten los trabajadores de las instituciones sea con utilizando un lenguaje comprensible para todos los miembros del grupo participante para evitar confusiones o dificultad en la comprensión.	Manejo de lenguaje comprensible para todos para una mejor difusión de información.
			B	63, 64	Información confusa.		
	Seguridad	A	44,		El brindales información a los usuarios de centros de rehabilitación les transmite el mensaje de estar en un lugar seguro .	La etapa de acogida dentro de los centros de rehabilitación y el volverlos participes de su tratamiento; no solo recibiendo ordenes sino expresando su punto de vista los hace sentir seguros .	El escuchar y resolver inquietudes proporciona seguridad.
		B	61,				
		C	58,				
		D	54				

		Rechazo	A	47	Dificultad para establecer una alianza terapéutica	La alianza terapéutica facilita la construcción mutua, por otro lado cuando existe la percepción de falta de empatía los usuarios tendrán barreras para llevar un proceso adecuado.	La alianza terapéutica basada en la empatía y trato humanizado indispensable para un buen proceso terapéutico.
			B	66,	El trato del personal dentro de las instituciones con poca información es hostil		
		Respeto	B	62, 65,	Los usuarios se sienten respetados cuando se les informa sobre los procedimientos en los centros de rehabilitación.		
			C	61			
		Malas practicas	C	62,	Equivocación en el diagnóstico y medicación.	Una falta de profesionales especializados en patología dual puede ocasionar que se indique un tratamiento inadecuado para	Necesidad de especialistas en Patología Dual para tratamiento adecuado.
			D	56			

						las personas que cuentan con este diagnóstico.	
INFORMACIÓN PERSONAL	Claridad	A	48,49	El contar con información sobre el diagnóstico les permite a las personas tener un análisis de sus propias conductas.	Cuando se les proporciona las herramientas necesarias a los usuarios ellos pueden hacerse responsables de sí mismos y de su tratamiento.	Personas capaces de hacerse responsables de su bienestar.	
		B	67, 69, 70, 72	Disminución de aspectos negativos de sí mismos.			
		C	65,	Adquirir herramientas para manejar situaciones que se presenten.			
		D	58 57	Conocer las consecuencias de una pobre adherencia al tratamiento.			

		Exposición a riesgos	A	50,	La falta de información promueve que los usuarios no comprendan la gravedad de sus acciones.	La desinformación es un factor de riesgo para conductas que ponen en peligro el bienestar físico, social y emocional de las personas con diagnóstico de patología dual y las personas cercanas a ellos.	La desinformación cómo factor de riesgo.
			B	71,	Las sensaciones desagradables pueden aumentar cuando se desconoce lo que pasa.		
			D	59, 60	La falta de información puede desencadenar episodios de crisis.		
		Inquietud	A	51	Cuando no se comprende lo que sucede genera sensaciones como angustia, frustración,		

					desesperación entre otras.		
			B	71,	El desconocimiento provoca Miedo.		
			C	63, 64	Deseos de adquirir más información y averiguar la existencia de nuevos tratamientos.		
PERCEPCIÓN DE SI MISMO	APRENDIZAJES	Integración	A	53, 54	Volver a establecer relaciones sociales.	Una de las habilidades que más reconocen los usuarios son las relacionadas a la comunicación ya que les permiten expresarse, compartir y construirse en colaboración con los otros.	Estrategias de comunicación valiosas dentro del proceso terapéutico.
			C	69	Habilidades de comunicación.		
		Continuar con agresiones	A	55	Agredir a personas que	En ocasiones los padrinos tienen	

					cuentan con el mismo diagnóstico dentro de los centros de rehabilitación.	un trato violento hacia los usuarios debido a que es la forma en la que los han tratado a ellos anteriormente, formándose un patrón de conducta dentro de las instituciones.	Patrones de conducta adquiridos dentro de los centros de rehabilitación que pueden ser dañinos para las personas.
		Autocuidado	A	53	Crear hábitos saludables.	Uno de los principales objetivos del tratamiento es el fomentar el autocuidado a las personas con diagnóstico de patología dual para que sean capaces de identificar situaciones de riesgo y reforzar la responsabilidad e independencia.	La independencia de personas con patología dual como uno de los principales objetivos.
			B	73, 74 , 75	Entender el diagnóstico facilita la percepción del tratamiento como un factor protector y la identificación de factores de riesgo.		
			C	67, 68, 69, 70			
			D	61, 62, 63,64			

