



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Tesis para optar por el Título de Magíster en Psicología Clínica

**Cambios subjetivos en personas con patología dual en las  
intervenciones terapéuticas de abordaje integral**

Directora de Tesis:  
Prof. Agda. Mag. Psic. Silvana Contino

Maestranda:  
Lic. Andrea Ríos Rognone

Setiembre, 2022  
Montevideo

## **Resumen**

Esta Tesis de Maestría en Psicología Clínica es un estudio exploratorio descriptivo con metodología cualitativa que busca conocer los cambios subjetivos de varones con patología dual, a partir de las intervenciones terapéuticas en el Centro de tratamiento de abordaje integral Chanaes. En base a las conceptualizaciones de la Teoría de Cambio Subjetivo de Mariane Krause (1992, 1994, 2005, 2006, 2007, 2011), se propone la identificación de los aspectos relevantes que constituyen la construcción del cambio subjetivo a partir de las intervenciones terapéuticas y el análisis de los elementos que componen los cambios subjetivos en dicha población.

Se utilizó la metodología cualitativa para la recolección de datos, mediante entrevistas en profundidad a varones entre 20 y 30 años que realizaron tratamientos en el Centro de Tratamiento Chanaes, siendo éste el único existente a nivel nacional de tratamiento integral para patología dual. Se realizaron entrevistas semidirigidas a integrantes del equipo técnico del Centro en calidad de Informantes Calificados. El análisis de los datos se realizó mediante el Análisis de Contenido Temático (ACT) basado en la teoría fundamentada.

Se identificaron los elementos que conforman los cambios subjetivos de los varones con patología dual a partir del tratamiento integral y los aspectos que los sujetos valoran para el desarrollo de sus procesos de cambio. El estudio posibilitó una aproximación a las vivencias subjetivas que determinan el inicio de la búsqueda de ayuda, la valoración sobre las acciones terapéuticas en la relación de ayuda y los componentes asociados a las trayectorias vitales al egreso del tratamiento.

Los datos aportan conocimiento de interés académico e instrumental para los profesionales en salud, los equipos de atención directa, encargados de la gestión de programas e intervinientes en la política pública en drogas y en salud, contribuyendo para la adecuación de los servicios de atención que intervienen en la vida de las personas con patología dual.

**Palabras clave:** cambio subjetivo, patología dual, tratamiento en patología dual.

## **Abstract**

This Master's Thesis in Clinical Psychology is an exploratory, descriptive study with a qualitative methodology that seeks to know the subjective changes of men with dual pathology, from the therapeutic interventions in the Chanaes Comprehensive Approach Treatment Center. Based on the conceptualizations of the Theory of Subjective Change by Mariane Krause (1992, 1994, 2005, 2006, 2007, 2011), it is proposed to identify the relevant aspects that constitute the construction of subjective

change from therapeutic interventions and the analysis of the elements that make up the subjective changes in this population.

The qualitative methodology was used for data collection through in-depth interviews with men between 20 and 30 years old who performed treatments at the Chanaes Treatment Center, the only one existing at the national level of comprehensive treatment for dual pathology. Semi-directed interviews were conducted with the Center's technical team members as Qualified Informants. Data analysis was performed using Thematic Content Analysis (ACT) based on grounded theory.

The study allowed to identify the elements that conform the subjective changes of men with dual pathology from the comprehensive treatment and the aspects that the subjects value for the development of their change processes. The study allowed to address the subjective experiences that determine the beginning of the search for help, the assessment of the therapeutic actions in the relationship of help and the components associated with the vital trajectories at the end of the treatment.

The data provide knowledge of academic and instrumental interest for health professionals, direct care teams, those in charge of program management, and interveners in public policies on drugs and health, contributing to the adequacy of the care services that intervene in the lives of people with dual pathology.

**Keywords:** subjective change, dual pathology, treatment in dual pathology.

# Tabla de Contenido

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	<b>10</b>
2.1	CONSIDERACIONES GENERALES .....	10
2.2	ANTECEDENTES .....	11
2.2.1	<i>Antecedentes sobre los procesos de cambio</i> .....	16
2.3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN. ....	17
2.3.1	<i>Preguntas de Investigación</i> .....	19
2.4	OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	<b>20</b>
3.1	NOCIONES DE PATOLOGÍA DUAL.....	20
3.1.1	<i>Patología dual desde una comprensión dinámica.</i> .....	22
3.2	CONSIDERACIONES SOBRE LOS TRATAMIENTOS EN PATOLOGÍA DUAL. ....	23
3.2.1	<i>Comunidades Terapéuticas.</i> .....	25
3.2.2	<i>Abordajes sobre el uso de drogas en relación con los tratamientos.</i> .....	26
3.2.3	<i>Enfoque de tratamiento en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas.</i> .....	27
3.3	CAMBIOS SUBJETIVOS Y TEORÍAS SUBJETIVAS. ....	29
3.4	SUFRIMIENTO PSÍQUICO .....	32
<b>4</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>35</b>
4.1	DISEÑO METODOLÓGICO .....	35
4.1.1	<i>Elecciones muestrales</i> .....	35
4.1.1.1	Informantes Calificados.....	35
4.1.1.2	Participantes.....	36
4.1.2	<i>Limitaciones metodológicas</i> .....	37
4.2	PROCEDIMIENTOS GENERALES.....	38
4.2.1	<i>Procedimiento con Informantes Calificados</i> .....	38
4.2.2	<i>Procedimiento con Participantes</i> .....	39
4.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	40
4.3.1	<i>Entrevista Semiestructurada con Informantes Calificados</i> .....	40
4.3.1.1	Procedimiento de recolección de datos con entrevistas semiestructuradas a Informantes Calificados 41	
4.3.2	<i>Entrevista en Profundidad con Participantes</i> .....	41
4.3.2.1	Procedimiento de recolección de datos con Entrevistas en Profundidad a Participantes.....	41
4.4	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	42
4.5	PRESENTACIÓN DE DATOS EN LA MATRIZ CATEGORIAL.....	44
<b>5</b>	<b>ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
5.1	CONSIDERACIONES GENERALES.....	45
5.2	ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS EN CATEGORÍAS CENTRALES.....	45
5.2.1	<i>Categoría Central: Proceso hacia la ayuda.</i> .....	45
5.2.1.1	Momento crítico.....	46
5.2.1.2	Demanda de ayuda. ....	54
5.2.2	<i>Categoría Central: Relación terapéutica.</i> .....	62
5.2.2.1	Acciones terapéuticas. ....	63
5.2.2.2	Cambio subjetivo.....	86
5.2.3	<i>Categoría Central: Evolución de lo terapéutico</i> .....	101
5.2.3.1	Acciones orientadas .....	101
5.2.3.2	Búsqueda de apuntalamiento subjetivo.....	109
<b>6</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>116</b>
6.1	PRESENCIA DE PADECIMIENTO SUBJETIVO .....	116
6.2	VULNERABILIDAD Y MALESTAR SUBJETIVO .....	117
6.3	EL TRATAMIENTO EN SUS ACCIONES TERAPÉUTICAS.....	119
6.4	CAMBIOS SUBJETIVOS .....	124

6.5	AUTONOMÍA.....	126
6.6	PROCESOS DE BÚSQUEDA .....	127
<b>7</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>130</b>
7.1	APORTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	134
7.2	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	136
<b>8</b>	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>137</b>
<b>9</b>	<b>APÉNDICES .....</b>	<b>144</b>
9.1	APÉNDICE A: CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	144
9.2	APÉNDICE A.1: HOJA DE INFORMACIÓN PARA INFORMANTES CALIFICADOS.....	146
9.3	APÉNDICE A.2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFORMANTES CALIFICADOS.....	147
9.4	APÉNDICE A.3: HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES .....	149
9.5	APÉNDICE A.4: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES.....	151
9.6	APÉNDICE B. GUIONES DE ENTREVISTAS.....	153
9.7	APÉNDICE C.1. ENTREVISTA A IC1 – TRABAJO SOCIAL .....	154
9.8	APÉNDICE C.2. ENTREVISTA A IC2 – PSICOLOGÍA.....	160
9.9	APÉNDICE C.3. ENTREVISTA A IC3 – PSICOLOGÍA.....	183
9.10	APÉNDICE C.4. ENTREVISTA A IC4 – PSIQUIATRÍA.....	191

## **Agradecimientos**

A Silvana, por haberme enseñado, acompañado y orientado en este proceso, con una enorme humanidad y una gran dedicación a todas las horas.

A Eliseo, por haber sido un gran apuntalador en mi proceso de formación.

A Alfonso, por seguir siendo un generoso referente y sentar las bases para que este proceso fuese posible.

Al equipo de la RENADRO, por su confianza para permitirme realizar el estudio.

A todo el equipo de Dianova, por haberme permitido construir este proceso, acompañando y apoyando en todo momento.

A todas las personas que han sido parte de Chanaes, por enseñarme tanto e impulsarme a continuar en mi desarrollo profesional.

A los compañeros que participaron como Informantes Calificados, por la calidez de siempre y por compartir sus experticias para el desarrollo de esta tesis.

A mis padres, por brindarme las herramientas y las oportunidades para mi desarrollo profesional.

A Nino, por su apoyo y trasmitirme ánimos en cada llamada.

A la abuela, por acompañar este proceso aún sin saberlo.

A Lucho, mi compañero de vida, por el apoyo incondicional, por sostenerme en cada momento y trasmitirme la seguridad y la fuerza para seguir adelante en este proceso.

A Homero y Khaleesi, por acompañarme a sus maneras en la redacción de esta tesis.

Especialmente a los participantes de la investigación, que tan generosamente me confiaron partes de sus historias para que este estudio fuese posible, aportando un valor indescriptible en mi proceso profesional y mi proceso personal.

# 1 Introducción

La Tesis que se presenta se enmarca en la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Se fundamenta en un estudio exploratorio que busca conocer la construcción de cambios subjetivos en varones con patología dual a partir de las intervenciones terapéuticas diseñadas para su abordaje integral.

La patología dual definida en el entramado entre los trastornos mentales severos y los trastornos por uso de sustancias psicoactivas se presenta con alta prevalencia entre las personas que consultan en los dispositivos de atención en salud mental y en adicciones. En nuestro país, existe un único centro específico de tratamiento integral para su abordaje, de alcance nacional con un cupo de 18 camas, exclusivamente para varones. La falta de acuerdos teóricos y técnicos sobre el tema, la escasez de programas de atención específicos para esta población, la insuficiencia de formaciones e investigaciones, la falta de conocimiento a nivel de la población en general y el acumulado de representaciones sociales que atraviesa a las personas con padecimientos mentales y consumo de sustancias, redundan en detrimento de sus procesos vitales. En coherencia con las referencias bibliográficas, la experiencia de trabajo confirma la vulnerabilidad de las personas con patología dual en todas sus dimensiones. Entre las particularidades de sus sufrimientos psíquicos y la frecuente ausencia de las redes de contención afectivas, sociales y sanitarias, concluyen generalmente en situaciones de extrema vulnerabilidad y desamparo afectivo. Las lógicas de marginación y rechazo social, que se plantean como una de las características de esta población, incide en las pérdidas de apuntes que posibiliten la construcción de proyectos vitales saludables y autónomos.

La investigación se plantea a partir de la oportunidad de encontrar un grupo de personas con estas características que han realizado tratamiento específico para su patología dual, que puedan aportar a la producción de conocimiento científico-académico para el diseño de las estrategias terapéuticas de las cuales forman parte.

La exploración en relación con los cambios subjetivos se fundamenta en las concepciones teóricas de Mariane Krause (1992, 1994, 2005, 2006, 2007, 2011) a partir de las cuales se permite la identificación de los elementos que conforman el desarrollo de los cambios en los patrones de interpretación de las personas en la interacción con la ayuda psicológica. El interés por explorar sobre los cambios subjetivos busca rescatar a los sujetos como participantes activos y autónomos en la construcción de las narrativas sobre sí mismos, en sus modos de vivenciar, de sentir y construir sus

transformaciones en un proceso recursivo constante con su entorno (Morín, 1998). Se utiliza la metodología cualitativa siendo la que permite profundizar en las historias, percepciones y significaciones de los sujetos sobre sus propias experiencias de cambio.

La formulación del tema de investigación resulta de un proceso de desarrollo personal y profesional en el interés por el trabajo con personas en sufrimiento psíquico iniciado en la formación de grado, consolidado en las experiencias como practicante en la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Santín Carlos Rossi, en el marco del Programa de Practicantados y Residencias en Servicios de Salud de la Facultad de Psicología de la UdelaR. La inmensidad de cuestionamientos e interpelaciones surgida de dichas experiencias promovió un proceso de formación específica en rehabilitación psicosocial y psicoterapia en instituciones que favoreció mi inserción laboral, en el año 2013, en el reciente inaugurado Centro de Tratamiento Integral para Patología Dual “Chanaes”, institución seleccionada para la investigación. Entre el sinfín de aprendizajes enriquecedores e invaluable surgidos en esta trayectoria, continúa destacándose la valoración de lo aprehendido en los encuentros con las personas a quienes se dirigen las prácticas, quienes, atrapadas en lugares de fragilidad, suelen quedar ubicadas como espectadoras en el diseño de las propuestas terapéuticas dirigidas a sí mismas. Formando parte, como trabajadora de la RENADRO y específicamente del único centro del país para el tratamiento de patología dual, surge el compromiso para con las personas que se dejan intervenir por nuestras prácticas, acerca de cuáles son los aspectos de las intervenciones que perciben como promotoras de los cambios subjetivos.

La finalidad de la investigación es el desarrollo de conocimientos científico-académicos que contribuyan al diseño de las intervenciones terapéuticas en el campo de la psicología clínica y la salud mental para las personas con patología dual, partiendo de las percepciones de las personas que han participado de los tratamientos. La exploración de los aspectos que componen la construcción subjetiva de las personas con patología dual sobre su problema pretende una aproximación que pueda operar como base sobre la cual diseñar los proyectos terapéuticos, trascendiendo las características diagnósticas fragmentarias que se utilizan para la designación de la comorbilidad. La identificación de los aspectos relevantes en la construcción de los cambios subjetivos a partir de las intervenciones, así como la exploración de los elementos que componen dichos cambios, pretenden aportar conocimiento para el fortalecimiento de las acciones terapéuticas en función a la valoración de los propios participantes.

Se espera que el estudio resulte de utilidad para la formación de los profesionales que trabajan en el área de la salud mental y la psicología clínica.

Principalmente, se espera que contribuya en herramientas para el trabajo clínico con las personas con patología dual, en la promoción de su calidad de vida y sus procesos de autonomía.

A los efectos de orientar la lectura, la Tesis presenta en el Capítulo 2 la Fundamentación y formulación del problema de investigación, con consideraciones generales sobre patología dual, antecedentes y la formulación del problema de investigación, presentando las preguntas y los objetivos del estudio. Entre los antecedentes se encuentran investigaciones sobre la prevalencia con la que se presenta la patología dual en los dispositivos de atención, sobre las propuestas de los abordajes de tratamiento, los abordajes a nivel nacional y la contextualización del centro de tratamiento sobre el cual se selecciona la muestra. Los antecedentes incluyen investigaciones halladas sobre los procesos de cambios en personas con patología dual y especialmente las investigaciones sobre las que se conforma la Teoría del Cambio Subjetivo de Mariane Krause.

En el Capítulo 3, Fundamentos teóricos, se presentan las referencias teóricas que operan de marco conceptual para la comprensión del objeto de estudio. Se presentan las conceptualizaciones sobre patología dual desde los distintos enfoques hallados en los textos, así como una presentación del tema desde una comprensión psicodinámica. Se desarrolla un apartado sobre las propuestas para el abordaje de patología dual según diferentes autores, incluyendo un apartado específico para las Comunidades Terapéuticas. Se presentan distintos abordajes de tratamiento sobre el uso de drogas, así como el enfoque que se plantea a nivel nacional por la política pública desde la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025. Se establecen las referencias teóricas sobre los Cambios Subjetivos y Teorías Subjetivas en base a los desarrollos de Krause (1992, 1994, 2005, 2006, 2007, 2011). Finaliza con un apartado sobre la noción de sufrimiento psíquico como concepto fundamental desde el cual se comprende el tema de investigación.

El Capítulo 4 sobre Metodología, expone las decisiones metodológicas para la realización de la investigación, la estrategia y procedimientos utilizados, así como las limitaciones metodológicas encontradas. El desarrollo de las consideraciones éticas se presenta en el Apéndice A. Se presenta la muestra, las técnicas para la recolección de los datos, así como el método de análisis utilizado, Análisis de Contenido Temático basado en la Teoría Fundamentada y la presentación de los datos en la Matriz Condicional.

En el Capítulo 5 se expone el Análisis de datos y resultados, en un desarrollo que articula los datos recogidos con el conocimiento aportado por los Informantes

Calificados y con las conceptualizaciones teóricas de referencia, principalmente en relación con los Cambios Subjetivos.

En el Capítulo 6, Discusión, se desarrollan líneas de reflexión agrupadas en diferentes apartados, que se construyen a partir del diálogo entre los datos recogidos, elementos teóricos considerados de referencia y las consideraciones aportadas desde las investigaciones relacionadas al presente estudio.

En el Capítulo 7 se presentan las Conclusiones, desarrollando los resultados hallados en función a los objetivos de la investigación. Se presentan las consideraciones sobre las aportaciones del estudio, así como las limitaciones de la investigación.

## **2 Fundamentación y formulación del problema**

### **2.1 Consideraciones generales**

El concepto de patología dual empieza a desarrollarse a partir de los años noventa, ligado a la noción de comorbilidad de trastornos mentales y trastornos por usos de sustancias psicoactivas. La idea de lo comórbido, proveniente del ámbito médico, ha trascendido hasta la actualidad, extendiéndose la descripción de la patología dual como la co-ocurrencia de ambos trastornos, que pueden desarrollarse de manera secuencial o paralela en la vida de una persona (Marín, Szerman y Ruiz, 2018). La noción de comorbilidad no reconoce los aspectos dinámicos que se configuran en el entramado entre los aspectos de personalidad y el uso de drogas que en algunas personas se presenta en la clínica en un sentido holístico, suponiendo un abordaje integral. En la definición diagnóstica se establece el trastorno mental por un lado y el trastorno por uso de sustancias por otro, siendo que, hasta la actualidad, la patología dual no se presenta como categoría nosológica en los manuales de psiquiatría. Si bien se entiende que las categorías diagnósticas son el resultado de construcciones sociales arbitrarias desde el punto de vista conceptual (Carceller, 2012), la falta de acuerdos validados sobre el tema incide finalmente en la calidad de la atención de las personas que presentan estas particularidades, principalmente cuando se establece un diagnóstico comórbido que supone una comprensión fragmentaria de la problemática de la persona. Esto incide en la escasez de tratamientos específicos existentes para las personas con patología dual, siendo que las estrategias terapéuticas suelen diseñarse en base al abordaje de los usos de sustancias por un lado y los trastornos mentales por otro. Estos abordajes resultan insuficientes e inciden en la circulación de las personas con patología dual por los dispositivos de atención, fenómeno al que se conoce como síndrome de la puerta equivocada (Vega et al., 2013). Esta circulación, sumada al alto índice de reingresos a los dispositivos de atención de las personas con estas características, inciden en el riesgo de agravar el deterioro bio-psico-social, generando además mayores costos sanitarios.

Los antecedentes que se presentan a continuación ratifican la relevancia de arribar a consensos para la definición de diagnósticos oportunos y tratamientos pertinentes desde abordajes integrales para un sector de la población que presenta una alta prevalencia y una gran vulnerabilidad.

## 2.2 Antecedentes

Las investigaciones que se encuentran sobre la temática, se abocan en su mayoría al estudio de las prevalencias de las personas en centros de tratamientos no específicos (Fielitz et al., 2010; Castaño y Sierra, 2015; Pérez, Ricci, Trindade y Romano, 2015; Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2018), en estudios acerca de la eficacia de los tratamientos farmacológicos (Redes, Brescia, Wschebor y Gutiérrez, 2013; Rotger et al., 2011), estudios sobre aplicaciones de programas específicos (Fernández, García y Martínez, 2011; Rubio et al., 2015).

A partir de las investigaciones sobre la prevalencia se encuentra que entre un 40% y un 75% de personas que realizan tratamientos en dispositivos de atención para el uso de sustancias psicoactivas o dispositivos para trastornos mentales, presentan comorbilidad (Roncero et al., 2013; Pérez et al., 2015; Krieger et al., 2016; Marín et al., 2013; Marín et al., 2018). La diferencia entre los rangos se basa en la heterogeneidad de las muestras, pero se puede comprender que un alto porcentaje de personas con patología dual no realizan tratamientos pensados y diseñados específicamente para su problemática.

En el año 2008, se realizó un estudio en la sala de emergencia del Hospital Vilardebó con el objetivo de detectar el consumo de marihuana y cocaína en las personas que ingresaban con síntomas psicóticos. El estudio resultó en una prevalencia de consumo en el 17,9% de personas con diagnóstico de esquizofrenia y de trastorno psicótico agudo y transitorio. El 85,2% eran hombres, el 14,8% mujeres, con una media de edad de 28,29 años, entre un mínimo de 18 y un máximo de 47 años. Entre los resultados, los autores plantean la existencia de una vulnerabilidad mayor para el consumo de sustancias psicoactivas en personas con trastornos psicóticos a la vez de la incidencia de consumo en las descompensaciones delirantes. Plantean que la evolución de las personas con trastornos psicóticos empeora con el uso de sustancias, en comparación con quienes no consumen, concluyendo en la necesidad de abordar tanto el tratamiento de la psicosis como del consumo de sustancias en vías de favorecer su evolución (Fielitz, et al., 2010).

Son varios los autores que insisten en la necesidad de crear estrategias de tratamiento integrales, en vías de promover la eficacia de los procesos terapéuticos (Fielitz et al., 2010; Fernández-Fernández y Touriño-González, 2006; Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015; Vega et al., 2013; Torrens, 2008; Krieger et al., 2016).

En diciembre del 2015, en Washington DC, la Organización Panamericana de la Salud, junto a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España, coordinaron un encuentro de profesionales referentes del área de las adicciones y de salud mental de Estados Unidos, España, México, Chile, Argentina,

Perú, Costa Rica, Colombia, Cuba, Panamá, Venezuela, Brazil y Uruguay, bajo el proyecto denominado Integral Approach to the Co-occurrence of Disorders due to the Use of Psychoactive Substances and Other Mental and Behavioral Disorders in Latin America Countries (Enfoque Integral para la Co-ocurrencia de Trastornos duales del Uso de Sustancias Psicoactivas y Otros Trastornos Mentales o del Comportamiento en países de América Latina) (Alfonzo-Bello et al., 2017). Se implementó un plan de trabajo que implicó la reunión de los profesionales, la revisión de literatura sobre patología dual y la identificación de servicios de atención en Latinoamérica. Entre las conclusiones destacan que existe una limitada evidencia disponible acerca de la patología dual y que son restringidas las habilidades de los servicios de salud para la asistencia a personas con dicha problemática. Existe una necesidad de ampliar los recursos especializados para atender ambas condiciones (uso de sustancias y trastornos mentales) de manera integral. Urge la necesidad de formación en patología dual para profesionales y no profesionales trabajando en la red de asistencia. Es necesario promover líneas de investigación para obtener evidencias científicas sobre patología dual en América Latina y consensuar teorías acerca de la patología dual con el objetivo de estandarizar el conocimiento en el tema y reducir las discrepancias teóricas.

En el año 2013, Redes et al., expusieron un caso clínico de un joven con patología dual que ingresó al Hospital Vilardebó luego de una trayectoria de varias internaciones psiquiátricas en diferentes servicios nacionales y fuera del país. El equipo diseñó un proyecto terapéutico de abordaje en red ante la “ausencia de una estructura especializada que realizara el abordaje integral para esta patología” (p.73). El resultado del trabajo terapéutico señaló la relevancia del trabajo interdisciplinario y de la articulación con las redes de referencia para la optimización de los recursos en vías de atender la complejidad presentada en la patología dual mediante intervenciones integrales.

En relación con la ausencia de programas especializados a la que se refieren Redes et al. (2013) hasta esa fecha, señalan los criterios de exclusión a los que se exponen las personas con patología dual para el acceso a los tratamientos. Las instituciones especializadas en drogas no contemplan a las personas con diagnósticos de psicosis y/o que requieran tratamiento psicofarmacológico, mientras los centros de rehabilitación en psicosis excluyen a los consumidores (p.69).