	ACCIONES	Logros	A	56	Satisfacción de adquirir aprendizajes y cumplir metas personales.	El alcanzar las metas propuestas les permite a las personas identificar sus capacidades, cualidades y habilidades que en ocasiones se ven apagadas cuando se refuerzan las etiquetas diagnósticas.	El reconocimiento de logros es benéfico.
			B	77, 78			
			C	72, 74,			
			D	66, 67			
	Culpas	B	80	Arrepentimiento de conductas realizadas que causaron daño a sí mismos o personas cercanas.	El realizar conductas que han dañado el bienestar de otras personas y de sí mismos genera que las personas con patología dual resalten adjetivos negativos que pueden intervenir en sus decisiones y la	Adjetivos negativos sobresalientes a la hora de tomar decisiones.	
		C	75, 76				
		D	71,				

						forma en la que la que estas personas construyen su autoconcepto.	
		Incongruencia	A	58,	Percibir que sus acciones no son congruentes con lo que quieren para sí mismos.	Se reconoce que hay un pobre control de impulsos en las acciones cometidas provocando en ocasiones un conflicto consigo mismos.	Reconocimiento de un pobre control de impulsos.
			B	81			
			D	69			
		Impulsos	B	79,	Las acciones que realizan en ocasiones son sin tomar en cuenta las posibles consecuencias.		
			C	75			
			D	70			
	RELACIÓN LOS LAS PERSONAS	Respeto	A	60	Respeto hacia las demás personas	Se considera como una cualidad especial el mostrar respeto hacia los demás.	Respeto como algo extraordinario
		Rechazo	A	61	Se recalcan los errores cometidos	Las personas repiten constantemente	Resaltar errores como forma de

			D	73, 74	Se utilizan adjetivos para marcar diferencias con otras personas.	características que describen a las personas con patología dual basándose en conductas cometidas consideradas como desaprobatorias.	describir a una persona.
		Necesidad de cuidado	B	82	A pesar de reconocer las cualidades se considera que las personas con patología dual necesitan un cuidado permanente de otras personas.	Existe la creencia de que las personas con diagnóstico de patología dual son incapaces de cuidarse a si mismos.	Personas con patología dual con discapacidad.
		Reconocimiento de cualidades	B	82, 84	Se acepta que poseen características positivas únicas.	Reconocimiento de capacidades positivas que aportan a su desarrollo personal y social.	Cualidades positivas presentes.
		Apoyo	C	77, 78			

			D	72,	A pesar de situaciones complicadas la familia continua brindando apoyo.	La principal red de apoyo identificada es la familia, existiendo apoyo que va desde lo económico hasta el llevar un proceso terapéutico independiente con el objetivo de mejorar la convivencia.	Familia como principal red de apoyo.
RELACION CON LA SUSTANCIA	Percepción de sí mismo	A	63, 64	El uso de sustancias cambia la forma en la que una persona actúa a tal grado de parecer una persona distinta.	Cuando se encuentran intoxicados las personas pueden manifestar conductas violentas, adjudicarle a la sustancia cualidades como causar felicidad, alivio, modificación en la forma en la	Se tiende a responsabilizar a la sustancia de conductas, cualidades y características personales.	
		B	85				
		c	81				
	Agresividad	A	67	Cuando una persona se encuentra intoxicada en ocasiones puede golpear, robar usando la fuerza			
C		82					

					o agredir verbalmente.	que se perciben los problemas, etc.	
		Idealización de la sustancia.	B	86	La sustancia es capaz de borrar los problemas y causar un estado de bienestar y felicidad.		
			C	83,84			
			D	75 , 76, 77, 78			
		Reconocimiento de riesgos	A	66	Las sustancias son dañinas para la salud y aumenta la exposición a factores de riesgo.	Las personas reconocen que las sustancias son dañinas para la salud, sin embargo, no es suficiente para que dejen de consumirla.	El reconocer que las sustancias son nocivas para la salud no es suficiente para detener el consumo.
			B	87 , 88, 89			
			C	85, 86			
			D	79, 80			

14. GLOSARIO DE TERMINOS UTILIZADOS POR LAS Y LOS PARTICIPANTES EN SUS RELATOS.

1. *AA*: comunidad de personas que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo (Alcohólicos Anónimos, 2021).
2. *Grupo fuera de serie*: centros de rehabilitación que se rigen por el programa de AA en los cuales, hay un constante abuso físico y psicológico; las condiciones al interior las reportan como precarias y es común que exista una falta de estructura en las actividades cotidianas (Marín-Navarrete, et, al., 2013b).
3. *Polín*: Estructura de madera u otros materiales que se utiliza en construcciones que tienen estructuras de concreto.
4. *Militar*: Realizar actividades dentro de grupos de AA relacionadas con el mantenimiento, logística, cuidado y contención de otros usuarios.
5. *Aplicaciones*: Acciones realizadas de manera intencional para atentar en contra del bienestar físico, emocional o social de otras personas.
6. *Padrinos / Madrinas*: personas que han logrado mantenerse sin consumo por un periodo prolongado de tiempo y buscan compartir su experiencia para la recuperación de otras personas dentro de grupo de ayuda mutua.
7. *Doce pasos*: núcleo del programa de A.A. para la recuperación personal del alcoholismo. No son abstracciones teóricas; están basadas en la experiencia de ensayos y errores de los primeros miembros de A.A. Describen actitudes y

actividades que los miembros originales creen fueron importantes para ayudarles a lograr la sobriedad (Alcohólicos Anónimos, 2021).