Es a partir de la implementación de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (RENADRO) en el año 2011, que se inició el desarrollo de una red de asistencia cada vez más integradora y accesible para dar respuesta a la heterogeneidad de las demandas asociadas al consumo de sustancias. El establecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, en las prestaciones mínimas obligatorias de cobertura

universal para las personas que presentan uso problemático de drogas, habilitó el ensamblaje de los recursos de la RENADRO para los usuarios de ASSE, promoviendo sus derechos en la atención en salud y ampliando la oferta de servicios. En el año 2013, con la firma del contrato de fideicomiso de administración RENADRO, se crearon nuevos dispositivos de atención entre ellos el Centro de Tratamiento “Chanaes” para varones con diagnóstico de patología dual. En el mismo año, el Decreto N° 274/13 reformó el marco regulatorio para los establecimientos de atención a usuarios con usos problemáticos de drogas, apuntando a la mejora de los servicios en base a sistemas de monitoreo, evaluación y calidad. Por su parte, la Ley N° 19.529 de Salud Mental, promulgada en el año 2017, incluye en su artículo 5° al consumo problemático de sustancias psicoactivas que:

Será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario. (Ley 19.529, 2017, p.3).

A pesar de los avances de las políticas públicas en drogas y en salud mental, la complejidad que supone el tratamiento de las personas con patología dual continúa evidenciando las dificultades de los programas en el diseño de proyectos terapéuticos oportunos. Tomassini (2017), investigó acerca de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de derivación que realizan cuatro centros de nuestro país que atienden a personas con comorbilidad concluyendo en:

La falta de criterios claros a la hora de diagnosticar, brindar tratamiento y derivar a usuarios con comorbilidad psiquiátrica asociada al consumo de sustancias en los centros que fueron investigados. Se observa la falta de consenso profesional y la necesidad de clarificar los criterios de inclusión y exclusión de esta categoría psicopatológica. (p.73)

Tomassini (2017) se refiere a diversas dificultades asociadas a la falta de consensos sobre el tema. Entre estas se destaca la falta de criterios comunes y validados para el diseño de los tratamientos, que suelen resultar de la experiencia y el juicio de cada profesional, sumado a la escasa participación de los usuarios en la planificación terapéutica (p.76).

Arocena (2019) presentó su tesis acerca de la percepción de los usuarios egresados de centros residenciales de tratamiento para uso problemático de drogas. Este antecedente adquiere especial interés porque la investigación se fundamenta en la exploración de las percepciones de los usuarios y porque parte de los participantes de la investigación hace referencia al tratamiento en el centro de patología dual en el cual se realiza la investigación que aquí se presenta.

Arocena (2019) concluye en la necesidad de repensar toda la propuesta residencial, desde el tiempo de duración de los tratamientos, hasta el rol de los técnicos para lograr una mayor integración del “afuera” generando una continuidad en los procesos terapéuticos una vez las personas egresan del mismo. Entre las recomendaciones finales plantea que:

Es recomendable que las dinámicas de abordaje se construyan a partir de una retroalimentación permanente con los participantes, para evitar la estereotipia de las intervenciones que promueven el desinterés, ensombrecen la adherencia al tratamiento y empobrecen la alianza terapéutica. ... Es necesaria la discusión sobre los marcos teóricos para los abordajes psicoterapéuticos de los centros, problematizando desde la complejidad del fenómeno y la particularidad de esta modalidad de abordaje. Se requiere una discusión basada en evidencia de la práctica evaluada, además de la evidencia de los ensayos clínicos. (p.116).

Existe actualmente en nuestro país, un único centro de tratamiento específico para patología dual, inaugurado en agosto del año 2013, para la atención pública de varones entre 17 y 28 años, provenientes de todo el territorio nacional. Gestionado por una organización no gubernamental, funciona bajo la administración de la Junta Nacional de Drogas, formando parte de la RENADRO (Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas):

En el marco del acuerdo con la Junta Nacional de Drogas para la coparticipación en la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas, se identifica la necesidad de contar con centros específicos de carácter residencial para personas que presentan usos problemáticos de sustancias psicoactivas en concomitancia con trastornos mentales de la esfera psiquiátrica de intensidad moderada a severa y que requiere para la intervención terapéutica de dispositivos específicos. (Programa Centro Chanaes, 2013, p.1).

Se presenta como un dispositivo de tercer nivel de atención, al cual ingresan jóvenes derivados de centros ambulatorios u otros programas a través del Dispositivo Ciudadela Metropolitano, única puerta de entrada al Centro. Se propone el abordaje integral de sus usuarios a partir de estrategias terapéuticas personalizadas, en una modalidad residencial de mediana a larga estadía, con una media cercana a los 6 meses de tratamiento. El programa terapéutico se fundamenta en la promoción de los Derechos Humanos y de participación ciudadana y en un enfoque de reducción de riesgos y daños, enmarcado en la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema de Drogas 2021-2025 y la Ley de Salud Mental N°19.529. Los criterios para el ingreso al tratamiento comprenden:

1. Varones entre 17 y 28 años, provenientes de INAU o ASSE. 2. Casos con un elevado grado de desestructuración psicológica, familiar y/o social que conlleve la necesidad de una separación temporal de su medio habitual para garantizar un curso favorable en su tratamiento. 3. Fracasos en tratamientos anteriores en modalidad ambulatoria. 4. Motivación para el cambio del estilo de vida y voluntad de ingreso. (RENADRO, Hoja de Información del Centro Chanaes, s.f.)

Se define una propuesta educativo-terapéutica que promueve la participación de los usuarios en la dinámica cotidiana, planteando la asunción de responsabilidades para el desarrollo de la autonomía. Si bien no aparece explícito en el programa del centro, el modelo terapéutico encuentra relación con la configuración de una Comunidad Terapéutica, lo que parece vincularse con los orígenes de la OSC que lo gestiona surgida de la reestructuración del modelo de Le Patriarche<sup>1</sup> (Pérez del Río, 2010). El modelo terapéutico se atraviesa por la promoción de los procesos de rehabilitación en los cuales se plantea la inclusión de los referentes familiares y lo comunitario para la inserción social. Las instancias de intervención incluyen evaluaciones diagnósticas, diseño de proyecto terapéutico individualizado, atención desde el área médica y psicosocial y articulación con la red sociosanitaria local, psicoterapia individual y grupal, psicoterapia familiar y talleres multifamiliares, talleres educativo-terapéuticos, actividades educativas en hábitos y tareas del cotidiano, actividades recreativas y acciones hacia la inserción social. (RENADRO, Hoja de Información del Centro Chanaes, s.f.)

---

<sup>1</sup> Modelo establecido en La Boére, Francia, en 1974 por Lucien Engelmajer como comunidad abierta con prácticas de gestión igualitaria desde al aprendizaje social, libre de drogas, sin medicamentos ni sustitutos. En 1998, habiendo transitado por dificultades organizacionales, Le Patriarche se transforma en Dianova. (Dianova, s.f.)

El equipo de atención directa se conforma por profesionales de la salud, por educadores, educadoras y talleristas, que acompañan la mayor parte de las tareas de los usuarios en el cotidiano. Respondiendo a la escasez de propuestas formativas en el medio sobre el tema de patología dual y de formaciones en drogas desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, el equipo, en su mayoría, no presenta formaciones específicas salvando las instancias formativas internas y el aprendizaje a partir de la experiencia de trabajo.

Si bien el equipo sistematiza los datos acerca de los procesos de tratamiento de los usuarios en base a los sistemas de registro que plantea la JND, además de los registros internos que se gestionan en el residencial, no se presentan datos sistematizados acerca de las experiencias subjetivas de los usuarios sobre sus propios procesos terapéuticos.

### **2.2.1 Antecedentes sobre los procesos de cambio**

Xie, McHugo, Helmstetter y Drake (2004), realizaron un estudio prospectivo longitudinal a tres años, entre 1989 y 1992, de pacientes con diagnósticos de trastornos mentales severos y persistentes en coocurrencia con trastornos por consumo, a quienes se les atendía desde un abordaje integral en centros comunitarios de salud mental de New Hampshire, Estados Unidos. Las conclusiones resultaron positivas para los procesos terapéuticos; muchos de los pacientes lograron controlar las sintomatologías psiquiátricas, así como lograron la abstinencia del uso de sustancias, reduciendo los episodios de hospitalizaciones y de situación de calle, aumentaron sus competencias laborales, incrementaron sus relaciones sociales con personas no consumidoras y manifestaron sentirse más satisfechos con sus vidas. Sin embargo, el seguimiento demostró que no se realizaron cambios significativos en su calidad de vida y en los procesos de autonomía.

El estudio fue ampliado con el objetivo de examinar el seguimiento a diez años (Drake et al., 2006), concluyendo en mejoras significativas entre los indicadores de recuperación en comparación con el estudio a los tres años. Entre estos se observó mayores niveles de autonomía de las personas, incidiendo en proyectos de vida con mayor independencia, en la inserción laboral y la satisfacción de las personas con sus actividades de ocio. Los investigadores concluyen que a largo plazo se presenta una tendencia a mejorar la calidad de vida de las personas con patología dual, en la remisión de los síntomas y el funcionamiento independiente en distintas áreas de sus vidas, así como la satisfacción que éstas refieren sobre sus vidas en general. Destacan la incidencia de los modelos de atención ambulatoria en relación con los logros,

encontrando mejores resultados en quienes asistían a tratamientos comunitarios asertivos y centros de tratamiento integrado.

En relación con los cambios subjetivos, como eje central de este proyecto, se destaca la investigación cualitativa que Krause desarrolla desde 1992 acerca de los cambios psicológicos desde la perspectiva de las personas, a partir de diferentes tipos de ayuda psicológica (Krause, 2011, p.51). En 2006, Krause y el equipo de investigación, presentó los resultados del estudio de episodios de cambio en procesos psicoterapéuticos a partir del cual se conformaron los indicadores de cambio genéricos, verificados empíricamente y aplicables a terapias de distintas orientaciones (Krause, et al., 2006). La investigación implicó la observación y análisis de 78 sesiones de procesos psicoterapéuticos de Terapia Psicodinámica Breve, Terapia Psicodinámica Cognitiva, Terapia Familiar Construccionalista-Social y Terapia de grupo para adictos. El equipo concluyó que es posible identificar momentos de cambio en los procesos psicoterapéuticos, que se constituyen en un proceso de cambios sucesivos, siendo el contenido del cambio esencialmente subjetivo. A partir de las conceptualizaciones sobre el cambio subjetivo, Krause y su equipo han realizado diversos estudios sobre procesos de cambio en diferentes modalidades terapéuticas, aportando conocimiento acerca de los aspectos que conforman los cambios subjetivos en diferentes etapas de las relaciones de ayuda, sistematizando los indicadores cualitativos de cambio que conforman su Teoría del Cambio Subjetivo en un Manual de Observación, Registro y Codificación de Episodios de Cambio y Estancamiento (Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio, 2012, versión 2.0).

### **2.3 Formulación del Problema de Investigación.**

Dentro del campo de la salud mental, la patología dual se presenta como una concepción relativamente reciente que se describe, mayormente, desde el ámbito médico psiquiátrico como la asociación entre trastornos mentales y trastornos por usos problemáticos de sustancias psicoactivas. Se anudan dos realidades complejas que se presentan de interés en las agendas públicas internacionales y nacionales de salud, con la finalidad de generar conocimiento en salud mental, reducir la estigmatización, investigar para la identificación de nuestros tratamientos y la mejora de los existentes, ampliar el acceso a la atención de calidad y tratamientos eficaces (OMS, 2022).

Entre la relativa novedad del concepto y la complejidad que supone el entramado entre los aspectos de la personalidad y las problemáticas asociadas al uso de drogas, aparecen dificultades para arribar a consensos teóricos y técnicos que posibiliten el diseño de abordajes oportunos para estas personas, resultando generalmente en

intervenciones fragmentarias que conllevan el riesgo de aumentar el deterioro biopsicosocial característico de esta población.

En Uruguay, la nueva ley de Salud Mental (Ley 19.529) y la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025 (2021), se presentan como marco regulatorio de los procesos de tratamiento para las personas que presentan trastornos mentales y problemáticas asociadas al uso de sustancias. Sin embargo, la revisión bibliográfica deja de manifiesto que los tratamientos se diseñan generalmente para el abordaje del uso de drogas y el abordaje de los trastornos mentales de manera independiente, existiendo actualmente un único centro de tratamiento integral para el abordaje de la patología dual como tal. Aun así, los programas que reciben a personas con estas características realizan esfuerzos para brindar la atención requerida, encontrando dificultades en el diseño de los tratamientos por la falta de consensos teóricos y técnicos que avalen las prácticas terapéuticas (Tomassini, 2017).

Del proceso de revisión bibliográfica y antecedentes, se señala la escasez de estudios desde la psicología clínica, más aún desde la perspectiva de los sujetos, para la producción de conocimiento académico y científico sobre las estrategias terapéuticas diseñada para dicha población.

La formulación del problema de la investigación parte de la consideración de que son los propios sujetos quienes deben sentar las bases sobre las cuales construir el conocimiento acerca de las intervenciones diseñadas para ellos, en la valoración de lo subjetivo y sus sufrimientos psíquicos.

Se plantea el estudio sobre los constructos subjetivos de las personas con patología dual a partir de las intervenciones terapéuticas en el contexto de tratamientos diseñados para su abordaje, desde la comprensión de las experiencias de cambio a partir del discurso de las personas que han realizado procesos de tratamiento específicos. Se selecciona el Centro Chanaes, siendo éste el único del medio que enfatiza en una estrategia integral para el abordaje de la patología dual.

El recorrido por los antecedentes deja de manifiesto que no se encuentran investigaciones con relación a los cambios subjetivos de las personas con patología dual que realizan tratamientos, siendo éste el interés. Este aspecto sumado a la empiria personal de trabajo clínico con estas personas, concluye en el interés por explorar acerca de las experiencias subjetivas que éstas construyen a partir de sus procesos terapéuticos.

La metodología utilizada será de carácter cualitativo siendo la que permite profundizar en las historias, percepciones y significaciones de los sujetos sobre sus propias experiencias de cambio, con la finalidad de desarrollar conocimientos teóricos y

técnicos que aporten al diseño de las intervenciones terapéuticas para las personas de las cuales surge el conocimiento.

### **2.3.1 Preguntas de Investigación**

¿Cuáles son los aspectos que componen la construcción subjetiva de personas con patología dual sobre su problema?

¿Cuáles son los aspectos relevantes que componen la construcción del cambio subjetivo de personas con patología dual, a partir de intervenciones terapéuticas específicas?

¿Cómo se presentan los elementos que componen el cambio subjetivo en personas con patología dual a partir de las intervenciones terapéuticas en abordajes específicos para dicha patología?

## **2.4 Objetivo General y Objetivos Específicos**

### Objetivo General:

Conocer los cambios subjetivos de varones entre 20 y 30 años con patología dual, a partir de las intervenciones terapéuticas en el Centro de Tratamiento Integral para Patología Dual Chanaes.

### Objetivos Específicos:

1. Identificar los aspectos relevantes que componen la construcción del cambio subjetivo de los varones entre 20 y 30 años con patología dual, a partir de las intervenciones terapéuticas en el Centro de Tratamiento Integral para Patología Dual Chanaes.
2. Analizar los elementos que componen los cambios subjetivos de pacientes con patología dual.

### 3 Fundamentos Teóricos

#### 3.1 Nociones de patología dual

El concepto de patología dual aparece según Roncero, Barral, Grau-López, Ros-Cucurull y Casas (2016), acuñado por Stowell en los noventa, para referirse a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias. Se presenta como una “nosología incierta” según Carceller (2012) quien alude a las controversias que aparecen en relación con el término siendo desconocido y aún rechazado por algunos profesionales del área de la salud mental. Las discusiones se reflejan en la bibliografía existente sobre el tema, donde se encuentran diversos sinónimos para aludir indistintamente al mismo fenómeno: enfermedad mental químicamente adictiva, enfermedad mental que abusa de químicos, enfermedad mental y abuso de sustancias, trastornos mentales y adictivos co-ocurrentes, trastornos duales, entre otros (Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015). Entre las diferentes nociones, la comorbilidad y la co-ocurrencia son las utilizadas mayormente como equivalentes a la patología dual. Sin embargo, esta idea de lo co-mórbido, arraigada desde el modelo médico, se agota en su sentido descriptivo que presenta dificultades para la comprensión del asunto. Por un lado, partir de la coexistencia de diferentes criterios clínicos en un mismo caso incide en las dificultades para distinguir qué corresponde a un trastorno u otro. Carceller (2012) citando a Nunes y Deliyannides plantea la complejidad que se presenta a partir de las diversas combinaciones que pueden resultar de las interrelaciones entre los distintos trastornos mentales y los trastornos por uso de diferentes sustancias.

Desde la Sociedad Española de Patología Dual, Szerman (2016) rechaza el concepto de comorbilidad:

Las actuales clasificaciones de las enfermedades mentales (DSM, CIE) 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. (p.3).

Entre las referencias encontradas en nuestro medio, Pouy, Rossi y Triaca (2018) se refieren a “trastornos duales” (comillas utilizadas por los autores) como un aspecto que adquiere actualmente mayor importancia en relación a la frecuencia con la cual se presenta y las implicancias terapéuticas que supone. El entrecorillado parece responder a la falta de acuerdos conceptuales que se ha planteado anteriormente en

tanto continúan refiriéndose al tema desde la comorbilidad: “Nos referimos a la comorbilidad entre trastornos mentales debido al consumo de sustancias psicoactivas (consumo perjudicial o dependencia) y algún otro tipo de trastorno mental no relacionado con sustancias” (Pouy et al., 2018, p.21). Entre las comorbilidades destacan la frecuencia de trastornos de personalidad, principalmente disocial y de inestabilidad, trastornos afectivos y esquizofrenia. Los autores plantean que, en sus combinaciones, ambos trastornos configuran cuadros clínicos diferentes que requieren de la implementación simultánea de respuestas terapéuticas distintas.

En cuanto a las relaciones etiológicas, se hace referencia a diferentes aproximaciones explicativas que parecen responder a las distintas líneas de pensamiento que atraviesan el tema. Por un lado, se plantea el modelo de factores comunes haciendo referencia a que la persona presenta características premórbidas que forman una base común de vulnerabilidades para el desarrollo de ambos trastornos, lo que explicaría las altas tasas de comorbilidad.

Otras aproximaciones se vinculan a la secuencia temporal en la que se presentó la sintomatología correspondiente a cada entidad. El trastorno psiquiátrico puede presentarse como secundario a un trastorno por consumo, siendo que el uso de sustancias puede aumentar el riesgo de presentar los síntomas psiquiátricos. En contrapartida, el trastorno por consumo de sustancias puede ser secundario al trastorno psiquiátrico, ya sea, porque la persona puede desarrollar un uso problemático de sustancias a raíz del consumo para calmar malestares vinculados a la sintomatología psiquiátrica (teoría de la automedicación); porque la persona puede presentar una multiplicidad de factores de riesgo asociados a sus características de personalidad, que motiven el uso de sustancias (modelo multifactorial); porque la persona con un trastorno mental grave, presenta mayor sensibilidad a los efectos de las sustancias en comparación con la población en general, por lo cual pequeñas dosis podrían desencadenar consecuencias negativas en relación a su sintomatología previa (hipersensibilidad biológica).

Una última aproximación etiológica se explica mediante el modelo bidireccional que implica una interacción entre ambos trastornos, siendo que uno refuerza al otro y viceversa. Así se explica que una persona biológicamente vulnerable al desarrollo de un trastorno mental, efectivamente lo presente, a partir de un uso prolongado de sustancias psicoactivas justificado por factores cognitivos y de aprendizaje social. El uso de sustancias refuerza la sintomatología psiquiátrica, la que a su vez se quiere evadir recurriendo al consumo. (Marín-Navarreta y Medina-Mora, 2015; Torrens, 2008)

A pesar de las diferencias entre las teorías que intentan explicar el origen de la patología dual, la gran mayoría de los autores acuerdan en la relación de factores

neurobiológicos, genéticos y medioambientales como condicionantes de la vulnerabilidad de algunas personas para el desarrollo de esta (Vega et al., 2013).

Sobre las características que se presentan en la población con patología dual, los textos consultados coinciden en la vulnerabilidad psico-afectiva, social y cultural, la tendencia gradual a aumentar el deterioro biopsicosocial y la calidad de vida de las personas con patología dual. Se hace referencia además a la pobre adherencia a los tratamientos, mayores tasas de recaídas y de rehospitalizaciones por cuadros agudos, mayor exposición a conductas sexuales de riesgo, mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, mayor ideación y conducta suicida, dificultades para sostener proyectos a corto y largo plazo, deserción escolar y laboral, mayor registro de episodios hetero y autoagresivos; tendencia a presentar problemas legales, mayores tasas de desempleo y marginación, empobrecimiento de las redes sociales (Vega et al., 2013; Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015; Marín et al. 2013; Marín y Szerman, 2015; Torrens, 2008; Saavedra, 2001).

### **3.1.1 Patología dual desde una comprensión dinámica.**

Una comprensión dinámica con relación a la patología dual aparece desde el marco de referencia psicoanalítico, proponiendo una ruptura con lo anterior, en la comprensión del sujeto desde su singularidad y en su articulación con su mundo de relaciones.

González (2001), psicoanalista de nuestro medio, aborda el asunto de la patología dual desde el Psicoanálisis de los Procesos Colectivos, haciendo una distinción entre estructuras subjetivas y ubicando la dualidad en una nueva presentación específica de nuestra época. Así se refiere a las “toxicomanías auténticas”, sintónicas a estructuras perversas, las “psicosis tóxico-maniacas” como aquellas en las que la sintomatología psicótica se sostiene por el consumo compulsivo de sustancias, y las “toxicomanías psicóticas” en las que lo psicótico de base queda enmascarado por los efectos de las sustancias.

El autor conceptualiza a los trastornos duales en relación con las estructuras psicóticas y hace énfasis en el conjunto social que comparte la realidad con el sujeto, como condicionante de las vulnerabilidades específicas para el desarrollo del trastorno dual. Lo psicotóxico circula como significante en la estructura familiar y en un contexto social que habilita su circulación, trascendiendo al sujeto individual (González, 2001). Plantea que los auténticos trastornos duales aparecen a través de una pérdida de contacto con la realidad cotidiana compartida y compartible, y conductas cotidianas transgresivas de la vida social en la incidencia del consumo compulsivo de sustancias que altera el funcionamiento habitual de comportamiento, en “una estructura familiar

altamente perturbada, disfuncional, aglutinada, que emite mensajes paradójales” (González, 2001, p. 258).

Propone que esta forma de subjetividad patológica se configura a partir de las carencias de los cuidados primarios, en tanto los referentes, quienes operen las funciones maternas y paternas, no acceden a construir un vínculo trófico con el infans, a causa de las fallas para responder a tiempo y saludablemente a las necesidades del pequeño. El sentimiento de desamparo, la angustia experimentada como demoledora, pueden traducirse en un vivenciar traumático produciendo la devastación del psiquismo. Se anulan las posibilidades de mentalización e individualización. La situación disfuncional se perpetúa en constituir un espacio/tiempo que carece de referencias de apuntalamiento proveedoras de sentido. El consumo de sustancias psicoactivas opera como acto sustituto a los procesos de mentalización de la angustia. La sustitución como posibilidad de completar un vacío sin mediación del proceso secundario, privilegiando lo inmediato a pesar de la interacción con la realidad. Un acto que se vuelve compulsivo, que se significa desde el principio de placer, a pesar del principio de realidad (González, 2001).

Naparstek (2005) plantea que en el caso de los psicóticos que consumen drogas, el tóxico no viene a romper con el Otro como sucede en la neurosis, porque la ruptura es anterior, es estructural. En la psicosis no hay inscripción fálica porque no hay inscripción del Nombre del Padre y estas ausencias son a consecuencia de las dificultades de los cuidadores que ejercen las funciones maternas y paternas. Sin la inscripción de la falta, no se habilita la existencia del deseo, el falo no pasa al plano del Otro en tanto no se accede al plano simbólico. Por lo tanto, en la psicosis, el tóxico busca restituir esa ruptura, hacer enlace con el Otro, entrar en su campo (Naparstek, 2005).

### **3.2 Consideraciones sobre los tratamientos en patología dual.**

De la revisión bibliográfica y antecedentes se destaca que los autores insisten en la necesidad de crear estrategias de tratamiento integrales, en vías de promover la eficacia de los procesos terapéuticos (Fielitz et al., 2010; Fernández-Fernández y Touriño-González, 2006; Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015; Vega et al., 2013; Torrens, 2008; Krieger et al., 2016). La independencia con la cual se suele abordar la problemática desde la noción de comorbilidad aumenta la probabilidad de que las personas circulen una y otra vez por los diversos dispositivos en tanto no encuentran los abordajes pertinentes. En las situaciones en las que los equipos técnicos tratantes se esfuerzan en atender la integralidad, el trabajo terapéutico suele establecerse a partir

de las nociones fragmentadas de los profesionales, en tanto no se presentan consensos teórico-técnicos que sustenten las prácticas cotidianas. Los dispositivos de atención suelen funcionar a partir de mecanismos de ensayo-error y no mediante protocolos establecidos de tratamiento (Fernández, 1997; Tomassini, 2017).

Aparecen diferentes enfoques que guían los tratamientos existentes para las personas con patología dual. Programas psicoeducativos basados en el cambio comportamental. Tratamientos de cuidados continuados en el tiempo y en diferentes ambientes, incluyendo el trabajo familiar, intervenciones en crisis, tratamiento farmacológico y entrenamiento en habilidades. El modelo bimodal que prioriza el tratamiento sobre el trastorno mental o el uso problemático de sustancias, entendiendo que el abordaje de uno implicará mejoras en el otro. El tratamiento en paralelo que coordina los sistemas de atención psiquiátrica y de uso de sustancias. Los modelos integrados que trabajan sobre la dualidad y constituyen programas estructurados de enfoque cognitivo con entrenamiento en habilidades por áreas predeterminadas (Fernández, 1997).

A través de los textos se plantea la relevancia de realizar un diagnóstico oportuno que incluya protocolos de evaluación multimodales, estableciendo Planes de Tratamientos Individualizados (PTI) junto con los pacientes y los referentes familiares e incorporando técnicas de manejo individual a partir de las evaluaciones funcionales del comportamiento (Fernández-Fernández y Touriño-González, 2006). La participación activa de los pacientes y la inclusión de sus familias en los planes de tratamiento se presenta como una necesidad de las propuestas terapéuticas, relacionado principalmente con los espacios psicoeducativos y el fortalecimiento de las redes para la inserción social. El trabajo en función al logro de la inserción social de las personas, mediante la promoción de su autonomía para lograr niveles saludables de integración al medio social, cultural, laboral, educativo, se plantea como objetivo del modelo de rehabilitación. Esta supone el despliegue de actividades que se desarrollan en coordinación con los tratamientos farmacológicos. Las actividades de rehabilitación incluyen la promoción de adquisición de pautas comportamentales saludables y las buenas relaciones con los demás integrantes de la comunidad, el favorecimiento de hábitos de higiene y autocuidado, la promoción de la ocupación racional del tiempo libre, el fortalecimiento de la motivación y adherencia para la continuidad de los tratamientos (Vega et al., 2013).

Coincidiendo con varios de los aspectos planteados anteriormente, se destaca de las pautas de atención para “personas drogodependientes con comorbilidad psicopatológica” (Moreno, 2012, p.86) la consideración de las recaídas en el consumo de drogas como parte de los procesos de tratamiento, a lo cual la autora agrega la alta

probabilidad de que éstas se presenten. Se refiere además a la entrevista motivacional como herramienta y las técnicas cognitivo-conductuales, principalmente en los primeros meses de atención, aludiendo a éstas como de demostrada efectividad.

### **3.2.1 Comunidades Terapéuticas.**

González (2001) desde su inmensa experticia en el trabajo con personas con patología dual en nuestro país, siendo uno de los referentes e impulsores de la creación de la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (año 1999) se extiende acerca de la pertinencia de la comunidad terapéutica para los abordajes de esta población. En su libro “Comunidad Terapéutica y Trastornos Duales” (2001), González plantea:

La Comunidad Terapéutica se inscribe en un vasto movimiento que desde hace siglos intenta modificar el trato y la calidad de vida de los residentes en instituciones psiquiátricas. Estas modificaciones, contemporáneamente, se orientan hacia la procura de que la sociedad se haga cargo de la locura y de quienes la padecen. La sociedad, funcionando en Comunidades Terapéuticas, convive con ellos, creando un espacio interdisciplinario que incluye variados aportes: psiquiatría, psicología, psicoterapia, sociología, educación, derecho, política, etc. (p.9).

El autor refiere que la comunidad terapéutica es la organización más adecuada para el trabajo con personas con patología dual, en tanto esta habilita la construcción de un espacio de contención afectiva, la creación de una red estructurante y de sostén que promueve espacios de mentalización sobre el cual intervenir, ofreciendo un modo alternativo saludable para hacer frente a las crisis y procesar el dolor psíquico. Entre la flexibilidad y el dinamismo de la comunidad terapéutica y las normas reguladoras de funcionamiento, el espacio colectivo opera en la reunificación de los elementos internos fragmentados ante la devastación del psiquismo, lo que el autor denomina como “legalidad estructurante” (González, 2001, p.66). La función terapéutica, basada en la asimetría de sus miembros del grupo con un objetivo en común, bajo las condiciones de comunidad abierta, crítica, democrática y participativa, opera en el potencial reparatorio de generar espacios identificatorios estructurantes y saludables a partir de lo comunitario. La comunidad terapéutica apunta en todo momento a la externación, siendo sus acciones terapéuticas tendientes a la extraterritorialidad. El tiempo de permanencia en la comunidad, estará pautado según los objetivos propuestos para cada participante, evaluados en conjunto con el equipo que se conforma

transdisciplinariamente. Las actividades diseñadas según el programa terapéutico se plantean con un sentido terapéutico que acciona en el fortalecimiento de la estructura interna promoviendo la participación activa y crítica de los participantes ante las situaciones cotidianas que deben resolverse. La comunidad es multigrupal y multifamiliar, debe integrar el trabajo con las familias y el entorno sociocultural. El trabajo familiar dentro de la comunidad terapéutica se configura a partir de distintos espacios que promueven su participación ante la inexistencia general de la demanda de trabajo terapéutica de parte de la propia familia. Los objetivos del trabajo familiar apuntan a la creación de espacios de reflexión para la reconfiguración de lo que suele aparecer como aglutinado e indiferenciado entre sus miembros. (González, 2001).

### **3.2.2 Abordajes sobre el uso de drogas en relación con los tratamientos.**

Las prácticas desde las cuales se interviene con personas que consumen drogas están delineadas principalmente por el paradigma de la enfermedad o el paradigma del aprendizaje social. El primero, como su nombre lo indica, se relaciona a una concepción biologicista desde la cual se plantea la dependencia a las sustancias en función a los mecanismos adictivos que operan fisiológicamente en la persona, generando una gran dificultad en la voluntad del control para dejar de consumir compulsivamente.

El paradigma del aprendizaje social propone que las personas aprenden a relacionarse de un modo particular con las sustancias en función a diversos factores personales y contextuales, y que, si bien se desarrollan mecanismos asociados a la tolerancia y dependencia a la droga, el consumo no se establece per sé linealmente hacia la dependencia. Desde este paradigma, se presentan los consumos no problemáticos de sustancias, entendiendo que las personas pueden intervenir en el modo en el que hacen uso de estas (Fernández y Lapetina, 2008).

De ambos paradigmas se destaca principalmente la diferencia desde la cual se concibe al sujeto y sus posibilidades de acción ante la experiencia de consumo, lo que establecerá el modo de intervención hacia la abstinencia o hacia modos más saludables de relacionamiento con la sustancia. Desde el paradigma de la enfermedad se promueve la abstinencia como vía de recuperación posible, por lo cual los programas suelen diseñarse como "libres de drogas". Desde el aprendizaje social se promueve el reaprendizaje de la persona en el modo de relacionarse con las sustancias. Desde este paradigma, se intenta rescatar al sujeto enmarcado en su contexto y en su mundo de relaciones, por lo cual las intervenciones apuestan a la inclusión de los referentes socioafectivos y lo comunitario. Entendiendo al sujeto relacionándose de un modo particular con la sustancia, el foco del trabajo terapéutico se hace en la función que la

sustancia opera para ese sujeto, no siendo generalizable para el resto ni reducible a mecanismos neuroquímicos.

Naparstek (2005) parece ubicarse desde ese último paradigma cuando insiste en la importancia de ubicar la función que el tóxico tiene para cada sujeto. Plantea que esta comprensión será operativa en vías de definir un diagnóstico diferencial entre las estructuras clásicas, definidas desde Freud y Lacan: neurosis, perversiones y psicosis, descartando la noción de las adicciones como estructura subjetiva. A su vez, estas estructuras podrán condicionar en cierta medida las experiencias del sujeto ante el consumo de las sustancias, dado que no será igual el consumo de un tóxico para una persona con una estructura neurótica o psicótica o perversa. Esto tampoco significa que los efectos de las sustancias serán iguales para las personas, siendo que lo que importa es la funcionalidad para cada sujeto en su singularidad. Lo que se destaca desde esta perspectiva, es que se busca romper con la homogeneización de los sujetos, rescatando lo subjetivo en la relación con la sustancia. Esto implica un posicionamiento epistémico y ético del analista, ya que, en el rescate del otro como sujeto, lo responsabiliza por su consumo, lo que habilita a la posibilidad del cambio, ya sea para el cese del consumo o para la reducción del mismo. La dirección de la cura implicará la separación con el significante “ser adicto”, “ser esquizofrénico”, para hacer algo diferente con lo que le sucede al sujeto, producir un cambio en la forma de goce del sujeto.

Con respecto a esto, la abstinencia no es la meta del analista en sí misma. Teniendo en cuenta cuál es el lugar que ocupa la sustancia para cada sujeto, el consumo puede estar al servicio de sostener una funcionalidad que no conviene anular ante el riesgo de que el sujeto se derrumbe. La dirección de la cura deberá diseñarse en precisión para cada sujeto en su singularidad, lo que podrá definir un tratamiento con sustitución farmacológica de las drogas, la reducción del consumo o el cese.

### **3.2.3 Enfoque de tratamiento en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas.**

La Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025 (JND, 2021) se configura a partir del entendimiento de la complejidad y el dinamismo del tema de las drogas, proponiendo acciones intersectoriales desde diferentes ámbitos; sanitario, social, cultural, ambiental, económico y jurídico, estableciendo abordajes integrales con especial énfasis en las poblaciones vulnerables. Atravesada por el principio de Derechos Humanos y enmarcada en una perspectiva de salud pública, promueve la disponibilidad y accesibilidad de propuestas de atención, tratamiento e integración social adaptadas a las necesidades de las personas y las comunidades, planteando el modelo de reducción de riesgos y daños como medio para el logro de los objetivos.

Un enfoque integral, equilibrado y multidisciplinario centrado en las personas y comunidades y sus vínculos, encuentra en el modelo de reducción de riesgos y daños una respuesta comprehensiva de las diferentes dimensiones del fenómeno. Permite el diseño de estrategias para anticipar riesgos, prevenirlos y disminuirlos mediante objetivos que pueden ser de corto, mediano y/o largo plazo, admitiendo diversidad de intervenciones. Abarca desde la regulación de mercados, hasta la atención de la salud individual, al centrarse en el tipo de vínculo que las personas establecen con las drogas. En este sentido, el modelo de reducción de riesgos y daños incluye la posibilidad de plantear la abstinencia como objetivo terapéutico. (JND, 2021, p.17)

Las estrategias de Reducción de Riesgos y Daños se configuran desde el paradigma del aprendizaje social con el objetivo de disminuir los efectos negativos asociados al consumo de drogas. Implica una propuesta alternativa y complementaria a los enfoques abstencionistas, que logra alcanzar a las personas que no se plantean el abandono total del consumo quedando por fuera de los servicios de atención “libres de drogas”. Este enfoque promueve la accesibilidad e integración de las personas consumidoras al sistema sanitario, así como acerca las prácticas sanitarias a la comunidad a partir de propuestas de prevención y promoción de salud. Partiendo de una comprensión realista que acepta la existencia de las drogas a lo largo de la historia de la humanidad y problematiza sus usos en función a los riesgos asociados, interpelando las representaciones sociales reproducidas sobre los consumos, este enfoque favorece la reducción de los estigmas asociados a las personas consumidoras, tendiendo a disminuir las prácticas discriminatorias y de exclusión social y sanitarias. (Dell’Acqua, s.f.)

El Decreto N° 274/13 que regula las prestaciones de los dispositivos que componen la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas plantea:

Que las prestaciones y servicios deben ser integrales, tomando al usuario de drogas en relación a su contexto y a su situación de consumo; y que en todos los Centros y Dispositivos se debe garantizar la integralidad del abordaje, con los recursos genuinos y/o mediante la integración a la red asistencial general, coordinando con los distintos niveles del Sistema Nacional Integrado de Salud; así como la coordinación con otros dispositivos de la Red Nacional de Atención y Tratamiento en Drogas (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2013, p.1)

Sobre la regulación de los dispositivos residenciales, en su artículo 22, el Decreto N° 274/13 refiere:

Se trata de la asistencia UPD en un espacio terapéutico – educativo permanente hasta que se defina el alta o el pasaje a otro programa terapéutico. Es una forma intensiva de tratamiento que favorece la recuperación biológica, psicológica y social del usuario del servicio ... Se indica para UPD en los que no están indicados otros programas terapéuticos por las características del cuadro clínico, que no hayan mejorado con intervenciones terapéuticas de menor nivel de complejidad o en casos de insuficiente contención sociofamiliar y/o faltada inserción educativo-laboral. ... Cada Institución deberá definir su/s programa/ s de acuerdo a la población que asista teniendo en cuenta el perfil del usuario. Deberá fomentarse la atención en red. Los servicios ofrecidos serán: a) Evaluación Inicial b) Diagnóstico y estrategia terapéutica individual c) Tratamiento psicoterapéutico individual, grupal y familiar de características y orientación acordes al perfil del usuario, de la organización y la modalidad teórico y técnica escogida. d) Evaluación y atención médica. e) Atención psicosocial. f) Actividades de Taller. g) Actividades tendientes a la inserción social. h) Articulación con la red local socio-sanitaria y comunitaria. i) Actividades lúdico-recreativas. j) Actividades de educación en hábitos y tareas propias de la vida en convivencia y de la cotidianeidad de una residencia. 4°) El Equipo Profesional implementará las estrategias asistenciales y el control clínico de acuerdo a las competencias específicas de cada profesión. La integración del equipo dependerá de la propuesta asistencial y deberá ser coherente con ella. (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2013, p.15-16)

### **3.3 Cambios Subjetivos y Teorías Subjetivas.**

Krause (1992, 1994, 2005, 2006, 2007, 2011) desarrolla aportes teóricos y técnicos acerca de los cambios subjetivos que ocurren en las personas a partir de la relación psicoterapéutica. Se interesa especialmente por la mirada subjetiva del consultante, por las vivencias que éste tiene acerca de sus propios procesos de cambio y los elementos que los posibilitan. En el marco de un proceso terapéutico ideal, la relación entre consultante y psicoterapeuta habilita la construcción gradual de procesos de resignificación del primero sobre su historia de vida, sus problemáticas, sus síntomas, su entorno, sus relaciones con otros. Estos cambios se desarrollan secuencialmente en un proceso que evoluciona a través de diferentes etapas, que inicia previamente a la relación terapéutica, y que forman nuevos constructos subjetivos que constituyen una

nueva Teoría Subjetiva psicológica. Los cambios son posibles de ser identificados a partir de los indicadores configurados por Krause y sus colaboradores en sus estudios de distintas modalidades terapéuticas.

En la búsqueda de ayuda profesional, los aspectos relevantes para el cambio se componen por la experiencia del sujeto sobre sus límites acerca de las posibilidades de solucionar sus problemas por sí mismo y el cuestionamiento sobre sus modelos explicativos acerca de lo que le sucede. A partir de estos aspectos se inician los cambios conceptuales del sujeto acerca de sus problemas, la aceptación de la necesidad de ayuda y el desarrollo de metas para el proceso psicoterapéutico. La *aceptación de la existencia de un problema* y la *aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda*, son los dos primeros indicadores de cambio en esta primera etapa.

Aparecen dos elementos facilitadores para el proceso de cambio; el nivel de apremio del sujeto por recibir la ayuda y el tipo de intento de afrontamiento de los problemas que ha realizado anteriormente. Previo al inicio de la relación de ayuda, los aspectos relevantes son las expectativas que el sujeto construye en relación al rol del terapeuta, de su propio rol y de la estructura de la relación entre ambos. Una condición necesaria para que los cambios sean posibles, es la aceptación del contexto de significado psicológico, la que debe desarrollarse en las primeras fases de la relación terapéutica, en el caso de que ésta no se encuentre presente previo a la misma. En esta etapa de "trayectoria hacia la ayuda psicológica" (Krause y Dagnino, 2006, p.290), los indicadores de cambios son la *aceptación del terapeuta como profesional competente* (indicador 3), la *expresión de esperanza o expectativa de ser ayudado* (indicador 4) y el *descongelamiento de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales* (indicador 5).

Iniciada la relación terapéutica, los aspectos relevantes se vinculan con la estructura de la relación. La aceptación de la asimetría en los roles y la comprensión del terapeuta como un experto son elementos habilitadores a los cambios subsiguientes. El ajuste emocional entre consultante y terapeuta también es un elemento clave, en tanto posibilita el desarrollo de una relación basada en la confianza. Krause (1992) hace referencia a la normalización como el proceso mediante el cual el sujeto comprende que su problema no tiene un carácter único, lo que refuerza la credibilidad sobre el proceso de ayuda y la aceptación subjetiva del problema. En esta fase los indicadores de cambio se configuran en la *expresión de la necesidad de cambio* (indicador 6) y el *reconocimiento de la propia participación en los problemas* (indicador 7). Estos aspectos se relacionan a su vez con la autopercepción crítica del sujeto (Krause, 2011) que puede ser previa a la relación con el terapeuta o que se construye durante la relación. La autopercepción crítica sienta las bases para el proceso de resignificación y se internaliza

gradualmente a lo largo de la relación terapéutica, independizándose del rol del profesional.

Durante la interacción terapéutica, se suceden el *descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo* (indicador 8), la *manifestación de un comportamiento o emoción nueva* (indicador 9), la *aparición de sentimientos de competencia* (indicador 10), el *establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios y del entorno y elementos biográficos* (indicador 11), la *reconceptualización de los propios problemas o síntomas* (indicador 12) y la *transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros* (indicador 13).

Las resignificaciones que el sujeto va desarrollando previamente o durante la relación con el terapeuta, implican cambios “en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (Krause, 2011, p. 333). En este proceso de transformaciones, el consultante va formando *constructos subjetivos respecto de sí mismo, a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas* (indicador 14). El cambio evoluciona en el *enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía* (indicador 15). Avanzado el proceso terapéutico, el consultante adquiere *autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico* (indicador 16). Se presenta el *reconocimiento de la ayuda recibida* (indicador 17) y se inicia el proceso de autonomía mediante la *disminución de la asimetría* (indicador 18) de la relación de ayuda. La experiencia psicoterapéutica concluye en la *construcción de una teoría subjetiva biográficamente fundada sobre sí mismo y su relación con el entorno* (indicador 19). Esto supone un nuevo modelo explicativo mediante el cual las personas se piensan y se construyen a sí mismas y a su entorno, en la interacción de sus historias de vidas, sus aspectos personales, su contexto y sus relaciones en el mismo. Esta cosmovisión sobre sí mismo, fundamenta y justifica las acciones de la persona, incide en el desarrollo de la identidad y da sentido a la historia vital. Es por esto que el desarrollo de nuevas teorías subjetivas adquiere valor terapéutico en tanto el consultante logra superar los límites experimentados subjetivamente previo a la relación de ayuda, para construir nuevas significaciones acerca de sus problemáticas, enmarcadas en un modelo subjetivo más congruente consigo mismo y ampliando la percepción acerca de sus posibilidades de acción. Esto genera efectos positivos en el sentimiento de identidad, seguridad y autoimagen. La construcción de una teoría subjetiva integrada se establece como el último paso del proceso de cambio, adquiriendo un valor positivo como expresión saludable del sujeto y de la relación de ayuda, en tanto pueda continuar desarrollándose en forma independiente al terapeuta (Krause y Dagnino, 2006).

El nivel de autonomía del consultante hacia la relación de ayuda es un criterio de evaluación sobre la efectividad de la misma en el desarrollo de los cambios subjetivos. Krause plantea cuatro aspectos generales para considerar los niveles de autonomía alcanzados: la continuidad y frecuencia del uso de la ayuda psicológica, el motivo para el uso de la ayuda profesional, la responsabilidad sobre la propia psiquis y el nivel de integración de patrones de interpretación psicológicos (Krause, 2011, p.294). Estos aspectos se relacionan y condicionan unos a otros y se presentarán incididos por los diferentes elementos de la interacción con la ayuda, por lo cual la autonomía alcanzada dependerá de las características particulares de cada sujeto, de su contexto, su red social y en gran medida del modo en el cual se construyó el proceso terapéutico.

### **3.4 Sufrimiento psíquico**

El proceso de cambio subjetivo en su dimensión intersubjetiva, en su propósito de desarrollo de autonomía y las funciones identificatorias que refuerza, convoca el replanteamiento de las nociones conceptuales sobre patología dual en relación con los atravesamientos sociales de nuestra época. Desde sus nominaciones más frecuentes, la patología o el trastorno dual, aparece atravesada por un esquema biologicista que delimita la enfermedad a partir de lo que es observable en síntomas objetivables, como sucede con las presentaciones nosológicas universalizadas en los manuales diagnósticos. Esta mirada pretendidamente objetiva, genera oscuridades para la comprensión subjetiva e intersubjetiva de los padecimientos. “Si se ha hecho de la alienación psicológica la consecuencia última de la enfermedad, es para no ver la enfermedad en lo que realmente es: la consecuencia de las contradicciones sociales en las que el hombre está históricamente alienado” (Foucault, 2014, p.116).

La noción de sufrimiento psíquico se presenta desde el campo de la salud mental en el intento de rescatar la subjetividad, abarcando las cuestiones inherentes a la existencia del sufriente en un conjunto social, en una época determinada históricamente que lo determina como tal. El malestar subjetivo es planteado desde la insipiente del psicoanálisis por Freud (1930/1992) en relación a las contradicciones que se presentan para los sujetos en la exigencia de pertenecer a un mundo social que a la vez es fuente de sufrimiento. La tendencia al rechazo social y la marginalidad se presentan en los textos como características de la población con patologías duales, así como aparece una reiterada referencia a la presencia de mayores niveles de vulnerabilidad, en todas las áreas, en comparación con las personas que no se encuentran en dicha situación. Aparece una clara relación entre las representaciones y acciones sociales actuando en la fragilización de las subjetividades y el sufrimiento psíquico.

El intento por aproximarse a la comprensión de estos sufrimientos psíquicos parte de la caracterización de un contexto hipermoderno. La hipermodernidad implica entender un momento histórico signado por la exacerbación de las características de la modernidad, una temporalidad dominada por lo precario y lo efímero (Lipovetsky y Charles, 2006), la vertiginosidad del pasaje del tiempo, la aceleración de las transformaciones tecnológicas; una verdadera mutación civilizatoria que atraviesa todos los ámbitos e impone cambios en las relaciones intersubjetivas (Araújo, 2011). Una de las características de este tiempo es la caída de las estructuras sólidas. Bauman (2000) habla de la modernidad líquida haciendo referencia a la fluidez que, a diferencia de lo sólido, no deja someterse fácilmente a una forma, no puede ligarse a un espacio porque no deja de derramarse. La metáfora alude a un tiempo/espacio que es imprevisible, donde los sujetos deben ser maleables, móviles y veloces para llegar a ocuparlo, ante la emergencia de una fluidez que implica un cambio permanente (Lipovetsky y Charles, 2006). La carrera interminable por ocupar estos lugares efímeramente sólidos empuja a los sujetos en una carrera por el logro de las competencias, que provoca la individualización. Se produce una época de hipernarcisismos en el repliegue de cada sujeto consigo mismo, que contrariamente al desarrollo personal y la autonomía, genera "individuos masificados, crecientemente dificultados en el desarrollo de la identidad" (Galende, 1997, p.70). Entre la caída de las estructuras, de los encuadres, de las normas dadoras de sentido desde lo colectivo, las individualidades deben hacer un esfuerzo por construirse a sí mismas, optando entre la diversidad de identidades posibles (Bauman, 2000). Esta tarea que puede resultar muy trabajosa influye en la fragilidad de los vínculos a la vez que puede ser producto de la misma. Las referencias han caído y con ellas, los referentes que se apuntalaban como instauradores de una ley simbólica. Las fragilidades yoicas se ponen de manifiesto en la irrupción de trastornos y desequilibrios subjetivos (Lipovetsky y Charles, 2006).

En una sociedad organizada en torno al consumo, la sustancia psicoactiva parece configurarse como un objeto mediante el cual se tramita el acto sustituto a los procesos de mentalización de la angustia, como una búsqueda a la simbiosis originaria. Sin embargo, en un psiquismo caracterizado por la falta estructural, no existen parámetros de conformidad con los cuales compararse. La falta de deseo es existencial, así la satisfacción nunca podrá ser acabada (González, 2001). En el anudamiento de lo psicótico y lo tóxico, se produce una forma de subjetividad pathos-lógica donde la carencia de los cuidados primarios, resignificada permanentemente desde un contexto social hipermoderno, hipernarcisista, hiperconsumista, configura un vacío siempre insatisfecho. La fragilidad que empezó a constituirse desde lo más primitivo del sujeto, en la constitución de su psiquismo, se refuerza desde lo social, en tanto se promueve

una competencia de exigencias que podrán ser vividas con mayor sufrimiento en función a sus vulnerabilidades específicas, lo que a su vez lo vuelve objeto fácil de ser convertido en chivo expiatorio (Bauman, 2000). Cristalizado en el lugar del loco y adicto, atravesado por una estigmatización duplicada, los procesos de expulsión o marginación social son fácilmente realizables.