8. *TLP / Borderline*: Trastorno Límite de la Personalidad, existe patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. (American Psychological Association, 2014).
9. *Tiendita*: Negocio dentro de los centros de rehabilitación en donde pueden adquirir alimentos, artículos personales y artículos permitidos, estos son pagados con dinero que dejan las familias en sus visitas.
10. *Tonayan*: Licor de caña económico.
11. *Taxqueña*: zona que incluye un conjunto de colonias ubicadas en la delegación Coyoacán, al sur de la Ciudad de México.
12. *Instituto R.F.M.*: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz ubicado al sur de la Ciudad de México.
13. *Brote psicótico*: Síntomas tales como delirios, alucinaciones, pensamiento y lenguaje desorganizado y comportamiento motor extraño e inapropiado (incluyendo la catatonía) que indican pérdida de contacto con la realidad (Tamminga, 2022).
14. *Clonazepam / Clona*: fármaco perteneciente al grupo de las benzodiazepinas que actúa sobre el sistema nervioso central, con propiedades ansiolíticas, anticonvulsivantes, miorelajantes, sedantes, hipnóticas y estabilizadoras del estado de ánimo. Utilizado en dosis altas para conseguir efectos deseados.

15. *TDAH*: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo. Dentro del TDAH se distinguen tres subtipos distintos, en función de la predominancia de un síntoma sobre otro (déficit de atención vs. hiperactividad) (American Psychological Association, 2014).

16. *Tribunas*: Lugar que ocupan los miembros de AA, en donde relatan sus experiencias de consumo, emociones y estrategias utilizadas para el mantenimiento de la abstinencia.

17. *Darketas*: Persona que sigue una tendencia caracterizada por el uso de ropas de color negro.

18. *Vale madrista*: Persona que mantiene una actitud de indiferencia ante todo lo que le rodea.

19. *Bong*: Pipa de agua disponible en muchas formas y tamaños, suele ser de vidrio.

20. *Jalarle*: Práctica en la que se quema una sustancia y se inhala el humo.

21. *Pego*: Hace referencia al efecto ocasionado después de inhalar, consumir una sustancia.

22. *Monear / Activar*: Inhalar solventes o pegamentos para drogarse.

23. *Ajos / LSD*: Dietilamida del ácido lisérgico, es una droga alucinógena.

24. *Sobras calientes*: Conjunto de bebidas alcohólicas sobrantes de los vasos de personas que se ingieren para minimizar efectos de abstinencia.
25. *Piedra*: Estimulante altamente adictivo y poderoso derivado de la cocaína en polvo.
26. *Sueños vividos*: sueños intensos que permanecen en la mente y se asemejan a los recuerdos de la vida real ya que la persona cuenta con su libre albedrío.
27. *Conectar / plug*: Conseguir sustancia psicoactiva.
28. *Cuarto paso*: es el paso del programa de AA que consiste en hacer un inventario moral de vida, detallando sucesos, características personales y características que influyen en su consumo de sustancias.
29. *Servicios*: Actividades que realizan los miembros de AA para dar mantenimiento a los lugares de reunión, casas de rehabilitación y apoyo mutuo. Estos son asignados por miembros con más jerarquía dependiendo las aptitudes individuales.
30. *Esquizoafectivo*: se caracteriza por psicosis, otros síntomas de esquizofrenia y síntomas de trastornos del estado de ánimo significativos. Se diferencia de la esquizofrenia por la aparición de ≥ 1 episodios de depresión o manía durante la vida de una persona (Tamminga, 2022).
31. *MDMA*: droga sintética que actúa como estimulante y alucinógeno conocida normalmente como éxtasis.
32. *Cutting*: Autolesionarse, *consiste en el acto de “Cortarse la piel” de diversas partes del cuerpo.*

33. *Al- Anon*: institución no gubernamental, sin fines de lucro, dedicada a asistir al entorno familiar de enfermos de alcoholismo.

34. *Dealer*: Distribuidor de diversas sustancias psicoactivas.

35. *Cristal*: metanfetamina, droga con aspecto de fragmentos de vidrio o piedras blancoazuladas brillantes.

36. *Delirium Tremens*: Temblores, confusión, fiebre y alucinaciones causados por la interrupción de la ingesta de alcohol en bebedores crónicos que han desarrollado una dependencia física, y frecuentemente aparece después de entre 4 y 72 horas de abstinencia.

37. *Alucín*: estado mental en dónde se presentan alucinaciones.

38. *Punto*: Lugar en dónde se venden sustancias psicoactivas.

39. *Rapé*: preparado a partir de las hojas de la planta del tabaco secadas, molidas y habitualmente aromatizadas para su consumo por vía nasal.