## **4 Metodología**

### **4.1 Diseño metodológico**

Se presenta una investigación cualitativa en el ámbito clínico. Se optó por la investigación cualitativa siendo que permite comprender las experiencias de los sujetos desde sus perspectivas subjetivas, implicando la complejidad de los procesos de los que forman parte de manera inseparable y comprendiéndolos como partícipes activos en la construcción de los conocimientos (Sisto, 2008). En su carácter inductivo, la investigación cualitativa posibilitó la aproximación a un tema de escasos conocimientos previos desde los datos empíricos, surgidos de las perspectivas y la construcción de sentido de los participantes.

De carácter exploratorio y descriptivo, la investigación partió del entendimiento del sujeto en su perspectiva holística, integrando las distintas variables surgidas de los datos, buscando una comprensión profunda en función a las complejidades del tema investigado. El conocimiento se construyó en la interacción permanente entre la interpretación de los datos y su discusión con la teoría, en un proceso dialéctico.

La investigación cualitativa permite la utilización de métodos flexibles para conocer los fenómenos que se buscan comprender, adaptándose a los mismos para descubrirlos sin las limitaciones de conceptos preconcebidos. (Mendizábal, 2006) En función a las preguntas de investigación, su objetivo general y los específicos, se seleccionó una metodología cualitativa para la recolección de datos y el análisis de estos a través del Análisis de Contenido Temático en base a la teoría fundamentada.

El estudio permitió explorar los cambios subjetivos de los participantes a partir de las intervenciones terapéuticas del tratamiento específico en patología dual, a partir del análisis de los elementos que componen los cambios subjetivos y la identificación de los aspectos relevantes que favorecen la construcción de los mismos.

#### **4.1.1 Elecciones muestrales**

##### **4.1.1.1 Informantes Calificados**

Se decidió incluir la participación de Informantes Calificados como “conocedores expertos” (Batthyány y Cabrera, 2011, p.90) del tema, con la finalidad de aportar información que permitiera profundizar en el carácter exploratorio de la investigación. Dicha información se utilizó en la triangulación de los datos para el respectivo análisis. La inclusión de información a partir de los Informantes Calificados operó también como mecanismo para el cuidado de los niveles de implicación de la investigadora, siendo

conocedora del tema por la experiencia de trabajo en la institución de la cual se selecciona la muestra.

Los Informantes Calificados fueron los integrantes del equipo técnico del centro de tratamiento, profesionales de psicología, trabajo social y psiquiatría quienes participaron de manera voluntaria en la investigación.

#### **4.1.1.2 Participantes**

La población objetivo del estudio está compuesta por los varones entre 20 y 30 años con diagnóstico de patología dual que han realizado procesos terapéuticos en el Centro de Tratamiento Integral para Patología Dual Chanaes en los dos años anteriores a la selección de la muestra.

Las características de la población de la muestra se corresponden al perfil de los usuarios atendidos en la institución desde la cual se toman los datos para seleccionar a los participantes. La muestra se conforma por varones siendo la población objetivo del centro de tratamiento. El rango de edad se constituyó en función a la media de la edad de los varones que se atienden en el centro, siendo de 25 años.

La muestra se seleccionó teóricamente por conveniencia, siendo de carácter no probabilístico, en tanto interesa el estudio de los casos en profundidad y no la representatividad estadística (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Se recurrió en primera instancia a la base de datos del centro de tratamiento para una primera selección de los participantes según los criterios de inclusión en la muestra.

La presencia de patología dual se consideró según el marco teórico de referencia. Se descartaron los usuarios con diagnóstico de retardo mental y trastorno de personalidad de tipo antisocial. El manual de referencia para los criterios diagnósticos es el CIE-10. Teniendo en cuenta la inexistencia del diagnóstico de patología dual como tal, en categorías nosológicas formales desde los manuales de psiquiatría, los diagnósticos de las personas seleccionadas se confirmaron según las consideraciones del médico psiquiatra tratante en el centro y el criterio de la investigadora, según sus nociones teórico-técnicas de referencia.

El criterio para incluir a las personas que han realizado el tratamiento en los últimos dos años se debe a la posibilidad de contactar con éstas, siendo que el programa del centro incluye un proceso de seguimiento telefónico y sistematización de datos de las personas que egresan hasta los dos años de la fecha que han egresado.

#### **Criterios de inclusión:**

1. Varones entre 20 y 30 años con diagnóstico de patología dual que realizaron procesos terapéuticos en el Centro de Tratamiento Integral de Patología Dual

Chanaes en los últimos dos años y estén dispuestos a participar voluntariamente en la investigación.

**Criterios de exclusión:**

1. Ex usuarios que realizaron tratamiento en el centro cuyos diagnósticos fueran de retardo mental o trastorno de personalidad de tipo antisocial.
2. Ex usuarios que realizaron el tratamiento que no presenten usos problemáticos de sustancias psicoactivas.
3. Ex usuarios que realizaron el tratamiento y hayan sido atendidos en procesos psicoterapéuticos por la investigadora.

**Presentación de la muestra:**

Caso	Edad	Diagnóstico	Sustancia de consumo problemático	Fecha de ingreso al centro	Fecha de egreso del centro
1	26	Esquizofrenia	Pasta Base de Cocaína	13/6/2019	22/7/2020
2	25	Esquizofrenia	Pasta Base de Cocaína	28/11/2019	22/8/2020
3	24	Esquizofrenia	Marihuana	14/11/2019	27/5/2020
4	26	Esquizofrenia	Pasta Base de Cocaína	30/7/2020	31/3/2021
5	21	Esquizofrenia	Pasta Base de Cocaína	26/8/2020	13/1/2021
6	24	Esquizofrenia	Marihuana	31/1/2019	9/11/2019

**4.1.2 Limitaciones metodológicas**

El número de la muestra obtenido presentó limitaciones en relación con las posibilidades de contactar con las personas seleccionadas en una primera instancia según la base de datos del centro de tratamiento. La muestra resultante se conformó por la mitad de los seleccionados en la primera instancia. Si bien esta situación condicionó la variable del diagnóstico de esquizofrenia que se presenta en todos los casos, se pudo establecer durante el proceso de investigación que es un diagnóstico de alta prevalencia en la población con patología dual y en el centro de tratamiento de donde surge la muestra, siendo representativo de dicha situación. La posibilidad de

acceder a los datos en forma paralela al análisis se encontró limitada por situaciones derivantes de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia de COVID-19. La interrupción en los ingresos y egresos de las personas a los dispositivos de la Red Nacional de Drogas durante tres meses incidió en que el grupo potencialmente seleccionable para el muestreo no variara, no agregándose nuevas personas a la lista que cumplieren con los criterios establecidos.

El cronograma de actividades presentado en el proyecto de investigación presentó retrasos en su ejecución a partir de la situación de emergencia sanitaria. Habiéndose tomado medidas preventivas de contagio que limitaron la circulación de las personas, con decretos establecidos desde las instituciones intervinientes en los procesos vitales de las personas seleccionadas para la muestra, así como de los organismos co-gestores del centro de tratamiento, se entendió la pertinencia de reconfigurar los encuentros para las entrevistas con los participantes para realizarlas a través de la virtualidad, una vez que la Dirección de la Maestría autorizó este medio para las investigaciones en proceso. Las limitaciones con relación a esta situación se presentaron ante la imposibilidad de establecer los encuentros presencialmente, obstaculizando los acontecimientos propios de lo presencial. Gratamente no se encontraron mayores dificultades ni distorsiones en el desarrollo de las entrevistas mediante el uso de las tecnologías.

Las entrevistas a los Informantes Calificados pudieron concretarse presencialmente con los mecanismos de cuidado recomendados por las organizaciones sanitarias.

## **4.2 Procedimientos Generales**

Se solicitaron los permisos institucionales correspondientes a las organizaciones involucradas en la gestión del centro de tratamiento desde el cual partió el desarrollo de la investigación; a la Secretaría Nacional de Drogas, al Presidente y Director General de Fundación Dianova Uruguay. Los permisos consistieron en un resumen del proyecto de investigación en el cual se explicaban las actividades proyectadas con los integrantes del equipo técnico del centro y las personas egresadas del mismo, describiendo los recaudos correspondientes a las consideraciones éticas de la investigación (ver Apéndice A.).

### **4.2.1 Procedimiento con Informantes Calificados**

Se presentó el objetivo de la investigación a cada Informante Calificado de manera personal, se explicó cómo se desarrollaría y se los invitó a participar

voluntariamente de la misma. Una vez aceptada sus participaciones, se coordinaron las entrevistas que se realizaron en sus espacios de trabajo en el centro de tratamiento.

Concretado el encuentro con cada Informante Calificado, se inició haciendo entrega de la Hoja de Información para Informante Calificado (ver Apéndice A.1.) sobre la cual se consultó por la emergencia de preguntas o comentarios una vez esta fue leída por cada técnico. Se procedió a la lectura del Consentimiento Informado para Informante Calificado (ver Apéndice A.2.) mediante la cual se reiteró la participación voluntaria en la investigación, explicitando la posibilidad de retirarse de la misma en forma libre, sin ningún tipo de impedimento ni de obligación en justificar su decisión de abandonar el proyecto. Se explicó que la contribución al estudio no debería provocar ningún tipo de daño, así como no le generaría beneficio personal de tipo económico. Se explicó sobre el respeto de la confidencialidad de los datos, ante los cuales se tomarían las precauciones correspondientes para que no sea posible la identificación en informes, publicaciones o presentaciones que pudiesen surgir a partir del estudio. Se dejó establecido que, en todo momento, se tiene el derecho a solicitar ampliación de la información o de consultar acerca de las dudas que pudieran ocasionarse contactando con la investigadora. Se entregó el Consentimiento Informado para ser firmado en sus dos vías, dando cuenta del entendimiento y la conformidad con la participación en la investigación.

#### **4.2.2 Procedimiento con Participantes**

Se realizó una revisión de la base de datos del centro para seleccionar los posibles participantes según los criterios de inclusión. En los casos que se entendió necesario, se confirmaron los diagnósticos mediante consulta al médico psiquiatra. Se contactó telefónicamente a los posibles participantes, informándoles sobre la investigación y su posible participación voluntaria en la misma, explicitando el carácter virtual de las entrevistas. Con quienes manifestaron su voluntad para participar de la investigación se consultó por el medio de comunicación que entendieran de mayor acceso y comodidad para ellos; todos escogieron la opción de videollamada. Se hicieron las consultas pertinentes en relación a las condiciones técnicas necesarias, así como las condiciones materiales concernientes para la confidencialidad y la comodidad de los participantes. Se coordinó el día y la hora de las entrevistas y se les envió la Hoja de Información para Participante con la finalidad de que pudieran consultarla en cualquier momento previo a la entrevista y pudieran contactar a la investigadora en caso de presentar consultas o comentarios.

Una vez iniciada la videollamada con cada participante, habiendo accedido a la solicitud para la grabación en audio de la entrevista, se procedió a la lectura de la Hoja

de Información para Participante (ver Apéndice A.3.). Habiendo consultado por preguntas y comentarios luego de esta primera lectura, se procedió a la lectura del Consentimiento Informado para Participante (ver Apéndice A.4.), solicitando el consentimiento en forma oral para dejar registro en la grabación habiendo sido esto acordado desde el Comité de Ética la Facultad de Psicología en coordinación con la Dirección de Maestría.

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

La recolección de datos partió de la planificación de las preguntas que darían respuesta a los objetivos de la investigación, con base en las conceptualizaciones teóricas de referencia, la experiencia de trabajo en el área y lo recogido en las entrevistas semiestructuradas a los Informantes Calificados. En función a la complejidad del tema, con el objetivo exploratorio de la investigación y la finalidad de construir conocimiento a partir del discurso de los participantes, se decidió optar por técnicas conversacionales.

Siendo que la población objetivo se condicionaría por un lugar específico de atención se entendió la pertinencia de utilizar técnicas para integrar la información proveniente de los expertos con la finalidad de profundizar en el análisis de los datos. La inclusión de esta información pretendió además ser un modo de gestión asertiva de la implicación de la investigadora por los conocimientos previos sobre el tema y el sobre el centro de tratamiento del cual surgiría la muestra.

La flexibilidad del estudio permitió una apertura en el proceso de recolección de datos que habilitó direccionar las entrevistas en función a los conceptos que aparecían con la intención de profundizar en la exploración del tema según se entendía su pertinencia.

#### **4.3.1 Entrevista Semiestructurada con Informantes Calificados**

Se eligió la entrevista semiestructurada como instrumento para la recolección de datos de los Informantes Calificados. Entendiendo el lugar privilegiado de los Informantes sobre la información inherente al tema de la investigación, las entrevistas se planificaron con el objetivo de contextualizar los aspectos relacionados a la población objetivo y las prácticas de intervención y de explorar sus perspectivas en relación a los procesos de cambio subjetivo de los usuarios de dichas intervenciones (ver Apéndice B.).

El diseño semiestructurado de las entrevistas permitió la flexibilidad suficiente para que cada Informante se explayara en sus exposiciones en coherencia con las delimitaciones del tema investigado. La técnica conversacional habilitó la libre expresión

de los Informantes en cuanto a sus perspectivas acerca de los procesos terapéuticos realizados en el centro de tratamiento.

#### **4.3.1.1 Procedimiento de recolección de datos con entrevistas semiestructuradas a Informantes Calificados**

Se realizaron un total de 4 entrevistas semiestructuradas, una por cada Informante Calificado. En función a la emergencia sanitaria el cronograma previsto para la realización de las entrevistas fue interrumpido. Ante esta situación, la primera entrevista se concretó en enero de 2020, suspendiéndose la coordinación de las restantes hasta octubre del mismo año cuando se pudo retomar con el proceso. Entre octubre y noviembre del 2020 se concretaron las entrevistas a los Informantes Calificados que tuvieron lugar en los espacios de trabajo de los entrevistados en el centro de tratamiento, contemplando los cuidados necesarios según los protocolos sanitarios.

Las entrevistas fueron registradas en grabaciones de audio con apoyo de registros escritos emergentes para la inclusión de nuevas preguntas en función a las exposiciones. Las grabaciones fueron transcritas textualmente para el análisis de los datos.

#### **4.3.2 Entrevista en Profundidad con Participantes**

Fundamentada en los objetivos de la investigación sobre la exploración de lo subjetivo se escogió la entrevista en profundidad como instrumento para la recolección de datos con los participantes. “El estilo especialmente abierto de esta técnica permite la obtención de una gran riqueza informativa (intensiva, de carácter holístico o contextualizada), en las palabras y enfoques de los entrevistados” (Valles, 1999, p.196). Se consideró la pertinencia de esta técnica conversacional por su oportunidad de profundizar en la información, a partir de la flexibilidad y espontaneidad que habilita, y por el carácter de intimidad y comodidad que confiere para los entrevistados.

Se utilizó un guion para las entrevistas en profundidad con la finalidad de orientar los aspectos a ser cubiertos en las conversaciones con los entrevistados. El guion operó como material de apoyo para la investigadora, adaptándose al contexto y la dirección que fue tomando cada entrevista (ver Apéndice B).

#### **4.3.2.1 Procedimiento de recolección de datos con Entrevistas en Profundidad a Participantes**

Se realizaron un total de 6 entrevistas en profundidad durante mayo y junio del 2021. La modalidad virtual utilizada para la realización de las entrevistas favoreció la

accesibilidad de los entrevistados para la participación en las mismas, encontrándose sus lugares de residencia en distintas localidades del país, uno de ellos radicado en el extranjero.

El proceso de recolección de datos en forma paralela a su análisis habilitó que se concretaran dos entrevistas en profundidad en algunos de los casos en los que consideró la profundización de la información. El registro escrito espontáneo durante las sesiones de entrevista permitió la inclusión y profundización de la información compartida por los entrevistados.

Las entrevistas fueron registradas en grabaciones de audio que fueron transcritas textualmente, obteniendo el material en bruto para el análisis de los datos.

#### **4.4 Procedimiento para el análisis de los datos**

A partir del objetivo exploratorio y descriptivo de la investigación con relación a los constructos subjetivos de los participantes, el análisis de los datos se basó en el método de Análisis de Contenido Temático (ACT) basado en la Teoría Fundamentada. “En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí. Un investigador no inicia un proyecto con una teoría preconcebida (a menos que su propósito sea elaborar y ampliar una teoría existente). Más bien, comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos” (Strauss y Corbin, 2002, p.22).

Con la intencionalidad de descubrir conocimientos a partir de las perspectivas de los sujetos, se utilizó el Análisis de Contenido Temático (ACT) para el análisis de los datos de las entrevistas en profundidad. Los datos resultantes de los procesos de codificación y categorización se fueron articulando paralelamente con la información proporcionada por los Informantes Calificados y las categorizaciones conceptuales de las referencias teóricas, resultando en una matriz categorial que permitió redundar en el análisis a través de comparaciones e interrelaciones para la comprensión más abarcativa del tema.

El análisis de los datos implicó en todo momento una actividad simultánea de los distintos procesos de codificación, configurándose en acciones dinámicas y dialécticas que fueron ampliando el tema de investigación a partir de los distintos elementos emergentes del propio análisis. En este sentido, el procedimiento para el análisis de los datos que se explicará a continuación adquiere un valor descriptivo que no alcanzará a reflejar la complejidad de las articulaciones supuesta en el análisis de los datos.

Se inició con una codificación abierta de los datos, examinando el material cuidadosamente mediante el microanálisis: “detallado análisis, línea por línea, necesario al comienzo del estudio para generar categorías iniciales (con sus propiedades y

dimensiones) y para sugerir las relaciones entre ellas” (Strauss y Corbin, 2002, p. 63). El proceso de codificación abierta supuso la descomposición de los datos para la búsqueda de similitudes y diferencias que resultasen en el descubrimiento de los conceptos. En este proceso se utilizaron técnicas de apoyo que favorecieran esta primera fase de análisis; uso de diagramas, memorandos, identificación de “códigos in vivo” (Strauss y Corbin, 2002, p.114), comparaciones teóricas. El proceso de conceptualización permitió agrupar los elementos comunes que fueron emergiendo de los datos, habilitando la comprensión de conceptos más amplios a partir de los cuales se construyeron las categorías. Se continuó con el proceso de codificación axial, enfocado en el análisis de los datos por categorías, estableciendo las relaciones entre éstas, con sus subcategorías, y configurando sus propiedades y dimensiones. A través de la codificación selectiva, con apoyo de las distintas técnicas que se explicitaron anteriormente, se procedió al refinamiento e integración de las categorías. La codificación selectiva, como lo describen Strauss y Corbin (2002) “se da con el correr del tiempo; comienza con los primeros pasos en el análisis, y a menudo no termina sino en la escritura final” (p.177). Las codificaciones que se desarrollaron en el análisis de los datos supusieron una tarea reflexiva constante, vasta en cuestionamientos conceptuales y comparaciones teóricas que resultaron en diversos momentos de ajustes categoriales.

La finalización de estos procedimientos analíticos se determinó a partir de que se pudo encontrar un sentido de proceso en la lectura de los datos, lo que habilitó una resignificación en el análisis. Este proceso pudo observarse a través de la matriz categorial que diagrama las categorías conceptuales identificadas en los datos, pudiendo establecer en ella las relaciones entre sus distintos elementos. La matriz permite visualizar la multiplicidad de conexiones que aparecen entre sus componentes, favoreciendo nuevas líneas de análisis en los datos.

#### 4.5 Presentación de datos en la Matriz Categorical

Categorías centrales	Subcategorías	Dimensiones	Componentes
Proceso hacia la ayuda	Momento crítico	Malestar subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malestar afectivo</li> <li>• Presencia de síntomas psicóticos</li> <li>• Consumo compulsivo</li> </ul>
		Daños en el entorno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro en los vínculos con la familia</li> <li>• Dificultades en el relacionamiento con el entorno</li> </ul>
	Demanda de ayuda	Reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto con el límite</li> <li>• Conocimiento por tratamientos previos</li> <li>• Expectativas</li> </ul>
		Promoción de demanda desde el entorno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde la red social</li> <li>• Desde lo judicial</li> </ul>
Relación terapéutica	Acciones terapéuticas	Estructura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno normativo</li> <li>• Convivencia</li> <li>• Contención afectiva y confianza</li> </ul>
		Actividades terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutina</li> <li>• Espacio de diálogo</li> <li>• Espacio psicoterapéutico</li> <li>• “Medicación”</li> <li>• Herramientas y habilidades psicosociales</li> <li>• Gestión del consumo</li> </ul>
	Cambio subjetivo	Reconocimiento y resignificación de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento sobre sí mismo</li> <li>• Reconocimiento de sí mismo</li> <li>• Aceptación de la continuidad del tratamiento</li> </ul>
		Percepción de modificaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de competencia</li> <li>• Mejora afectiva</li> <li>• Organización de pensamiento</li> <li>• Mejora en el relacionamiento</li> </ul>
Evolución de lo terapéutico	Acciones orientadas	Acciones de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización del cotidiano</li> <li>• Gestión de riesgos</li> <li>• “Aprendiendo”</li> </ul>
		Acciones de integración social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos sociales primarios.</li> <li>• Grupos sociales secundarios.</li> </ul>
	Búsqueda de apuntalamiento subjetivo	Búsqueda de lazo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de pertenencia</li> <li>• Valoración social</li> </ul>
		Construcción de sentido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperación de lo familiar</li> <li>• Normalidad</li> <li>• Proyectos de vida</li> </ul>

## 5 Análisis de datos y resultados

### 5.1 Consideraciones Generales

El análisis de los datos se realizó mediante Análisis de Contenido Temático (ACT) basado en la Teoría Fundamentada. La codificación de los datos resultó en la organización de la matriz en tres categorías centrales: “Proceso hacia la ayuda”, “Relación terapéutica” y “Evolución de lo terapéutico”. Las categorías centrales resultantes de los procesos de codificación de los datos presentan una lógica secuencial que describe una temporalidad de las experiencias relatadas por los entrevistados en relación con sus procesos de tratamiento. Las subcategorías que componen las categorías centrales se conforman a partir de una lógica dinámica, no estática y no necesariamente secuencial. Los componentes de las dimensiones, así como las dimensiones en sí mismas, aparecen en forma secuencial o simultánea, con mayor o menor carga valorativa entre los entrevistados y en diferentes tiempos del proceso. Los elementos de la matriz se articulan en relaciones dinámicas y dialógicas, por lo cual la presentación del análisis de los datos y resultados agrupados a partir de las Categorías Centrales se plantea con la finalidad de organizar la lectura.

### 5.2 Análisis de los datos y resultados en Categorías Centrales

El análisis de los datos se presenta en la articulación con la información recogida de las entrevistas a Informantes Calificados y las conceptualizaciones teóricas de referencia. Entre éstas, se destacan particularmente la categorización de Krause y su equipo (2011; Krause y Dagnino, 2006; Krause et al., 2006; Valdés et al. 2005; Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio, 2012) sobre las etapas que conforman el cambio subjetivo.

#### 5.2.1 Categoría Central: Proceso hacia la ayuda.

<b>Proceso hacia la ayuda</b>	<b>Momento crítico</b>	<b>Malestar subjetivo</b>
		<b>Daños en el entorno</b>
	<b>Demanda de ayuda</b>	<b>Reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto</b>
		<b>Promoción de demanda desde el entorno</b>

La primera categoría se denominó “Proceso hacia la ayuda”. A partir de los datos se identificaron los componentes asociados a ciertas percepciones de un “momento crítico” que, en el relacionamiento con el entorno de los sujetos, motivaron el “proceso hacia la ayuda”. En este primer momento los entrevistados no tienen conocimiento del tratamiento que realizarán, lo que se empieza a conformar es un camino hacia una “ayuda”, motivo por el cual se decidió denominar la categoría en este sentido general.

La definición de esta categoría se basa en la primera fase del proceso de cambio propuesto por Krause (2011), la fase de la búsqueda de ayuda profesional, en tanto se constituye como la etapa en la que se inicia el proceso psicoterapéutico hacia el cambio subjetivo. Se decidió hacer énfasis en la noción de proceso para la nominación de esta categoría y no en la experiencia de búsqueda, como plantea Krause (2011), en tanto la actividad de búsqueda no se presenta de manera significativa por todos los entrevistados, en relación al nivel de autonomía que esto implica, sino que la ayuda aparece también posibilitada mediante la promoción del entorno inmediato en el que se encuentran.

Esta categoría central se conforma y define a partir de dos subcategorizaciones que pueden ser entendidas desde lo procesual: “Momento crítico” y “Demanda de ayuda”. Los componentes de ambas se relacionan de manera dinámica, apareciendo de manera simultánea, en mayor medida algunos que otros, variando en el nivel de significancia según el momento y según cada entrevistado.

#### 5.2.1.1 Momento crítico.

<b>Momento crítico</b>	<b>Malestar subjetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malestar afectivo</li> <li>• Presencia de síntomas psicóticos</li> <li>• Consumo compulsivo</li> </ul>
	<b>Daños en el entorno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro en los vínculos con la familia</li> <li>• Dificultades en el relacionamiento con el entorno</li> </ul>

La subcategoría “momento crítico” agrupa los elementos vinculados a las vivencias que se presentan previo al contacto con la ayuda y que incidirán en la “demanda de ayuda”. El “momento crítico” supone la experimentación de una crisis en la que aparece una carga emocional creciente que se manifiesta a través del “malestar subjetivo” en la presencia de síntomas: el “malestar afectivo”, la “presencia de síntomas psicóticos” y el “consumo compulsivo” de sustancias. Lo sintomático se presenta también a través de los “daños en el entorno” asociados a las problemáticas que aparecen en la vinculación con el entorno inmediato de los sujetos: “el deterioro en los vínculos con la familia” y “las dificultades en el relacionamiento con el entorno”.

### **1) Malestar subjetivo.**

El malestar subjetivo se conforma de componentes asociados a las experiencias y vivencias subjetivas que los entrevistados describen acerca del momento previo al contacto con la ayuda y que presentan un carácter negativo, con una carga emocional de gran intensidad. Los componentes aparecen en función a la sintomatología de los sujetos en el “momento crítico”.

#### Malestar afectivo

El componente del malestar afectivo se presenta en los datos en relación a las diferentes situaciones vitales previas al contacto con la ayuda, siendo determinado en función a las vivencias que se experimentan en este momento.

*“Recuerdo que una vez estaba durmiendo en la calle y me desperté porque un loco me estaba revisando para robarme ¿viste? Y al final me desperté y me fui o sea, yo no tenía como ir al baño no tenía nada y bueno, fue horrible. La verdad fue horrible.”*  
(E1)

*“Dormir en la calle. Este, tener que ir a bañarme a lugares que no conocía, gente que no conocía que me dejaba. Digo tener la ropa en diferentes lugares, en casas, para que no se me rompa ni se me la roben de noche y bueno. Inseguridades y un millón de cosas más, digo, de verdad complicado.”* (E2)

*“Yo estaba inestable estaba a la deriva digamos sin un rumbo determinado sin ningún objetivo ni nada que me llevara hacia delante y eso, vivía el día a día digamos con lo que lo que podía, lo que se me cruzara, lo que me encontrara en ese momento. Y a veces me llevaba a estar en la calle, durmiendo en casas abandonadas o este, en garitas o viviendo en casa de mis amigos por ahí viste, este bastante descuidado y bueno hasta que llegó un momento que mentalmente estaba bastante deteriorado bajo consumo de sustancias.”* (E3)

*“Y estaba medio mal, medio mal no, bastante.”* (E4)

*“Ya no tenía apoyo, no tenía forma de conseguir dinero porque no tenía los recursos o sea no, que estaba en la calle y ya al no poder, no tener ni las ganas de lavarme la ropa, no tenía manera de conseguir nada, estaba estancado y estaba loco.”*  
(E6)

Las vivencias subjetivas aparecen asociadas al malestar, presentándose con mayor carga emocional en quienes se encuentran en situación de calle, en la incidencia de una vivencia de desprotección por la propia exposición a la misma y por el hecho de que el entorno no los protege más. La desprotección asociada a la pérdida de las redes de contención socioafectivas, se vinculará con los componentes de la siguiente dimensión, en relación al “deterioro en los vínculos con la familia” y las “dificultades en el relacionamiento con el entorno”.

Una de las Informantes Calificadas se refiere a la vulnerabilidad como una de las características de las personas que realizan tratamiento en el residencial. *“Nos pasa que hay mucha población con un contexto socioeconómico muy vulnerable en donde muchas veces hay hacinamiento o incluso hay situación de calle o viven en refugios o no tienen una solución habitacional, una solución firme digamos por decirlo de alguna forma, habitacional, que eso también implica para mí un grado de vulnerabilidad al momento de pensarse en el afuera. [...] Muchas veces los usuarios que ingresan ya tienen como los vínculos bastante deteriorados, entonces esto implica que en realidad se encuentren como muy solos o sin un referente socioafectivo bastante presente.”* (IC2)

#### Presencia de síntomas psicóticos

El “malestar subjetivo” se compone por la aparición de síntomas que se asocian principalmente a la desorganización del pensamiento. Lo psicótico se presenta en la percepción de lo alucinatorio y lo delirante que el sujeto experimenta como extraño a sí mismo y que incide en un modo particular de vincularse con el entorno inmediato.

*“Empecé a escuchar voces de gente, veía cosas que no estaban [...] Creía lo que existía en mi mente, pero no me daba cuenta de quién yo era en su momento.”* (E2)

*“Es como que me vuelvo así eh, cómo que no sé todo lo que pase a mí me da igual y sé que, tengo presente lo que la gente está haciendo mal y todo está mal y hay que corregirlo, pero o sea es como así violento, impotente, de querer imponer así. Ese sería el Fabio, el Fabio enfermo, por lo que yo percibiría como esa psicosis.”* (E3)

*“Me diagnosticaron esquizofrenia por un consumo abusivo de cocaína.”* (E4)

*“Me llevó a tener delirios, delirio fuertes, [...] terminé muy mal.”* (E6)

La “presencia de síntomas psicóticos” es asociado en los datos al “consumo compulsivo” de sustancias, conformando la sintomatología que se establece para los

diagnósticos de patología dual. Si bien los criterios de inclusión para la selección de la muestra de la investigación comprenden trastornos del humor y trastornos de personalidad, con exclusión del trastorno antisocial, todos los entrevistados presentan diagnósticos de esquizofrenia.

Los Informantes Calificados se refieren a las características de personalidad que aparecen como comunes a las personas que realizan el tratamiento y que se relacionan con la patología. *“Si vamos más que nada al diagnóstico, la esquizofrenia por ejemplo es una que prevalece acá en el centro y en la línea ésta también está el tema a veces de la desmotivación, es una de las características que aparece que va arraigado a esta patología digamos.[...] El tema de los vínculos también, la desafectivización que aparece a veces también. Y bueno el tema de los hábitos también que va de la mano de la historia de vida de ellos y de la mano también de lo patológico.”* (IC1) *“El manejo de las frustraciones. Bueno a la hora de regular sus emociones la mayoría con un tema de enojo, de ansiedad. Esas como dificultades más personales después hay dificultades más a nivel familiar con respecto a los vínculos primarios, vínculos secundarios, dificultades en la comunicación. Dificultades para sostener relaciones. Después dificultades para sostener en el ámbito laboral, para sostener lo educativo, lo académico. Para adherirse a los tratamientos, la mayoría ya ha pasado por varios tratamientos, dificultades para tener conciencia de sus propias dificultades, del porqué llegan acá. Y también para sostener en el afuera después, como para la parte de reinserción laboral. Como que hay varias dificultades en lo que es la estabilidad y el sostener los diferentes aspectos de su vida.”* (IC3) *“Varios tienen como una personalidad donde hay aspectos como más impulsivos, la impulsividad, la dificultad para la utilización de la palabra también pasa muy seguido, en realidad es algo que se trabaja mucho porque es más lo que responde al pasaje al acto y la acción que la utilización de la palabra.”* (IC2)

### Consumo compulsivo

El “malestar subjetivo” se compone también de las vivencias asociadas al consumo de drogas y la compulsividad ante la relación de dependencia con las mismas.

*“Y a lo primero estaba bueno. Porque yo empecé fumando marihuana. Ya a lo primero estaba bueno. Me reía, me ponía contento. Porque es lo que hace la sustancia esa. Te hace reír, te hace poner contento. Pero después de eso seguí con la cocaína. Que la cocaína te hace sentir también. Te sube el ánimo todo. Y bueno, después. Después seguí con la pasta base. También lo mismo, te eleva hasta el cielo y en un par de minutos estás deseando tener otra vez, de volver a la sustancia. [...] Lo que pasa que uno cuando está consumiendo te importa eso nomás, no importa lo demás.”* (E1)

*“De no darte cuenta de que estás haciendo daño y seguir convencido de que está bien lo que estás haciendo porque te hace pasar el rato.” (E3)*

*“Y estaba muy desbundado con la droga.” (E4)*

*“Porque estaba totalmente vendado, con los ojos vendados, no quería asumir que lo único que quería era seguir consumiendo y eso.” (E5)*

*“Salir de un mundo en el que tenía que fumar porro todo el tiempo y esas cosas se me hizo un poco más complicado, todo lo que quería hacer era fumar.” (E6)*

La base de datos utilizada en el residencial, siguiendo los lineamientos que establece el Observatorio Uruguayo de Drogas, determina para cada usuario la sustancia psicoactiva que se reconoce como “la problemática”, considerada sobre la cual se perciben mayores complicaciones a partir de su consumo. Esto supone que la mayoría de los usuarios presentan policonsumo de sustancias psicoactivas a pesar de que se identifique una como la más problemática. En el caso de los entrevistados, 4 identifican a la Pasta Base de Cocaína y 2 a la Marihuana. Este dato, en articulación al énfasis que se hace en las citas sobre la relación de dependencia a las sustancias, adjudica relevancia a la vinculación del sujeto con las mismas independientemente del tipo de droga que se consume. En esta vinculación, los datos presentan una vivencia de búsqueda asociada a los placeres en el consumo, como refiere el E1, en simultáneo a otra vivencia contrapuesta, en el reconocimiento de lo perjudicial.

La comprensión del sentido que tiene para cada sujeto el vínculo con la droga supone pensar el consumo de sustancias ligado a lo subjetivo y al padecimiento. El IC4 plantea: *“Yo siento que vienen como en el piso y bueno ta’ lo levanto y le muestro que vale la pena también, en esto porque afuera a veces es difícil imaginarse que valga la pena hacer. Porque el consumo no deja de ser un momento de placer para ellos, si bien trae atrás un montón de quilombos y cosas pero capaz que es el momento de placer del día, pude dar unos pipazos y capaz que de las veinticuatro horas fueron quince minutos que lo pude disfrutar y me sentí bien. Y después es una desgracia atrás de otra. Entonces a veces no entender qué hay atrás de ese consumo que buscan algo que no lo están encontrando por ningún otro lado.” (IC4)*

El carácter compulsivo que aparece en los datos se presenta asociado a una experiencia de ajenidad con el consumo. Esta ajenidad se relaciona con la percepción de las situaciones problemáticas ocasionadas por el consumo en un tiempo posterior a

la emergencia de las mismas. Ejemplo de esto son los datos que se presentan en la dimensión siguiente, sobre los “daños en el entorno”; el “deterioro en los vínculos con la familia” y las “dificultades en el relacionamiento con el entorno” se perciben tiempo después de ocasionados. La ajenidad relacionada a lo compulsivo como componente que se inscribe en el “malestar subjetivo” se puede pensar como mecanismo defensivo ante el monto de angustia que podría producir el contacto con las vivencias en el “momento crítico”. Esto puede comprenderse relacionado a las características que describe el IC4 sobre los usuarios de drogas: *“Ni hablar que la personalidad del consumidor es algo que los une a todos. Muchas veces dada por, que es parte yo creo del consumo, la mentira, la manipulación de unas cosas que son necesarias para consumir, necesarias para consumir en los ámbitos que consumen ellos ¿no? Que a veces se tienen que manjar en lugares y situaciones complicadas. [...] Y después la minimización me parece también, por lo menos a mi me aparece en los espacios que muchas veces a los gurises les cuesta mucho realmente mostrar todas las consecuencias que tiene el consumo, si bien algunas son espantosas las consecuencias y logran verlas pero me parece que se minimiza mucho en general. Las personas que consumen minimizan su consumo.[...] Y a veces con un poco de negación. También con un poco de vergüenza, de pudor ¿no? Porque estar enganchado a una sustancia que te genera un montón de conductas que muchas las consideran horribles.”* (IC4)

Los datos presentados en esta dimensión muestran las relaciones dinámicas que aparecen entre sus componentes; el “malestar afectivo”, la “presencia de síntomas psicóticos” y el “consumo compulsivo” de sustancias psicoactivas inciden unos en otros, en diferentes niveles para cada sujeto, generando un “malestar subjetivo”. Las asociaciones que se generan entre estos componentes, en articulación con los aportes de los Informantes Calificados y las conceptualizaciones de las referencias bibliográficas, coinciden en la definición de la patología dual.

## **2) Daños en el entorno.**

Los componentes asociados a los daños en el entorno se presentan en los datos como las consecuencias de los comportamientos vinculados al “momento crítico”. Aparecen como síntomas en el ámbito vincular, generando el “deterioro en los vínculos con la familia” y “dificultades en el relacionamiento con el entorno”.

### Deterioro en los vínculos con la familia

El deterioro en los vínculos con las personas del entorno más próximo es un componente que se repite en las entrevistas. Este deterioro es asociado al malestar que

se reconoce en los otros a partir de las situaciones problemáticas que se generan por la aparición de los síntomas. En los datos se observa que esto, asociado a la cantidad de tratamientos y hospitalizaciones y las nuevas situaciones de consumo generan un deterioro en los vínculos primarios que en ocasiones finaliza en la pérdida del contacto con la familia y la situación de calle.

*“Por un tiempo, la destruyó, (la situación de consumo) destruyó a mi familia y a mí.” (E1) “Seguramente se deprimían mucho. Porque veían que yo andaba en malos pasos ¿no? Se preocupaban.” (E1)*

*“Con mi abuela. Yo me crié acá. Lo que pasa que me fui muchos años. A los 12 tomé la decisión de irme que bueno, y ta.” (E2)*

*“Yo estaba desencadenando mucho, mucho dolor en mi familia. En la gente que me quiere, en mí mismo.” (E3)*

*“Porque ta yo salía y no, mi madre salía a las seis de la mañana a trabajar y yo venía el otro día después que ella se había ido yo venía comía y a las 3 de la tarde ya estaba en la calle de vuelta y no nos veíamos nunca.” (E5)*

*“Ya no tenía apoyo.” (E6)*

El “deterioro en los vínculos con la familia” se relaciona con la dimensión anterior en tanto sus componentes interaccionan con los componentes del “malestar subjetivo” asociado a la vivencia de pérdida de los vínculos con los referentes socioafectivos. El deterioro en los vínculos se puede plantear como consecuencia del “malestar subjetivo” y como causa del mismo, en tanto la percepción que los sujetos hacen sobre “el deterioro en los vínculos con la familia” inciden en el “malestar subjetivo” experimentado y en tanto se agrega la situación de desprotección del entorno en quienes finalizan en situación de calle.

El deterioro en los vínculos se presenta como una de las características de las personas con patología dual según las referencias teóricas, coincidiendo con los aspectos que los Informantes Calificados describen de las personas que llegan al tratamiento, citados en la dimensión anterior.

### Dificultades en el relacionamiento con el entorno

Este componente agrupa los elementos que los entrevistados refieren como dificultades en sus modos de relacionarse en sus entornos en diferentes esferas de sus vidas en función al “consumo compulsivo” de sustancias y la “presencia de síntomas psicóticos”.

*“Cuando estás consumiendo te importa eso nomás no importa lo demás. Y después, cuando pones los pies en la tierra, decis bueno, tengo que hacer esto y así.”*  
(E1)

*“Entonces cuando empecé a ver que las cosas que yo veía y escuchaba tenía repercusión en la vida real quise salir de eso porque iba a tener problemas graves ¿no? Con la justicia y con la gente.”* (E2)

*“Esta ocasión ya fue un poco, un poco más grave la cosa porque ya yo me me animé digamos a cometer delitos, empezar a robar y empezar a viste, cosas más complicadas digamos. [...] Eso es lo que me pasaba a mí por lo menos yo pensaba que lo que estaba haciendo estaba bien para mí, pero no veía todo lo que estaba pasando a mi alrededor, lo que estaba desencadenando, lo que estaba haciendo.”* (E3)

*“Conseguía un trabajo o algo y ganaba bastante bien y me gastaba mucha plata en droga. Como me mantenía mi madre y todo eso no tenía que gastar en nada entonces me gastaba la plata en eso.”* (E4)

*“Al principio iba al liceo y de un día para otro decidí no entrar más por consumir drogas y ta ya dejé el liceo.”* (E5)

Las dificultades aparecen asociadas a diferentes dimensiones de la vida de los sujetos; lo económico, lo laboral, lo académico, lo comunitario, lo judicial. Las “dificultades en el relacionamiento con el entorno” en asociación con el resto de los componentes presentados inciden en la situación de vulnerabilidad de los sujetos, en el agregado del deterioro o la pérdida de las redes sociales e institucionales que podrían operar como apuntaladores subjetivos. Se produce una desafiliación social resultante de la asociación entre la desconexión del propio sujeto con el entorno y la incapacidad de las instituciones para atender las problemáticas que se presentan, reproduciéndose así una lógica de exclusión social.

Los datos aparecen asociados nuevamente a la idea de ajenidad que se presentaba vinculado a lo compulsivo del consumo, implicando que el reconocimiento de las “dificultades en el relacionamiento con el entorno” aparecen en momentos posteriores, como plantea el E1 “*cuando ponés los pies en la tierra*”.

Comprendiendo esta desconexión del sujeto con el entorno a partir de las relaciones que se presenta entre todos los componentes del “momento crítico”, se puede pensar que la situación de crisis que se manifiesta en la incidencia del consumo y los síntomas psicóticos produce cierta imposibilidad afectiva y cognitiva en los sujetos para conectar con la realidad cotidiana compartida. Esta desconexión que aparece en los datos asociada a la idea de “ser otro” es percibida por los entrevistados en diferentes momentos posteriores a la situación de crisis, lo que incide en las dimensiones a partir de las cuales se genera la “demanda de ayuda”.

#### 5.2.1.2 Demanda de ayuda.

<b>Demanda de ayuda</b>	<b>Reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto con el límite</li> <li>• Conocimiento por tratamientos previos</li> <li>• Expectativas</li> </ul>
	<b>Promoción de demanda desde el entorno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde la red social</li> <li>• Desde lo judicial</li> </ul>

En esta subcategoría se agrupan componentes relacionados con los modos en los que se genera la “demanda de ayuda” y que se presentan en dos dimensiones, asociadas al nivel de implicación de los entrevistados en dicho proceso. La demanda se genera a partir del “reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto” y por la “promoción de la demanda desde el entorno”, configurando dos dimensiones que se relacionan dinámicamente de manera que los componentes de ambas pueden aparecer de manera simultánea, con mayor incidencia unos que otros para algunos entrevistados en este momento determinado o con diferentes niveles de significación en distintos momentos del proceso.

##### 1) Reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto.

Esta dimensión presenta los datos asociados al “reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto” en el proceso de la “demanda de ayuda”. Los datos se relacionan con la capacidad que los sujetos presentan para conectar con las vivencias en el “momento crítico” y los elementos que los promueven a buscar la ayuda en función a sus recursos personales. Se relaciona con la “autopercepción crítica” que plantea

Krause (2011) que remite a la posibilidad de la persona para pensarse críticamente y reconocer que algo no está bien, elemento esencial para la relación de ayuda.

### Contacto con el límite

Los datos se reiteran desde la noción de “tocar fondo” como una situación en la que se llega a un límite en el cual se producen pérdidas y un malestar subjetivo tal que determina irremediabilmente en un tratamiento.

*“Querer algo que te hace mal no da. Bueno, eso es. No quiero algo que me haga mal para mi vida y bueno tomé la decisión y por eso lo logré. [...] Y claro porque yo había tocado fondo, ya me mandaba cualquiera.” (E1)*

*“Así que bueno, eso me hizo frenar realmente porque no daba para más ya.” (E2)*

*“Ya fue una situación límite que llevó a que yo tuviera que internarme”. (E3)*

*“Más bien mirá yo tuve la idea (de buscar tratamiento) porque me veía medio arruinado.” (E4)*

*“Terminé muy mal, terminé en el horno y no tenía otra solución más que ir a internarme. [...] Siempre había una situación en la que yo estaba bien en el fondo, porque me pasó dos veces ¿no? Nada, eso era más o menos estar en el horno.” (E6)*

El “contacto con el límite” se presenta como vivencia de crisis en tanto se experimenta el enfrentamiento con los propios límites en la imposibilidad de resolver el gran monto de “malestar subjetivo” (Krause, 2011). “La confrontación con los propios límites” (Krause, 2011, p.68) habilita los dos primeros indicadores de cambio genérico: *aceptación de la existencia de un problema; aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda*. En los datos, el componente “contacto con el límite” posibilita el “reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto”.

La noción de “tocar fondo” se repite por los Informantes Calificados asociada al “malestar subjetivo”, principalmente por el reconocimiento de los sujetos de los “daños en el entorno” generados a partir de sus comportamientos en el “momento crítico”. *“Toqué fondo o algo como una situación límite. [...] Termina siendo un relacionamiento y un vínculo con un otro los que les hacen tocar fondo.” (IC2) “El autoestima y el amor propio ¿no? Algo que tenga que ver con `bueno, yo quiero ser algo diferente´. Son gurises que vienen muy baqueteados también en eso. Como muy dolidos. Porque*

*también a veces yo que sé, al que no pasó por eso cuesta imaginarse pero una persona que vendió toda su ropa para consumir, que se metió en líos, que violentó a otras personas. Porque muchos de ellos tuvieron que robar o rapiñar o que violentó a su propia familia. Entonces, yo creo que eso es como tocar fondo.” (IC4)*

El componente “contacto con el límite” resulta de las relaciones dinámicas que aparecen entre los componentes de las dimensiones que se presentaron anteriormente, en la subcategoría “Momento crítico”. Como componente del “reconocimiento de la necesidad de ayuda” es significado positivamente en función a la oportunidad de cambio que promueve. *“Ese toqué fondo en realidad es como esto de crisis oportunidad. Muchas veces este toqué fondo los habilita a realizar un cambio y cuando ellos vienen muchas veces dicen `no, me interné porque toqué fondo, porque no pude más’, porque me di cuenta que ya necesitaba un otro que me ayude de una forma constante. Porque además uno puede identificar que necesita ayuda de profesionales y puede hacerlo ambulatorio, cuando buscan un residencial es, por lo menos desde mi perspectiva, ya es como esto de bueno, toqué fondo y necesito una ayuda constante en el tiempo, necesito salir de mi contexto, salir de donde estoy.” (IC2)*

#### Conocimiento por tratamientos previos

Otro componente que promueve el “reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto” es el “conocimiento por tratamientos previos”. De los datos se desprenden diversas experiencias de contacto con la ayuda y de tratamientos de diferentes índoles previos al tratamiento en el residencial que inciden en la “demanda de ayuda”, en tanto existe un conocimiento previo sobre los servicios de atención que favorece la accesibilidad a los mismos.

*“Entré al Vilardebó y bueno después de eso fue que, después de estar un año en Vilardebó me derivaron a Chanaes.” (E1)*

*“Había tenido una anteriormente (internación en Vilardebó) y después en lugares privados.” (E2)*

*“Ya esta es la cuarta vez que estoy internado, que estuve internado.” (E3)*

*“Vilarebó, estuve internado ahí.[...] Me atendían en el Hospital Maciel, iba a buscar la medicación y eso.” (E4)*

*“Estuve en otra clínica [...] Y estuve tres meses y me vine y no me sirvió de nada porque volví a lo mismo.” (E5)*

*“Yo en realidad tengo más internaciones. Tengo, así estadía larga tengo esas dos en Chanaes y tengo tres más en Vilardebó. [...] Como a esa altura ya los conocía y todo cómo que no me costó tanto hacer lo que era el tratamiento, al yo ya conocer más la rutina y todo.” (E6)*

Todos los entrevistados han tenido experiencias previas al residencial, lo que presenta coherencia con el alto porcentaje de hospitalizaciones de la población con patología dual y con los mecanismos de ingreso a los tratamientos específicos para la problemática. El “proceso hacia la ayuda” aparece determinado por el “conocimiento por tratamientos previos” siendo que los sujetos buscan la ayuda en los servicios establecidos para la problemática específica que están atravesando, lo que supone el conocimiento de los servicios y el entendimiento de que sus problemáticas pueden resolverse en los mismos. Esto presenta relación con el indicador de cambio genérico 3: *la aceptación del terapeuta como profesional competente* (Krause y Dagnino, 2006, p. 290) siendo que aparece una correlación entre los modelos explicativos de los sujetos sobre sus propios problemas y los modelos explicativos de los servicios de atención que se buscan. Para aquellos, a quienes la ayuda se establece en forma externa a su voluntad, *la aceptación del terapeuta como profesional competente*, podrá presentarse a partir de la “relación terapéutica” (categoría central siguiente).

Las experiencias previas de tratamiento son referidas además por los Informantes Calificados en relación con una mayor posibilidad de generar cambios subjetivos. *“La minoría son los que hacen cambios. La gran mayoría yo creo que, o por lo menos a veces también depende de los procesos que tengan ¿no? También nos ha pasado de gurises que han pasado varias veces y que también ves la evolución y que ves que a medida que tienen más procesos arriba hacen como más cambios. [...] Y también los procesos previos porque a veces los gurises sólo tuvieron esos espacios para poder pensar en tratamientos o internaciones. Entonces también los que tuvieron más momentos, porque a veces también es difícil acceder a una psicoterapia afuera. Entonces también a veces decís este pibe los únicos momentos que puedo hacer una psicoterapia fue cuando estuvo internado.” (IC4)*

### Expectativas

Las “expectativas” aparecen en los datos en función a la esperanza de mejorar, a partir de las relaciones dinámicas de los componentes presentados anteriormente. A

partir del “contacto con el límite”, las “expectativas” aparecen como la consolidación del reconocimiento de lo que estaba generando dificultades en el “momento crítico”: “malestar subjetivo”, “presencia de síntomas psicóticos”, “consumo compulsivo”, “deterioro en los vínculos con la familia” y “dificultades en el relacionamiento con el entorno”; y la transformación de estos componentes con un sentido prospectivo, en lo que se espera cambiar en la búsqueda del bienestar y la búsqueda de cambios en los comportamientos.

*“Bueno yo ahí estaba en Vilardebó. [...] Y fue algo muy bueno. Muy bueno porque yo cada día me sentía más cerca de lo que yo quería, lograr una vida plena y sin consumo, sin nada.” (E1)*

*“No sé, lo único que quería era vivir, nada más. No quería más nada ya, ta, nada más.” (E2)*

*“Desde que estaba en el Vilardebó y sabía que me iba a ir de ahí a otro lado que estaba contentísimo tenía pila de expectativa. [...] Lo que esperaba cuando yo sabía que iba a volver, en eso en recuperarme, en estar un tiempo conmigo mismo, en aprender cosas, en aprovechar ese tiempo ahí. Y ta, más estando ahí, fui como estableciendo más metas más concisas.” (E3)*

*“Salir del consumo. [...] Estaba como esperanzado en mejorar y eso.” (E4)*

*“Voy a hacer algo bien, voy a triunfar, voy a salir con éxito. Y ta, ahora hace nueve meses que estoy limpio y estoy muy contento.” (E5)*

*“Yo lo que quería era que me ayudaran a calmarme un poco. A relajar todo lo que era el tema de esa ansiedad.” (E6)*

En los datos se observa que las “expectativas” tienen relación con la intensidad en la que se experimentan las problemáticas del “momento crítico” en tanto la necesidad de ayuda implica para algunos la urgencia del alivio sintomático, lo que aparece como intolerable en el plano emocional, y para otros las modificaciones a nivel del comportamiento. Las “expectativas”, consideradas por Krause y Dagnino (2006) en el indicador genérico de cambio 4: *expresión de esperanza o expectativa de ser ayudado*, adjudican sentido al tratamiento en tanto éstas se transformen en metas terapéuticas y tengan relación con lo efectivamente encontrado en la “relación terapéutica”.

Los datos en cuanto a las “expectativas” de los sujetos, se vinculan en todos los casos con el deseo de cambio, siendo un aspecto fundamental para la demanda del tratamiento, incidiendo favorablemente en el desarrollo de los cambios subjetivos, planteado como el indicador genérico de cambio 6: *expresión de la necesidad de cambio* (Krause y Dagnino, 2006). Los Informantes Calificados coinciden en la relevancia del deseo de cambio para el proceso de cambios subjetivos. *“Tenemos que partir de la base que haya voluntad y ganas de salir adelante y ganas de trabajar todas estas cosas. O sea, partimos de que si hay todo eso, se pueden generar cambios y depende de muchas características de las personas qué limitaciones tiene y qué capacidad para generar estos cambios pero sí, se ven cambios.”* (IC3) *“Yo creo que hay características que cambian, porque en realidad, lo que nosotros tenemos para ofrecerle quizás al usuario, permite o habilita. Y el usuario, obviamente con su demanda y su deseo de cambio habilita la posibilidad del cambio.”* (IC2) *“Si las características que van cambiando esto de la autonomía tiene mucho que ver con la motivación, todo con la motivación que el usuario tenga de cambio. Eso es la base, el vamos de todo esto. Más allá de que nosotros podamos acompañar el proceso, si el usuario no está motivado o con ganas de tener un proyecto de vida saludable y acorde a la estrategia que nosotros trabajamos, es muy difícil el cambio.”* (IC1)

El “conocimiento por tratamientos previos” (componente anterior) favorece que los sujetos proyecten sus “expectativas” en tanto conocen la existencia de servicios de atención que podrían colaborarlos en la posibilidad de generar cambios. Las “expectativas” de los sujetos demuestran coherencia con la ayuda que se busca, presentándose la competencia entre los modelos explicativos. El IC4, en una cita anterior, plantea que algunos sujetos han realizado varios procesos de tratamiento en el residencial, por lo cual aparece una búsqueda de una ayuda específica que se repite. Esto comprende que la incidencia de las experiencias psicoterapéuticas previas opera como facilitadoras para la proyección de las “expectativas”.

En las entrevistas en profundidad aparece un aspecto significativo asociado al tiempo de hospitalización previo al ingreso al residencial que para algunos implica cinco meses o un año, tiempo al que algunos entrevistados le adjudican una vivencia cognitiva negativa. En relación con este período de tiempo, las “expectativas” aparecen como promotoras al proceso de cambio, incidiendo en la capacidad de los sujetos para sostener la hospitalización y la espera previa al tratamiento específico indicado. Suponen el “efecto esperanzador” (Krause, 2011, p.174) que se encuentra en la posibilidad de delegar en otros la solución a los problemas que se presentan y de encontrar alivio al malestar experimentado.

## 2) Promoción de demanda desde el entorno.

La “demanda de ayuda” se dimensiona “desde el entorno” en tanto se presenta la incidencia del entorno inmediato de los sujetos en la promoción del “proceso hacia la ayuda”. Dicha incidencia opera en distintos niveles, desde una sugerencia de tratamiento de un referente socioafectivo hasta la judicialización de la internación, según las situaciones particulares en las que se relacionan los componentes de la subcategoría anterior (“Momento crítico”) y las posibilidades de los referentes al momento de intervenir. Esta demanda aparece en dos componentes vinculados entre sí: “desde la red social” y “desde lo judicial”.

### Desde la red social

Desde la red social la “promoción de demanda de ayuda” aparece relacionada a la puesta de límites de las personas del entorno cercano que operan como referentes socioafectivos. La intervención de los referentes socioafectivos se presenta de diferentes formas, asociada a la capacidad de contención y de establecer límites y en relación con lo que los sujetos pueden recepcionar en ese momento, en función a la situación subjetiva en la que se encuentran en el “momento crítico”.

*“Y estaba medio mal, medio mal no, bastante y mi madre me dio la idea y no hice mucho caso pero después me junté con un amigo que me dijo que si estaba fumando esa mierda de la pasta se internaba él. Me hizo un click y hablé con mi madre y me interné, hice los trámites por ciudadela y me interné.” (E4)*

*“Yo la verdad que, no fui parte de la decisión de internarme pero tampoco me negué. Entonces fue como que me dejé llevar no mas. Sabía, o sea no podía negar que hasta donde había llegado, o sea todas las cosas que me habían pasado hasta el momento, eran horribles pero sabía que sí podían empeorar. Entonces no me negué, y bueno ta´, recibí lo que me tocó digamos.” (E3)*

*“Cuando llegué a casa tuve una conversación con mamá y con papá y eso, ¿qué estás haciendo? Que no sé qué, nos habías dicho hace dos o tres semanas que habías consumido marihuana en el Vilardebó y ahora si vas a volver a casa así te voy a echar y ya´ [...] Me vino a visitar la abuela, estuvimos conversando un rato con ella. al día siguiente me sentía mejor y fue cuando le dije a mis viejos `mirá voy a intentar ir de nuevo´.” (E3)*

### Desde lo judicial

La dimensión judicial implica la intervención del sistema de justicia en la indicación de los procesos de tratamiento. Dos de los entrevistados experimentan el inicio del tratamiento como ajeno a su voluntad a partir de la mediación de lo judicial.

*“Denuncias de vecinos y familiares en reiteradas veces hasta que en un momento llegó. Llegó varias veces a juicio pero la última vez, me denunciaron de que yo estaba hablando solo por la vía pública y ta, me detuvieron. Me llevaron al calabozo y después este, pasé a juicio y me dieron internación judicial en el Vilardebó y bueno ahí me plantearon ta, para ir a Chanaes y ta, fue eso. En realidad no es que quise ni nada porque no podía responder si quiera quiero hacer algo o no quiero hacer algo porque yo no estaba, estaba fuera de mí. O sea, era imposible que yo te respondiera sí quiero salir de la droga cuando me drogaba y venían cosas que yo me divertía, o sea, era una locura ¿no?, pero ta, eso fue lo que me llevó a salir de eso.” (E2)*

*“Me obligó la jueza de acá de la ciudad [...] No entendí, yo andaba ta era porque yo andaba en la calle y no venía a casa y eso, y un día ella fue y me hizo llevar por la policía al hospital y ahí me dijo que yo me tenía que quedar internado y después que me quede internado unos 15 días por lo menos me dijo, bueno `te voy a tener que internar quieras o no quieras´ me dice. Me dió para elegir si yo quería centro Chanaes o sí quería el Vilardebó y le dije que Vilardebó yo no quería. [...]Y no después que me puse a pensar dije ta, están en lo correcto y voy a hacer algo bien, voy a triunfar, voy a salir con éxito.” (E5)*

La demanda “desde el entorno” se presenta vinculada principalmente a las situaciones en las que aparece un gran monto de “malestar subjetivo”, a consecuencia del cual los sujetos presentan escasa disposición afectiva y cognitiva para tomar decisiones por cuenta propia, y una gran prevalencia de “daños en el entorno” que concluyen en el accionar de las personas de dicho entorno para la búsqueda de ayuda. La función de los referentes en este aspecto es de significancia, siendo que las judicializaciones de los tratamientos pueden iniciarse de parte de éstos, suponiendo una relación entre los componentes; la demanda aparece “desde la red social” en articulación con “lo judicial”. Por otra parte, el inicio del tratamiento “desde lo judicial” se genera también en la intervención de un entorno desconocido, ante la pérdida del contacto con referentes socioafectivos, que denuncia una situación disruptiva.

En los datos se observa que aún en las situaciones en las que el inicio del tratamiento se presenta “desde lo judicial”, siendo vivenciado de manera involuntaria,

los entrevistados valoran positivamente la imposición del entorno en tanto promotores hacia el cambio. Esto puede comprenderse vinculado a la carga sintomática del “momento crítico” y la escasa capacidad de autosuficiencia (Krause, 2011) de los sujetos para reconocerse en sus problemáticas y actuar en vías de resolverlas por sí mismos, lo que sí aparece en momento posteriores, una vez iniciada la “relación terapéutica” habiéndose disminuido los síntomas. Con esto, los datos presentan que a pesar de los modos en los que la “demanda de ayuda” se presenta, aparece en todos los casos el deseo de cambio que habilita la *aceptación de la necesidad de ayuda* (indicador genérico de cambio 6, Krause y Dagnino, 2006). *“Y después lo que todos tienen o deberían tener es una demanda de tratamiento que no siempre aparece en principio, se va formando también o a veces es muy impuesta del afuera. Estamos acostumbrados también a la presión de la familia o del entorno para hacer tratamiento entonces yo creo que un gran porcentaje tiene una cierta demanda porque si no es difícil sostener un dispositivo residencial, si no tenés algo de demanda.”* (IC4)

### 5.2.2 Categoría Central: Relación terapéutica.

<b>Relación terapéutica</b>	<b>Acciones terapéuticas</b>	<b>Estructura</b>
		<b>Actividades terapéuticas</b>
	<b>Cambio subjetivo</b>	<b>Reconocimiento y resignificación de sí mismo</b>
		<b>Percepción de modificaciones</b>

Se decidió denominar como “relación terapéutica” a la segunda categoría central en la que se agrupan los elementos asociados a lo que aparece como terapéutico para los entrevistados en la interacción con el tratamiento. El sentido procesual de las categorías centrales ubica a la “relación terapéutica” en un tiempo posterior al “proceso hacia la ayuda”. La “demanda hacia la ayuda” que se establece en el “momento crítico” se consolida en la “relación terapéutica” en una ayuda que pasa a ser específica, el Centro de Tratamiento de Patología Dual.

Se toma la noción de Krause (2011) quien refiere a la relación terapéutica como el contexto en la cual se suceden los cambios psicológicos. Esta relación que se plantea para la autora como el vínculo entre el consultante y la ayuda psicológica, se presenta en este caso como la relación de los entrevistados con la ayuda de tratamiento, implicando aspectos que exceden el vínculo de consultorio. La “relación terapéutica” se presenta en dos subcategorías: “acciones terapéuticas” y “cambio subjetivo”. En las “acciones terapéuticas” se identifican las dimensiones cuyos componentes favorecen el “cambio subjetivo”.

### 5.2.2.1 Acciones terapéuticas.

<b>Acciones terapéuticas</b>	<b>Estructura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno normativo</li> <li>• Convivencia</li> <li>• Contención afectiva y confianza</li> </ul>
	<b>Actividades terapéuticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutina</li> <li>• Espacio de diálogo</li> <li>• Espacio psicoterapéutico</li> <li>• “Medicación”</li> <li>• Herramientas y habilidades psicosociales</li> <li>• Gestión del consumo</li> </ul>

La subcategoría “acciones terapéuticas” agrupa los componentes que se identifican en los datos como promotores de los cambios subjetivos en el marco de la “relación terapéutica”. El nombre del componente se toma de las categorizaciones teóricas de Krause (2011) quien propone como acciones terapéuticas a las distintas técnicas que el terapeuta utiliza en la relación psicoterapéutica y que son destacadas como relevantes para el cambio según los consultantes: preguntas, orientaciones, interpretaciones, tareas (Krause, 2011, p.235). En el caso de los datos hallados, las acciones se configuran en una estructura más amplia al encuentro con los terapeutas, determinada por la configuración del modelo de tratamiento del residencial y el vínculo de los usuarios con el equipo de trabajo en sus diferentes roles. Se decidió agrupar a los componentes en dos dimensiones, “estructura” y “actividades terapéuticas”, siendo ambas identificadas en su accionar terapéutico como favorecedoras de los cambios subjetivos.

#### 1) Estructura

La estructura hace referencia a un marco en el cual se genera la “relación terapéutica”. Implica un conjunto de procesos regulados en base a una metodología

específica de trabajo que constituye el encuadre del tratamiento. La estructura, vinculada a lo estable, promueve un espacio de estabilidad y seguridad.

### Entorno normativo

El “entorno normativo” como componente de la “estructura” agrupa los datos identificados en lo que aparece como establecido desde el conjunto de normas, asociado a un modelo de tratamiento que orienta el accionar dentro del mismo. Lo normativo que aparece como lo establecido, vinculado a lo que se espera de los usuarios y de los técnicos que participan en el residencial, opera también con la intencionalidad de normativizar. La repetición del modelo que se constituye en el tratamiento, opera como un “entrenamiento” (E6) para la vida posterior al residencial.

*“Mucha disciplina también porque ahí teníamos que hacer cosas, teníamos que estudiar, teníamos que limpiar, o sea, ocuparnos de nuestro lugar.” (E1)*

*“Para la próxima en vez de hacer lo que hice yo, que me equivoqué, busco el error por otro lado para que sea el error más leve, más mínimo. Y me funciona bastante me sigue funcionando. [...] Trataba de que no hubiera problemas porque las reglas que tiene el centro son a respetar o te vas. [...] Pero son errores igual, porque pude haber dicho cosas de otra manera o puede haber sentado, a veces de decir ta´, eh, sí es esto lo que hay que hacer y me acabo de ir de ese lugar o equis motivo, aunque esté esta persona o lo que sea voy a sentarme en el banco a mirar al herrero maldito y al gordo Nico como suelda, más nada y ahí hubiese hecho un taller si me hubiesen anotado en la libreta un taller más ¿entendés?” (E2)*

*“Incorporar hábitos saludables de nuevo, dormir bien, comer bien y todo eso ayuda un montón.” (E3)*

*“Dentro de la semana estábamos de la mañana hasta la tarde y teníamos la siesta pero teníamos abundante actividades y me sentía bien.” (E4)*

*“Y si, hubo cantidad de cosas, yo qué se, cantidad de cosas porque a veces no andabas de ánimo o bueno o te dormías y corría rojo y ta no me gustaba que por dormirte que te pongan rojo porque si podes llevar todo verde por qué, con qué necesidad de que te pongan rojo. [...] A mi me gustaría tener verde siempre, como los tuve los tuve a los verdes siempre, creo que una vez nomás me pasó, una vez o dos pasó rojo, creo que soy el único que una vez o dos pasó rojo de los que se fue y ta. [...]”*

*Uno por no participar en taller y otro por dormir (se ríe) pero pasó dos veces. Pero cuando me iba (educador) me dijo que era de los usuarios que tenía menos rojo. [...] Si, sirve, sirve si. Porque te das cuenta que llevas verde porque estás haciendo algo bien.”*  
(E5)

*“Sí, me hizo crecer bastante, lo del tema de las tareas, ser rutinario, de tener una conducta, de la sobremesa, compartir, todas esas cosas, de saber lo que es tuyo en realidad. [...] Hay una camioneta y en verano y alguna cosa así particular, agarran personas, van rotando y todo porque no entran todos y hacen salidas didácticas, yo qué sé, algún encuentro, algún campamento, algún asadito, cosas así que si vos ves que, tenes que, para salir más tenés que portarte mejor ahí como que vas viendo y vas haciendo cosas y vas aprendiendo. Es como decir eh, bueno si hago esto me gano esto, que también es para todos ¿no? También estaba el hecho de que si ponías un poquito, ganabas cosas, ganabas conocimiento, ganabas salidas y todas esas cosas y es como todo un entrenamiento así.”* (E6)

*“Y cuando me arrimo está allá, me llevó casi hasta la carpintería allá, frente a la huerta y cuando me di vuelta así, bombazo. No sabía ni de dónde venía, ¿qué pasó? No sabía que había pasado. Y me decía `parate de mano, parate de mano´. `Cómo me voy a parar de mano que me acaba de bajar un diente, pero estás loco´, le digo. Y ta, alto que agarre así y me fui, casi corriendo para adentro. Le digo (a un educador) le digo `mirá lo que me acaba de hacer este gurí´ le digo, `se me va a caer el diente´ le digo, pero mal, yo mal, enojadísimo, `me voy de acá que no puede ser, el primer día y que ya pase esto´. [...] Y ta ahí la psicóloga me tiró para dentro del consultorio, me dijo mira que esto no pasa nunca, justo ahora ha tenido unos días bastante inestables, no sé que esto lo otro. [...] Le digo `mirá yo el tratamiento que necesitaba´ así le dije `yo el tratamiento que necesitaba me lo dio con el piñazo que medio ahí afuera´ (se ríe). Le dije eso, muy fuerte. `Bueno ¿vos estás seguro de lo que me estás diciendo?´ Sí, ya le firmé el egreso ahí ya pedí que me abrieran arriba para juntar mis cosas y me iba caminando igual, me venía hasta el pueblo caminando. Y ta, ahí llamaron a mis padres que me esperaran allá. Y (un educador) me arrimó hasta la terminal y me dijo `bueno espero que estés bien del diente´ y me dijo `te quiero ver de nuevo por acá´ me dijo. Y no le respondí yo, y cuando llegué a casa tuve una conversación con mamá y con papá [...] y digo `y bueno no sé pero ahí no me puedo quedar mientras este él ahí yo no puedo convivir así´. Y ta y a mí obviamente me impactó el golpe ¿no? Cuando, cuando ya te violentan físicamente te da cosa ¿no? [...] Al día siguiente me sentía mejor y fue cuando le dije a mis viejos `mirá voy a intentar ir de nuevo´.”* (E3)

El “entorno normativo” de la “estructura” se presenta como organizador de la vida dentro del residencial, favoreciendo un espacio de estabilidad y de seguridad en la medida que todas las personas que lo habitan comparten su encuadre. La promoción de lo estable y lo seguro aparece como punto de partida para el desarrollo de los cambios subjetivos. En consideración de las experiencias de los sujetos en el “momento crítico”, caracterizadas por lo *inestable* (E3) y las *inseguridades* (E2), incidido en varios de los casos por la situación de calle, el “entorno normativo” implica como elemento de partida la satisfacción de las necesidades básicas. *“Ya tener una cama donde dormir, tienen cosas resultas, comer todos los días bien. [...] Esto te da como una base, a los gurises les da como una seguridad ya te digo porque afuera, estoy seguro que el noventa por ciento no lo tiene, que no sabe qué va a comer ese día o que tiene dificultades. [...] Porque a veces pensar un gurí afuera que está complicado en todo ese sentido y no tiene resueltas cosas básicas y que vos quieras que haga cambios más profundos donde no tienen lo básico.”* (IC4)

El establecimiento de las condiciones básicas opera en vías del bienestar de los usuarios a la vez que sustentan la base normativa sobre la cual se puede esperar que ocurran los procesos terapéuticos. El entorno seguro se constituye también por la capacidad que tiene el equipo tratante de hacer respetar las normas de convivencia. Esto se puede observar en el relato que hace E3 sobre el acontecimiento de agresión que experimentó con otro usuario cuando ingresó al residencial. Esta situación concluyó en el abandono del tratamiento, decidiendo volver, influenciado por la presión familiar, y una vez supo que el equipo tomó la decisión de egresar al usuario que había actuado con violencia. Lo normativo en este sentido, orienta al equipo de trabajo en su accionar.

El “entorno normativo” en lo que respecta a la organización que parte del establecimiento de una rutina y el respeto por las reglas, promueve la normalización en relación a lo que se espera de las personas para la vida en sociedad. Aparece en los datos la referencia a una herramienta, *el semáforo*, que opera en vías de regular la participación y la motivación de los usuarios en las actividades del residencial. *“Nosotros tenemos como un sistema que se llama semáforo que lo que hace ese sistema en realidad es. Es como muy discutido también entre nosotros pero lo que hace ese sistema es hacer como seguimiento de las actividades diarias. Entonces por ejemplo un usuario se levanta tarde ¿no? Y nosotros tenemos una pauta, un horario acordado para que se levante. Y se levanta tarde y bueno hay situaciones que se contempla, se contempla siempre pero digo, se levanta tarde y ahí capaz que lleva un rojo. [...] Entonces la intencionalidad que tiene ese semáforo es justamente poder ser una herramienta para la educación de hábitos. [...] Además del seguimiento para nosotros, el seguimiento para la persona ¿no? [...] Pero la idea es poder sentarse y charlarlo con el usuario.*

*Decirle, 'bueno tu llevaste rojo por este motivo, contame si hay algo en lo que te puedo ayudar'. Como habilitar también. Que sea una herramienta y un mediador también en cuanto al educar.” (IC2)*

El semáforo presenta un modelo de trabajo basado en la motivación, elemento que se repite por los Informantes Calificados en cuanto a la promoción de la participación activa de los usuarios en sus procesos, con la intención de contrarrestar aspectos personales vinculados a la desmotivación y desafectivización que se plantean como características de las personas que llegan al residencial. La participación activa promueve los niveles de participación de los usuarios según lo que se espera para su vida social luego del residencial.

### Convivencia

Los datos se repiten en el componente de la convivencia asociado a la conformación de la grupalidad de parte de los usuarios del centro. Se presenta como parte de la “estructura” en tanto tiene relación con un clima de compañerismo y de solidaridad que se promueve a partir del “entorno normativo” asociado a las “herramientas y habilidades psicosociales” que se fomentan y se valoran positivamente como parte de las “actividades terapéuticas”.

*“Lo que yo más pensé fue en la gente con la que me iba a encontrar. Bueno ta’, yo viví, estuve en muchos lugares donde la violencia era muy a flor de piel. O sea, ¿cómo te puedo decir? O sea no sabía con qué me iba a encontrar, gracias a, por suerte me encontré con gente bien, con gente como yo. O sea que, bueno ta’ y no fue tanto como yo pensaba ¿no? Que era, bueno ahora me cruzo con un insoportable y me hace la vida imposible, pero no, no fue así. Todo lo contrario, me encontré con muchos amigos, de hecho, varios de ellos me junto ahora con ellos y bueno ta’ estaba todo bien.” (E1)*

*“La respuesta y la aceptación de compartir, o sea con otros compañeros. A raíz de eso también me pasaron cosas que llevaron a que yo pueda comprender un poco más a la otra persona o simplemente no comprenderlo pero tener cosas al igual viste. Llega un momento que dos por tres pasan cosas que te reís con ellos y a partir de esas risas pasan cosas que ta, yo que sé, me, no sé es como una empatía grupal.” (E2)*

*“Muy lindo, al inicio no conocía a nadie, me sentía como sapo de otro pozo, nunca había estado así internado entre tanta gente y bien. [...] Me llevé re bien con los gurises, después fue entrando gente nueva, me llevé bien con todos y ta, bien de bien.” (E4)*

*“Me daba con casi todos bien. Me llevaba con todos, lo único que algunos ta, te falluteaban y fueron con esos que tuve, que tuvimos algunos roces ahí. Roces tuvieron ellos porque yo que sé, no les gustaba como uno era o no sé, porque uno no hacía lo que ellos querían, simplemente por eso.” (E5)*

*“Y saber convidar y todas esas cosas. Porque ahí es lo que estás en una situación con gente que se va a venir de ahí, qué sabes cómo es, pero que están para buscar otras cosas, yo qué sé, también es un poco de ver ahí, vas aprendiendo lo que estás con otros compañeros, vas viendo vas conociendo, todas esas cosas así.” (E6)*

A partir de los datos se observa que la “convivencia” se asocia a las expectativas que los sujetos tienen acerca del grupo de personas que se encontrarán en el residencial, con quienes deberán convivir en la realización del tratamiento. Estas expectativas aparecen relacionadas con la posibilidad de la presencia de conflictos, lo que para el E3, citado en el componente anterior, se concretó ni bien ingresó al centro y lo que para el E5 se plantea como *roces* en la convivencia. Se puede pensar que las incertidumbres de los sujetos sobre la convivencia se asocian con experiencias anteriores al residencial, en las cuales el conflicto aparece instalado. *“Si bien hay conflictos acá porque conviven muchos gurises, pero son conflictos de la dinámica ¿no? En la casa de gurises que se metieron en mucho lío por el consumo está muy complicada la cosa, seguramente hay mucho reproche, mucha violencia también, muchas amenazas.” (IC4)* El conflicto que aparece relacionado al ámbito familiar se señala en la bibliografía de referencia como una de las características de las personas con patología dual. La conformación de un entorno conflictivo en la vida de los sujetos podrá repercutir en los modos en los cuales éstos aprenden a relacionarse con los otros. En esta línea, los Informantes Calificados enumeran las dificultades en las habilidades sociales, citadas anteriormente, como algunas de las características comunes de los usuarios del centro. A esto se agregan las situaciones de conflictos experimentadas en el “momento crítico”, algunas de las cuales pueden considerarse de suma peligrosidad, como las que aparecen asociadas al pernoctar en la calle. Las reacciones violentas en los modos de vincularse pueden responder a un modo defensivo de sobrevivencia. *“A veces hay como bastantes dificultades en cuanto adaptación o convivencia porque obviamente tienen como distintas formas de convivir y distintas estrategias de afrontamiento ante varias situaciones que cuando llegan al centro les pasa que tienen como que adaptarse o volver a tener, a que las estrategias de afrontamiento sean como distintas o que quizás algunas estrategias de supervivencia o de convivencia que en*

*otros lugares es muy viable y que ahora se tienen que readaptar y buscar nuevas estrategias a partir de las pautas de convivencia del centro también.” (IC2)*

Respecto a lo anterior, el componente de “entorno normativo” aparece como regulador de la “convivencia”. La asociación entre ambos componentes en la conformación de la “estructura” habilita la promoción de los modos saludables de relacionamiento. *“Después hay temas internos del centro como lo es la convivencia que también influye en el tema de las características personales, que van apareciendo en el transcurso de los días, porque están conviviendo con otras 17 personas con sus características, entonces esto también creo que influye en las características personales de cada uno.” (IC1)* La “convivencia” al igual que el componente anterior, encuentra continuidad en el tiempo, apareciendo relacionada a los datos que se configuran en el momento posterior al tratamiento, asociado al aprendizaje y los cambios que los sujetos realizan en su forma de relacionarse con el entorno.

#### Contención afectiva y confianza

Se identifica en los datos el componente “contención afectiva y confianza” en relación con los aspectos afectivos que los sujetos generan en la “relación terapéutica” como parte de su “estructura”. Si bien se presentan dos elementos (contención y confianza) se decidió presentar a ambos en un único componente, en tanto aparecen asociados en una vinculación recíproca.

*“Me derivaron a Chanaes, donde tuve una rehabilitación muy buena, muy positiva, gracias a todos los profesionales que me trataron. [...] Y ta, fue, no fue que me recuperé a cachetazos, al contrario. Me curé a mucho, con mucho amor. [...] Me encontré con mucha gente buena, gente que hacía buenos chistes (se ríe). Y bueno ta, yo que sé, que más te puedo decir y ta. Estuvo bueno estuvo. Porque estaba haciendo algo por mí y de una forma, en una buena forma, o sea. No era que me agarraban a palo para que yo deje las drogas ¿no? Al contrario, me dieron amor, me apoyaron, o sea todo eso para que yo pueda logra mi meta.” (E1)*

*“Lo que me ayudó mucho de ahí es poder hablar con ustedes sin ningún tipo de juicio ni crítica ni nada, porque a pesar de ser una persona que por ahí cometió muchos errores en la vida. O a seguir un estilo de vida que por ahí no es el mejor visto, a pesar de eso ustedes apoyan esas personas y les dan herramientas sin mirar, sin mirar digamos eso que se ha hecho ¿no? Y para mí eso, poder sentirte libre así, cómodo, está bueno. Y no se ve en todos lados. A personas que te abran las puertas así. [...] Y lo que me ayudó eso, el apoyo incondicional y me ayudó mucho que no me juzgaran,*

*eso fue lo mejor que me pasó, lo que mejor recibí yo y gracias a eso fue que yo pude digamos volcar todo lo que tenía adentro, tirarlo arriba de la mesa, decir bueno, esto soy yo, a ver qué hacemos con esto, qué podemos hacer con esto porque muchas veces yo no veía más allá de un horizonte ¿no?” (E3)*

*“Y de primera ta, no conocía a nadie, estaba a 500 km de mi casa y llegué y al otro día ya me quería venir (nos reímos) pero ta, después empecé a hablar y eso y cada vez que me sentía solo buscaba algún funcionario para hablar, que comprendieran mi situación, por lo que estaba pasando. [...] Me ayudaron mucho los funcionarios si, me conversaban cada vez que yo me ponía mal, me conversaban.” (E5)*

*“Me ayudó bastante ahora que estoy en la casa de mis tíos y es como Chanaes ¿no? O sea estoy en un lugar contenido.” (E6)*

La “contención afectiva y confianza” aparece en los datos a través de las valoraciones que los entrevistados realizan sobre la “relación terapéutica”. La *contención*, el *amor*, el *humor*, el *apoyo incondicional*, aparecen favoreciendo un ámbito de seguridad y confianza que habilita a los sujetos a disponerse para el desarrollo de lo terapéutico. La confianza atribuida a la relación favorece *la aceptación del terapeuta como profesional competente* (Krause, 2011), en tanto se considera al tratamiento propuesto como oportuno para resolver la problemática que los lleva a ingresar al residencial. Esta aceptación que podrá estar atravesada por las “expectativas” que los sujetos construyen sobre el tratamiento en el “proceso hacia la ayuda”, podrá tener incidencia del “conocimiento por tratamientos previos” o será desarrollada en la “relación terapéutica”. Las valoraciones positivas respecto a la competencia del tratamiento, se expresa también en el *reconocimiento de la ayuda recibida* (indicador de cambio genérico 17, Krause y Dagnino, 2006) que se repite en las citas anteriores.

La “contención afectiva y la confianza” como parte de la “estructura” habilita también el aprendizaje de nuevos modos de relacionamiento. *“Yo soy de la idea de la función que cumple el tratamiento, o sea, el centro para el usuario ¿no? Y de ahí para mí es esto de la experiencia vincular creativa. Hay un autor que hablaba de la experiencia emocional creativa creo que es. Que es esto de, el centro le ofrece al usuario una forma distinta, muy distinta muchas veces a lo que el usuario usualmente, a cómo el usuario se vincula. Entonces para mí desde lo vincular es de las mayores cosas que le ofrece el centro para que el usuario pueda posibilitar cambios, por ejemplo, quizás en un usuario con una historia de negligencia significativa, un espacio donde el centro le ofrece como una contención adecuada y con la distancia óptima necesaria le permite al*

*usuario tener una experiencia vincular creativa. Lo que le permite eso es decir, `bueno, hay otra forma de vincularse, hay otra forma de ser, hay otra forma de existir con un otro´.” (IC2)*

La dimensión de la “estructura” en la interacción de sus componentes favorece la construcción de un contexto que brinda la seguridad afectiva para el desarrollo de las “actividades terapéuticas”. Introduce a los sujetos en un modo de existir saludable como corte a lo que previamente se ligaba al malestar y en función a lo que se espera para la inserción social. Los recursos asistenciales ligados a la satisfacción de las necesidades básicas de los usuarios, permite un modo de habitar diferente que restituye las condiciones de cuidado y de seguridad. Sobre esta base de condiciones que posibilitan la contención afectiva, la “estructura” con su forma y con sus límites, establecido en el “entorno normativo”, establece el espacio que habilita la organización de los aspectos personales que aparecían fragmentados en el “momento crítico”. En base a dichas condiciones se habilitan también las funciones de lo comunitario promoviendo el desarrollo de la individuación a través de los procesos identificatorios que operan en la *empatía grupal* (IC2). En este sentido, “la estructura” promueve los procesos de apuntalamiento subjetivo desde la conformación de una red vincular trófica regulada por lo normativo. El desarrollo de estos procesos que acontecen dentro del residencial se presenta como un ejercicio para la vida fuera del mismo.

## **2) Actividades terapéuticas**

En esta dimensión, se agrupan los componentes identificados como las actividades que se valoran por los entrevistados como favorecedoras para el cambio subjetivo. Es en función a dicha valoración que se las decidió denominar como “terapéuticas”. Si bien, su denominación se asemeja al nombre de su subcategoría (“acciones terapéuticas”) a partir del análisis de los datos se observa que la “estructura” presenta también un accionar terapéutico. La “estructura” se presenta como lo estable, mientras las actividades se relacionan con la idea de movimiento, lo que actúa dentro de la “relación terapéutica” favoreciendo los cambios subjetivos. Los componentes que se identifican son: rutina, espacio de diálogo, espacio psicoterapéutico, “medicación”, herramientas y habilidades psicosociales y gestión del consumo.

### Rutina

El componente “rutina” aparece en los datos significado positivamente vinculado al aprendizaje de hábitos saludables en la organización del cotidiano. Forma parte del *entrenamiento* (E6) para la vida posterior al residencial, siendo así que los entrevistados

sostienen la “rutina” al egreso, configurándose en un componente de la “evolución de lo terapéutico”.

*“Ahí como que era una burbuja que estaba buena porque uno se levantaba, ordenaba su cuarto. Hacíamos deporte. Muchas cosas, muchas cosas estuvieron buenas.” (E1)*

*“La rutina. Y tratar de estar haciendo algo constantemente. [...] Porque si no es mucho ocio. Si te, por ejemplo, te levantas temprano, desayunás, limpiás, lavás tu ropa, ¿qué más? hacés tu cuarto y eso, ta, hacés algo.” (E4)*

*“Sí, me hizo crecer bastante, lo del tema de las tareas, ser rutinario. [...] Primero el tener que levantarme a las ocho de la mañana, a lo que estás obligado al levantarte siete y media, porque un poco antes para llegar a las ocho al desayuno. Eso es como, como pulir así la cabeza un poco, después el tema saber que yo qué sé, a las once empiezo a limpiar todo, después hacer la comida y eso como que te va enfocando en lo que realmente tendrías que estar haciendo.” (E6)*

La “rutina” se relaciona con la “estructura” de la “relación terapéutica” en tanto se asocia con un método a seguir regulado a través del “entorno normativo”. La participación de los usuarios en la rutina se regula por el semáforo presentado anteriormente. La organización del cotidiano busca la promoción de hábitos saludables como contrapartida a las experiencias previas de los sujetos, aportando estabilidad a lo que anteriormente aparecía desorganizado, “como pulir así la cabeza” (E6). Esto es presentado claramente por el E3 cuando explica el significado de inestabilidad haciendo referencia a las vivencias en el “momento crítico”:

*“Inestabilidad en cuanto a, digamos a no tener, todos los días así, una rutina a tener organizado, lo que vas a hacer en el día tipo falta de responsabilidad, de estar descuidado, en el tema del higiene, en el tema de la presentación personal tipo también en cuanto a la educación y todo eso que te de igual.” (E3)*

La rutina que se promueve en la *burbuja* (E1) presenta una continuidad en el tiempo, siendo que en los datos se identifica relacionada a una “acción de cuidado” en la “evolución de lo terapéutico”. Es decir que se presenta como una actividad que los sujetos sostienen una vez egresan del residencial, dando cuenta de la asimilación de

los hábitos saludables promovidos en el tratamiento. *“Una rutina en cuanto a horarios y en cuanto a actividades, eso es algo que durante el proceso se trabaja y creo que los usuarios comienzan a adherirse a eso y que los va a ayudar obviamente después en el proceso de inserción y en el afuera.”* (IC1)

### Espacio de diálogo

Los datos se presentan asociados a las conversaciones que mantienen los entrevistados con algunas personas del equipo de trabajo. Las conversaciones se plantean en función a su accionar terapéutico, favoreciendo aspectos como la puesta en palabras, la organización de las ideas, la expresión de afectaciones, la resignificación.

*“Las charlas con (educador) eran, yo qué sé, había veces que yo le decía, ‘tío, ¿podemos conversar un rato?’ Y estábamos rato conversando y después de esas charlas yo sí tenía dudas, las dudas que tenía estaban más claras o sea, podía organizar las ideas podía dar prioridad a cosas que no veía y no siempre por cosas que me decía el (educador), a veces el simple hecho de ya exteriorizarlo, de poner en palabras hacía que eso mismo me diera cuenta de cosas que no estaban bien dentro de mi pensamiento digamos, pero todo eso me sirvió un montón, poder dejar eso que a mí me estaba, me estaba preocupando en ese momento, digamos.”* (E3)

*“El (tallerista) me ayudó mucho por qué me charlaba si yo me sentía mal me charlaba. [...] De primera me sentía con miedo porque se creían, otros usuarios se creían que mandaban y que había que seguirlos a ellos [...] yo esas cosas las charlaba con el (educador) o con el que estuviera y ta, las fui sacando de a poco, las fui apartando.”* (E5)

*“Todas esas cosas que va en cada educador, que te van dejando, de su manera propia de expresarse, que como que te van reforzando así, yo qué sé está bastante bien. [...] Hay un momento, en el que te sentís todo pateado o no, o tenes alguna situación así en la cabeza y en Chanaes te dejan un referente, que es como una persona que aparte de hacer su tarea es como que es tu consejero, una cosa así y eso la verdad que te sirve un montón, te sirve un montón porque a veces es así aleatorio y te puede tocar con alguien que no te cae bien de los educadores, igual lo llegas a conocer o te cae alguien que ya lo conoces y es buena onda o alguien que no te enteras cosas que después vas conociendo, como a mí me pasó. [...] Me ayudó bastante porque a lo que*

*tenía que empezar a hablar más cosas y todo el tema de expresare y aparte es una persona que yo le tengo mucho afecto y me hizo muy bien.” (E6)*

La referencia a las *charlas*, como aparece en los datos, sugiere un estilo de comunicación casual, sin formalidades. Esto se presenta asociado a la posibilidad de los entrevistados de solicitar los espacios de diálogo en cualquier momento y con diferentes personas, lo que da cuenta de que dichos espacios están naturalizados en la dinámica del centro. Los diálogos aparecen asociadas al sentimiento de contención y confianza que se genera en el vínculo con los técnicos que presentan la disponibilidad para habilitar la escucha. Es con este sentido que se decidió utilizar la idea de “espacio” en la denominación del componente. Por su parte, la noción de “diálogo” se incluye en referencia al sentido etimológico de la palabra. Proveniente del griego *dialogos*, donde *logos* significa palabra y *dia*, a través de, el diálogo supone la creación de nuevas formas de entendimiento a partir de la circulación de significados que se da entre y a través de las personas implicadas en el diálogo. Se observa en los datos que se consiguen nuevas comprensiones a los problemas que se ponen en palabras, en función se habilita el “espacio de diálogo”, sin la necesidad, en algunos de los casos, de que quien escucha tenga que devolver sus opiniones. Con esto, el diálogo entendido en base a su etimología, remite a la posibilidad de que una persona pueda dialogar consigo misma en tanto se habilite el espacio para el desarrollo del proceso de pensamiento (Bohm, 1997). Esto no quiere decir que la presencia de la persona que hace de interlocutor no sea significativa, porque justamente es ésta quien en su accionar habilita a que el espacio se genere. Los datos presentan a los *educadores* en el rol de interlocutores, lo que da cuenta de las implicancias de las funciones de su cargo.

*“El contacto con los educadores, la forma de vincularse hasta con otros usuarios porque a veces puede ser también muy buena. Pero sí, yo creo que los educadores en eso es como el principal cambio, tener un referente, un adulto general ¿no? Aunque los gurises que están viniendo ahora son bastante adultos también, capaz que antes era más, se notaba esa diferencia de gurises más adolescentes y tener un adulto referente estable que muchas veces en la casa no había un adulto, con los límites claros, con un montón de cosas que debería tener que no las tuvo y que marca mucho de las características desde adolescente después también. Pero esa seguridad, ese acompañamiento y más que nada eso como tener la escucha y la referencia.” (IC4)*

El componente “espacio de diálogo” se vincula con el componente “contención afectiva y confianza” de la “estructura” en tanto este último es condición para que el primero opere en su acción terapéutica.

### Espacio psicoterapéutico

El “espacio psicoterapéutico” alude al componente asociado a la terapia individual, señalado así por los entrevistados en referencia al espacio de encuentro con la psicóloga tratante. Es señalado por los entrevistados como uno de los aspectos del tratamiento percibido como promotor de cambios, en asociación a la importancia de los procesos de pensamiento que se promueven en dicho espacio.

*“La terapia es muy importante ¿no? Porque vos hablás, pensás y todo va cambiando en tu mente ¿no? Entonces también me ayudó la terapia, la terapia individual ¿no? La terapia grupal no me ayudó tanto pero la terapia individual sí. Este, pero no me ayudó a, me ayudó a sentir lo que sentía en ese momento y a aclarar formas que estaba viviendo en ese momento ¿no? Me ayudó a aplacar un poco para realizar otro tipo de cambios, otro tipo de cosas. Eso también me ayudó bastante.” (E2)*

*“Sobre todo la terapia con la psicóloga. La personal y la grupal, más la personal obvio. [...] y hablar sobre mis problemas, mis temas personales.” (E4)*

Los entrevistados señalan claramente el carácter individual de los encuentros terapéuticos, para distinguirlos de las terapias grupales, lo que coincide con los resultados de la investigación de Krause (2011) con entrevistados chilenos, de los cuales casi dos tercios referían preferir la atención individual por sobre la sesión de pareja o familia (Krause, 2011, p.169). Esto parece vincularse al deseo de tener un espacio íntimo de carácter confidencial que brinde confianza y seguridad para el despliegue de los aspectos personales, lo que presenta coherencia con la valoración de la “contención afectiva y seguridad” que se adjudica a la “estructura” de la “relación terapéutica”.

Se establecen asociaciones entre el “espacio psicoterapéutico” y el “espacio de diálogo”. El diálogo como fue definido anteriormente posee la capacidad de habilitar las funciones que se presentan en los datos atribuidas a lo que acontece en el “espacio psicoterapéutico”; la puesta en palabras, el entendimiento de sí mismo, el cuestionamiento y la resignificación. En este sentido, a partir del análisis de los datos y a la frecuencia con la que aparece el componente “espacio psicoterapéutico” relacionado al “espacio de diálogo”, se destaca que el segundo se presenta más significativamente que el primero, poniendo en cuestionamiento la especificidad del rol de quien auspicia como interlocutor en el encuentro terapéutico. Como ejemplo de esto se cita a E3 quien, si bien se refiere a las funciones señaladas por los otros entrevistados

como propias del “encuentro psicoterapéutico”, no distingue la especificidad del rol de las personas que participan en los *espacios de charla* que valora positivamente:

*“Y los espacios de charla, las charlas que teníamos con todo lo que llevaba un trabajo de preguntarse uno mismo, de hacerse preguntas personales, de la vida, este, cuestionarse si qué es lo que uno quiere para su vida, o ponerse a pensar en situaciones del pasado, eh y cómo nos vemos hoy enfrentando las mismas cosas que nos pasaron y eso.” (E3)*

Krause (2011) plantea que a partir de las diferentes técnicas del terapeuta y principalmente a partir de la tarea introspectiva, los consultantes aprenden a entenderse a sí mismos de determinada forma. Esta forma de resignificación sobre sus historias de vida y sus problemáticas inciden en la conformación de las transformaciones para el cambio subjetivo. Los datos se asocian a los indicadores de cambio genérico: *descongelamiento o cuestionamiento de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales* (ind. 5), *descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo* (ind. 8), *establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios y del entorno y elementos biográficos* (ind.11), *reconceptualización de los propios problemas o síntomas* (ind. 12) (Krause y Dagnino, 2006).

La participación activa de los usuarios en el proceso de tratamiento se planteó anteriormente en relación a la “estructura” apareciendo como aspecto relevante del modelo de tratamiento. Esto se repite con relación al “espacio psicoterapéutico”, respecto al cual ambas psicólogas, si bien operando su técnica desde marcos teóricos distintos, plantean que la participación activa del usuario es un aspecto fundamental para que el proceso de cambio pueda desarrollarse. *“Capaz que me ata mucho la corriente de la que yo trabajo, cognitivo conductual, que para eso es necesario el compromiso de la otra persona. Se trabaja mucho en equipo, o sea, son fundamentales las dos partes. Si bien uno trabaja una hora en terapia, es necesario que la otra persona a lo largo de la semana siga poniendo en práctica todas esas herramientas y quiera generar algún cambio, algún movimiento, como que si no, no tiene mucho sentido la terapia, si desde el otro lado no hay voluntad para generar esos cambios. [...] Como trabajamos en base a objetivos, nos proponemos una estrategia antes de empezar. O sea que la persona tiene que estar de acuerdo para hacer eso. [...] Como que la estrategia está en constante evaluación, entonces si veo que determinada estrategia no está funcionando que el otro no está pudiendo adherirse a eso, buscamos otra estrategia, ¿te parece si cambiamos, si empezamos a trabajar desde otro lugar? O capaz que no es el momento para trabajar este tema entonces lo salteamos ese tema y*

*vamos con otro para después poder ver como volver'. Siempre haciendo participe al usuario de la terapia y dándole un rol activo también al otro.” (IC3)*

*“El plan terapéutico individualizado es un plan en donde se realiza con la psicóloga, en realidad que estaría a cargo del seguimiento individual de cada usuario. [...] Allí la psicóloga es en realidad, en representación del equipo técnico, el usuario que es el principal actor y también, en el proyecto terapéutico individual trabaja el referente. [...] La idea de ese proyecto terapéutico individual es que se puede empoderar lo más que pueda el usuario digamos, siendo su tratamiento, también responsabilizar al técnico o al educador de que esos objetivos se cumplan pero sí poder darle palabra al usuario decir, 'bueno, estos son los objetivos que vos te propusiste, más allá de que nosotros te ayudemos un poco a pensarlos, son lo que vos te propusiste entonces el cambio también depende un montón de vos'.” (IC2)*

### “Medicación”

Se utiliza el código in vivo (Strauss y Corbin, 2002) “medicación”, para identificar al componente relacionado con el tratamiento farmacológico valorado positivamente como favorecedor de los cambios. La “medicación” se asocia al alivio subjetivo como compensación de la sintomatología que se presentaba en el “momento crítico”.

*“Antes no era divertido cuando no estaba medicado. No, que era una película de terror era. [...] Ya me escucho a mí pensar. De una forma alta ¿no? Ni me, o sea, me amoldó a la situación ¿Viste el...? Un dibujo de mi vida y de mi mente se tuvo que ir transformando en calco de la vida normal, ¿entendés? De un cerebritito y otro cerebritito que se tienen que unir de una manera que quede lo más pasable posible. Y ese fue el cambio que me hizo la medicación. Después ir transformándolo ¿no? Ir transformando, sacándote los miedos, el pensar. Porque tenés muchos miedos, tenés muchas cosas, de sacarme de la cabeza las preocupaciones, el qué pensará, el qué no, bueno ta'. Ir disminuyendo ese mismo cerebritito pero un poco más, no sé, algo raro.” (E2)*

*“Era otra persona totalmente. Estaba muchísimo, o sea, violento casi todo el tiempo. [...] Conflictivo así viste. Como rabioso. Pero bueno ta, después no sé si fue la medicación o qué, que me calmó. [...] Incorporar hábitos saludables de nuevo, dormir bien, comer bien y todo eso ayuda un montón, la medicación todo, corrigen un montón de cosas que hacen lo que decíamos hoy, recuperar esa estabilidad.” (E3)*

Si bien este componente es identificado como una de las “actividades terapéuticas” que se desarrolla en la “relación terapéutica” en el residencial, la

“medicación” aparece asociada a momentos anteriores al ingreso de los usuarios al centro, en los tratamientos previos que se les han indicado. En relación con esto, dos entrevistados se refieren al tratamiento farmacológico que inicia previamente al contacto con el residencial:

*“Me atendían en el hospital Macial, iba a buscar la medicación y eso, la medicación siempre la tomé.” (E4)*

*“Yo ahí estaba en Vilardebó, estaba rodeado de gente que me daba medicación y por suerte la medicación fue muy positiva para mi tratamiento. [...] Que me hacía bien, podía pensar bien. [...] Sin problemas. No escuchaba voces ni nada.” (E1)*

La “medicación” aparece relacionada a la “estructura” de las “acciones terapéuticas” porque el modelo de tratamiento en su formato residencial favorece el tratamiento farmacológico en su administración y en su supervisión. Con respecto a esto, el IC4 valora positivamente dos aspectos del modelo residencial para el buen desarrollo del tratamiento farmacológico; el tiempo de duración y la estabilidad.

El tiempo de estadía opera favorablemente para la realización de un diagnóstico oportuno sobre el cual se planifica el tratamiento farmacológico. *“La posibilidad de tener procesos prolongados te da mucha más certeza. [...] Tener un diagnóstico claro te va a ayudar mucho en el tratamiento. Entonces ya partir de un diagnóstico que no es claro, ya te está limitando. Entonces a veces con gurises que vos ves que el diagnóstico no es claro lo que precisás ahí es tiempo.” (IC4)* Además, el tiempo favorece el seguimiento del tratamiento farmacológico; *“al tener procesos más prolongados te da tiempo de irlo viendo, le saco el estabilizador y lo veo, a las tres semanas veo que anda bárbaro y le saco el otro y vemos, y si vemos que se empieza a poner picante también nos da esa posibilidad los procesos largos.” (IC4)*

La variable del tiempo relacionada al componente “medicación” aparecerá transversalmente a los procesos personales de los sujetos, excediendo la “relación terapéutica”. La “medicación” se presenta, en algunos de los casos, con anterioridad a la relación con la ayuda y se presenta en las etapas posteriores al egreso si se continúa con el tratamiento farmacológico indicado.

Sobre la estabilidad, el IC4 plantea: *“si vos vas a un entorno de tranquilidad, el gurí tiene una cama, se puede bañar, se acuesta en horario, se da toda una higiene del sueño que capaz en su casa o donde vivía no se daba y eso también porque permite hacer movimientos buenos con respecto a la medicación.” (IC4)* La “estructura” que, como se planteaba anteriormente, se presenta a modo de corte con la realidad de los

sujetos en el momento previo al tratamiento, habilita la conformación de un entorno que favorece el bienestar subjetivo de las personas, incidiendo en la posibilidad de disminuir la administración de los fármacos. Esto se plantea por el IC4 en comparación con lo que suele presentarse en los usuarios que han estado hospitalizados previamente en instituciones psiquiátricas, lugares donde *“la psiquiatría funciona mucho en la medicalización”* (IC4), generando que los usuarios que ingresan al residencial *“a veces vienen con el tema de la polifarmacia, vienen tomando mucha medicación con efectos molestos porque la sedación muchas veces es muy molesta. [...] En esa seguridad y estabilidad (que permite el tratamiento en el residencial) también lográs mejorar muchos aspectos que te permiten sacar mucha medicación.”* (IC4) Este planteamiento del Informante Calificado encuentra coherencia con la vivencia del E1 en el Hospital Vilardebó previo a su ingreso al residencial; *“estaba rodeado de gente que me daba medicación”*.

La “estructura” también habilita la regulación de la administración de la “medicación”. *“En general en tratamientos ambulatorios la gente, yo no quiero tirar un porcentaje pero el porcentaje es altísimo de gente que hace mal el tratamiento farmacológico. Ya además de lleno toma mal la medicación o la toma o se olvida o es irregular, pero altísimo, no sé si es el cincuenta, más o menos la mitad hace tratamiento irregular. Entonces yo creo que con esto ya, podemos promover en gurises que funcionan mal afuera pero nosotros, capaz que el funcionamiento bueno adentro, tiene mucho que ver con que toman la medicación, sólo con ese hecho de tomar la medicación en el horario y todos los días, ya es otro.”* (IC4) El bienestar subjetivo relacionado con una adecuada administración farmacológica se vincula en los datos con el concepto de *recuperación*. Recuperar: “volver en sí.” (Diccionario de la Real Academia Española, 2021); *“ya es otro”* (IC4); *“Era otra persona totalmente. [...] recuperar esa estabilidad.”* (E3) La “medicación” aparece ligada a una función cohesiva de los aspectos personales previamente fragmentados a partir de la cual el sujeto deviene otro.

Este devenir es referido también por el E2: *“me amoldó a la situación [...] mi mente se tuvo que ir transformando en calco de la vida normal”*. La *transformación* relacionada con la “medicación” se asocia a la *normalidad*, a la capacidad de *amoldarse* para insertarse en la realidad cotidiana compartida. Esto supone la mejora sintomática de lo que se manifestaba en el “momento crítico”, cuando la crisis aparecía desconectando al sujeto de su entorno. Otra definición de la RAE (2021) sobre recuperar: “dicho de una persona o de una cosa: volver a un estado de normalidad después de haber pasado por una situación difícil.”

La *transformación* que se observa en los datos, dando cuenta de la existencia de un movimiento, constituye a la “medicación” como “actividad terapéutica”, en cuanto

su accionar terapéutico logra exceder el plano neurológico/químico, para operar en función a los procesos de pensamiento que los sujetos hacen sobre sí mismos. La “medicación” se vincula con la concepción que los sujetos construyen sobre sí mismos y sobre sus diagnósticos, con sus expectativas y con sus decisiones para continuar con el tratamiento farmacológico una vez egresan del residencial.

*“Vienen con mucha expectativa con respecto a la medicación ¿no? Si me puedo ir sin nada de medicación es la clásica pregunta. [...] Es parte del tratamiento tener un poco de conciencia porque muchas veces esa poca adherencia en el afuera a la medicación es porque a veces no entienden por qué la están tomando o cuál es el objetivo. [...] También todo el estigma que tiene tomar medicación que lo traen ellos, gente joven, son gurises jóvenes que tienen que tomar medicación, también sabemos que a los jóvenes les gusta poco tomar medicación o sentir que necesitan mediación para sentirse bien.”*  
(IC4)

La cita del IC4 introduce el trabajo reflexivo que se puede promover acerca de la “medicación”, lo que dependerá en gran parte de la disponibilidad para habilitar el “espacio de diálogo” del profesional correspondiente. Dicho proceso reflexivo que promueve la conciencia de enfermedad para la adherencia al tratamiento farmacológico incide en la “aceptación de la continuidad del tratamiento”, componente de la dimensión del “cambio subjetivo”.

#### Herramientas y habilidades psicosociales

Los datos presentan el componente “herramientas y habilidades psicosociales” con relación a los aspectos del tratamiento que fueron de ayuda para el desarrollo de los cambios. Las “herramientas” si bien son referidas en un sentido general, aparecen asociadas a la instrumentación de elementos que favorecen el logro; “salir adelante” (E1). Por su parte las habilidades psicosociales son aludidas a partir de las descripciones específicas que los entrevistados hacen de los elementos apreñados en la “relación terapéutica”. Dichos elementos han sido identificados como “habilidades psicosociales”. Las “herramientas y habilidades psicosociales” incidirán en la “mejora en el relacionamiento” que aparece como “percepción de las modificaciones”, presentando una temporalidad en la matriz conceptual.

*“A mí se me dieron herramientas. Se me dieron herramientas para yo poder salir de eso y bueno ta´ y poder salir adelante y yo no las desperdié, al contrario las usé y bueno gracias a eso, gracias a todos los que me ayudaron y me dieron herramientas y hoy en día estoy bien.”* (E1)

*“Tenés que pensar dos veces las cosas antes y eso está bueno porque me dejó, eso también me dejó Chanaes viste. El doble o triple pensamiento de viste, de hacer algo, o sea pensarlo antes de hacerlo, muchas veces y de diferentes maneras viste. Entonces eso está muy bueno, fue una etapa que estuvo buena.” (E2)*

*“Y por ahí el tema mira de los impulsos, poder controlar o ser consciente de mis impulsos. Pensar dos veces las cosas antes de hacerlas. Escuchar un poco más con atención, antes de dar una opinión o tipo, salir de la idea. (E3)*

*“Escuchar a otra persona, otro punto de vista que me pueda ayudar a tomar mejores decisiones o algo de eso.” (E4)*

*“Fue complicado pero lo supe llevar, bastante bien en realidad todo. Porque yo me puse a estudiar, empecé a socializar un poco más porque eso es lo que estaba recobrando la realidad estaba bastante complicado empezar a socializar y eso y nada estudiando, haciendo cosas.” (E6)*

Las “herramientas y habilidades psicosociales” aparecen en los datos asociados al reconocimiento de aspectos personales y de su regulación con la intencionalidad de relacionarse asertivamente con otros. Se hace referencia al proceso de pensamiento secundario, la planificación para la toma de decisiones, el reconocimiento y el control de impulsos antecediendo al pasaje al acto, la capacidad de escuchar, considerar opiniones y compartir espacios comunes. Estas habilidades aparecen referidas en función a aspectos del tratamiento que favorecen los cambios en los sujetos, lo que implica pensarlas en relación con lo que se considera aprendido o fortalecido en la “relación terapéutica”. Esto supone que, en un tiempo anterior a la relación, los sujetos presentaban carencias en estas habilidades, lo que aparece en coherencia con las características de las personas que llegan al tratamiento según se planteó anteriormente por los Informantes Calificados. La promoción de las “herramientas y habilidades psicosociales” contribuyen en los modos saludables de relacionamiento de los sujetos con el entorno, lo que aparecerá posteriormente como una de las modificaciones percibidas por los sujetos en la “mejora en el relacionamiento”.

### Gestión del consumo

El consumo de sustancias psicoactivas como uno de los desencadenantes de las problemáticas que llevan a la búsqueda de ayuda atraviesa el proceso de tratamiento

en todas sus dimensiones y lo trasciende, apareciendo asociado a componentes previos y posteriores a la “relación terapéutica”.

A propósito de las “actividades terapéuticas”, el componente aparece asociado a las metas de los sujetos en relación al consumo de sustancias, las que se plantean en una variedad de objetivos, desde la imposibilidad de cuestionarse el consumo en función a las expectativas, hasta el abandono de todas las sustancias, el abandono de algunas y el consumo gestionado. Es en función a estas diferencias que se presentan en los datos, que se decidió identificar el componente con el nombre “gestión del consumo”.

*“Yo llegué un momento que dije ta’ esto lo del consumo no lo quiero más, Dije no quiero drogarme más y bueno ustedes me ayudaron y ta.” “En mi caso, yo dejé hasta el tabaco. O sea ta. Mi único vicio ahora es la comida (se ríe).” (E1)*

*“Era imposible que yo te respondiera sí quiero salir de la droga cuando me drogaba y venían cosas que yo me divertía.” (E2)*

*“Entrar en conciencia con todo el tema del consumo, los factores de protección, qué hacer para evitar ciertas circunstancias. Cuando aparecen los riesgos, cómo evitarlos, eso el día a día mío es así. [...] Considero que dentro de ciertos parámetros se puede llevar hasta un lugar donde ya no sea un abuso.” (E3)*

*“Salir del consumo.” “En la espera estuve bien, no estaba consumiendo nada, sólo fumaba marihuana ahí, pero con lo otro, con la pasta y con la merca no.” “Por ejemplo, ya, sigo sin consumir cocaína y pasta base, fume marihuana un par de veces...y ta.” (E4)*

*“Y yo qué sé, dejar de consumir porque ta, estás aislado ahí, no tienes recursos ninguno y como, yo qué sé, y ta me ayudaron mucho.” (E5)*

*“Después no tener droga por ningún lado, eso te pone, a mí me pone nervioso porque ta (se ríe) no tengo nada. Pero a la vez, yo qué sé, a lo que no te estás drogando vas agarrando como una lucidez mental que te lleva a tomar unas decisiones más concretas.” “Lo del tema de querer fumar marihuana. Eso es como no sé, una piedra ahí, se fue puliendo pero yo que sé, no es lo más conveniente tampoco.” (E6)*

La “gestión del consumo” se significa positivamente para el desarrollo de los cambios con relación a las “expectativas” y las metas que los sujetos se plantean para

el tratamiento. La variedad con la que se presentan implica el ajuste del trabajo terapéutico en función a los deseos e intereses de los sujetos sobre el consumo de sustancias, por lo que la “gestión del consumo” se establece en función al proyecto terapéutico de cada sujeto. *“Es esperable que aparezca la reducción de riesgos y daños con respecto al consumo, como para no hablar de abstinencia porque eso depende de los objetivos de cada uno. No puedo decir que es esperable que deje de consumir porque depende como te digo del objetivo de cada usuario pero sí que se reduzcan los daños y consecuencias negativas con respecto al consumo.”* (IC3)

El planteo de la IC3 se corresponde con lo que refiere el E3 sobre la gestión de los riesgos para el logro de un consumo no problemático. Si bien, es el único entrevistado que hace alusión específica a la concepción de gestión de riesgos y reducción de daños como parte del trabajo terapéutico en el residencial. En su mayoría, los datos se presentan asociados al abandono del consumo de las sustancias de uso problemático como meta del tratamiento siendo para la mayoría, la pasta base de cocaína.

La abstinencia aparece vinculada a otro elemento que se presenta en los datos acerca de la inaccesibilidad a las sustancias que se genera en el centro. Dos de los entrevistados hacen referencia a esto, significando la idea de *la burbuja* que se ha mencionado en componentes anteriores. Este elemento reivindica el deseo de los usuarios de abandonar el consumo y su voluntariedad en dicho proceso, entendiendo la lógica de puertas abiertas del residencial que no garantiza que no se presenten situaciones de consumo mientras las personas realizan el tratamiento. Esta inaccesibilidad aparece como instauración simbólica del corte que opera la estructura del residencial en los sujetos.

*“A veces, hemos tenido gurises acá que han estado más de la mitad de la vida consumiendo ¿no? [...] También ellos lo entienden así o por lo menos yo trato que les quede claro ahí, que los movimientos acá son más allá de acá, porque acá también lo repito varias veces con ellos, acá es muy fácil dejar de consumir, acá si el objetivo es ese digo, dejar de consumir, acá es facilísimo. La mayoría de ellos logra dejar de consumir acá adentro. El tema es afuera.”* (IC4)

La “gestión del consumo” implica el abordaje de los componentes del “momento crítico” en función al reconocimiento del consumo problemático, con la finalidad de incidir en los factores de riesgo y de protección. *“El tema de conciencia de enfermedad y conciencia de consumo problemático, esos son cosas que van apareciendo en el tratamiento y que nosotros trabajamos con ellos. En esto de la conciencia de enfermedad trabajamos mucho con los hábitos saludables y hábitos no saludables que fueron en su momento capaz dificultades y que fueron factores de riesgo cuando ellos*

*estaban en territorio y bueno, trabajar esto de cómo gestionar los riesgos y daños en territorio y estando acá adentro también.” (IC1)*

Se observa en los datos que las “actividades terapéuticas” valoradas por los entrevistados como favorecedoras para los cambios, presentan una transversalidad en función al objetivo principal que plantea el centro: “promover procesos de autonomía saludables y sostenibles” (programa de Centro Chanaes, 2013). Esto se evidencia en cuanto a la temporalidad que aparece en los componentes que son significados como aprendizajes en la “relación terapéutica” para su continuidad al egreso del tratamiento. Este aprendizaje implica un continuo adentro/afuera que configura un modelo de trabajo basado en la desinstitucionalización, en la búsqueda del fortalecimiento de las “herramientas y habilidades psicosociales” de los usuarios para funcionar independientemente a la ayuda institucional. Con esto, la configuración del “*centro de puertas abiertas*” (IC2) supone que las “actividades terapéuticas” que se desarrollan dentro del residencial, operen en vías de la *educación* para la autonomía de sus participantes. El factor educativo que atraviesa a los componentes aparece en coherencia con el programa del centro, ya que se propone como programa educativo-terapéutico. A partir de los datos se observa que el límite entre lo educativo y lo terapéutico se vuelve difuso. Lo educativo guía y orienta a los usuarios en aspectos que pueden ser beneficiosos para su salud y favorecedores del bienestar subjetivo, implicando esto la incidencia de los vínculos con el entorno y la capacidad de convivir con otros. *“Que la persona se sienta bien consigo mismo, con las otras personas, con el mundo. Es como difícil de describir qué es el bienestar porque es algo subjetivo que cada uno sabe lo que es estar bien para ellos. Pero bueno, tener una vida más saludable y más adaptativa con respecto a, consigo mismo y con los otros, como poder conseguir sus objetivos sin, no sé como lo puedo decir, sin pasar por arriba como del resto digamos, pudiendo respetar las normas sociales y como poder adaptarse a la sociedad.”* (IC3)

Continuando con la función de lo educativo, es interesante pensar que se denomina educadores a las personas del equipo que desempeñan los cargos de cuidado y acompañamiento en el cotidiano del residencial, quienes realizan más horas de trabajo con los usuarios y, por lo tanto, comparten mayor cantidad de actividades y tareas junto con ellos. Las implicancias de este tiempo compartido aparecen en los datos asociadas a las valoraciones positivas de los “espacios de diálogo” que, como se mencionó anteriormente, se preponderan por sobre los espacios de encuentro con otros técnicos del equipo como sucede con las psicólogas.

En relación a otras actividades y roles dentro del equipo que no aparecen significativamente en los datos, se destaca la ausencia de referencias específicas al Trabajo Social. Si bien se hacen alusiones a elementos que implican el desempeño de quien ocupa el cargo (actividades de inserción social, intervenciones con familias, salidas recreativas) no aparecen menciones significativas sobre el rol o sobre actividades específicas gestionadas por el área.

En cuanto a la oferta de talleres que se presentan en el residencial, solamente un entrevistado lo destaca como significativo en su tratamiento:

*“Y a mí lo que más me gustó fue el taller de herrería. Porque a mí me gustan los fierros. Los fierros, me refiero a los autos, ¿no? Y en herrería se trabaja con los fierros y eso y soldamos y todo eso. La cocina también.” (E1)*

En el resto de los participantes, los talleres son aludidos en ocasiones haciendo referencia a aspectos de la “relación terapéutica” que se identificaron principalmente en relación al “entorno normativo” y la “rutina”. Esto promueve a pensar en el carácter estructural que se asocia a dichas actividades, comprendidas con una intencionalidad ocupacional por sobre lo terapéutico. Respecto a esto, se hallan contradicciones entre la percepción de los usuarios sobre los talleres y lo que se plantea de parte del equipo: *“Un taller de cocina, un taller de panadería y un taller de carpintería, entre otros que son un montón, apoyo pedagógico, educación física, entiendo que son terapéuticas, en realidad. No son específicamente psicoterapéuticas quizás pero son terapéuticas en el hecho de que están pensadas y tienen una intencionalidad terapéutica, no únicamente en el aprendizaje que está pensado, de un aprendizaje que está por ejemplo, con distintos objetivos como lo es trabajar la paciencia, trabajar la comprensión, la empatía, el respeto por el otro entonces para mí tienen un fin terapéutico.” (IC2)*

En el marco de las “acciones terapéuticas”, la dimensión de la “estructura” establece el marco en el cual se desarrollan las “actividades terapéuticas”. El “entorno normativo” de la “estructura” supone que las “actividades terapéuticas” atienden a las mismas lógicas de “convivencia” y de “contención afectiva y confianza”, siendo cada componente en sí mismo, favorecedor de los cambios. La “relación terapéutica” que se ha constituido, atravesada por la función educativa, se presenta como un ejercicio (*entrenamiento*, E6) para la vida fuera del residencial.

*“Tratamos de trabajar la autonomía saludable desde el primer día en todas las personas. El tema de la autonomía creo que es otra de las cosas que se intenta y que en muchos casos se ha logrado intervenir en esa línea de la autonomía, más allá de la patología o de los factores sociales que haya por detrás se trabaja la autonomía desde*

*el primer día, en cuanto a que ellos puedan manejarse más saludablemente, independientemente, más allá de lo patológico digamos. Ya sea manejar el tema del dinero, manejarse solos en cuanto a integración social, a manejarse solos en la sociedad digamos, cuando así se considere.” (IC1)*

### 5.2.2.2 Cambio subjetivo

<b>Cambio subjetivo</b>	<b>Reconocimiento y resignificación de sí mismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento sobre sí mismo</li> <li>• Reconocimiento de sí mismo</li> <li>• Aceptación de la continuidad del tratamiento</li> </ul>
	<b>Percepción de modificaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de competencia</li> <li>• Mejora afectiva</li> <li>• Organización de pensamiento</li> <li>• Habilidades psicosociales</li> </ul>

Los cambios subjetivos aparecen como la percepción de los entrevistados de algo nuevo a partir del proceso de tratamiento. Se presenta como subcategoría de la “relación terapéutica” en tanto los cambios son promovidos en el tratamiento a partir de las “acciones terapéuticas”. Se presentan dos dimensiones de la subcategoría “cambio subjetivo”: “reconocimiento y resignificación de sí mismo” y “percepción de modificaciones”. Los componentes de estas dimensiones se articulan dinámicamente con los componentes de la matriz conceptual en todas sus dimensiones y categorías, siendo que los cambios pueden analizarse con una lógica temporal a partir de la cual se desprenden las comparaciones conceptuales en un antes y un después del tratamiento. En la primera categoría central en la cual se genera el “proceso hacia la ayuda” los cambios aparecen asociados a la búsqueda de una situación diferente a la que se experimenta en el “momento crítico”. En la tercera y última categoría central, la “evolución de lo terapéutico” supone la consolidación de los cambios en “acciones orientadas” una vez que se finaliza el tratamiento en el residencial. Esta transversalidad en las interacciones de los componentes se correlaciona con las categorizaciones teóricas de Krause (2011), quien define que “el cambio psicoterapéutico genérico tiene que ver, en primer término, con la mirada subjetiva del consultante, con respecto a sí mismo y a sus dificultades, a sus problemas y síntomas y con respecto a la relación de éstos con el entorno en que acontecen.” (2011, p.333)

#### 1) Reconocimiento y resignificación de sí mismo.

Esta dimensión agrupa componentes que aparecen relacionados al proceso en el cual los entrevistados piensan y/o resignifican aspectos sobre sí mismos. Para

algunos este proceso habilita el descubrimiento de nuevos aspectos, otros crean asociaciones entre sus síntomas, sus historias y su entorno, otros logran la construcción de constructos subjetivos. Los componentes de esta dimensión se vinculan con la “contención afectiva y confianza” de la “estructura”, que posibilita la seguridad afectiva necesaria para la alianza terapéutica.

Los tres componentes que se presentan en esta dimensión habilitan una lectura con un sentido lógico y temporal: “conocimiento sobre sí mismo”, “reconocimiento de sí mismo” y “aceptación de la continuidad del tratamiento”.

### Conocimiento sobre sí mismo

Como primer componente del proceso de resignificación se presenta en los datos el “conocimiento sobre sí mismo”. Aparece asociado a una temporalidad que indica para algunos la inauguración de algo novedoso, como un aspecto que no se encontraba anteriormente en la vida de los sujetos y para otros como un aspecto que se profundizó durante el tratamiento.

*“Lo que pude, que lo sigo haciendo es conocerme a mí mismo.” (E1)*

*“Después del Vilardebó que llegué a Chanaes yo creo que ahí recién estaba empezándome a preguntarme qué carajo quiero yo y qué carajo me pasó.” (E2)*

*“Fui trabajando más en mi personalidad, en todo un poco, aspectos personales míos y cosas a mejorar también. [...] Me ha formado en eso, en ser más consciente de mí mismo.” (E3)*

*“Me faltaba aprender muchas cosas. Mi cabeza como que todavía era bastante inmadura, tenía una cosa fija y quería eso y lo demás no lo pensaba muy bien y después, con el segundo bombazo que me di ya, empecé a ver las cosas distinto.” (E6)*

El “conocimiento sobre sí mismo” se presenta como punto de partida para el proceso de resignificación que los sujetos realizan en la “relación terapéutica”. Precedido por la interacción de todos los componentes que se han presentado hasta el momento, el “conocimiento sobre sí mismo” se habilita o se profundiza en un tiempo y espacio determinado por una “estructura” que genera la seguridad y la contención afectiva necesaria para el despliegue de los aspectos más internos. Este momento aparece como contrapartida de lo que se experimentaba a modo de crisis, el alivio del

padecimiento subjetivo enlazado con el tiempo habilitado en el residencial posibilita el espacio para la reflexión.

*“Y el primer cambio es conocerse me parece. Lo que pasa que estos gurises afuera, por un millón de circunstancias no les dio tiempo de sentarse a pensar a veces lo que les pasa y qué quieren de ellos y qué son y qué entienden y por qué son así o un montón de preguntas que capaz que nosotros nos hemos hecho, bueno, nosotros que hemos hecho terapia más todavía pero digo, que la gente a veces tiene un espacio para poder hacérselas no solo en terapia sino en su vida, preguntas más existenciales y capaz gurises que han estado todo el día en la rueda, en la rosca, cosas como que no, que también va por eso de tener ciertas cosas aseguradas entonces yo me puedo sentar a pensar. [...] Entonces me parece que les da ese tiempo o ese espacio de reflexión que es lo primero.” (IC4)*

El “conocimiento sobre sí mismo” asociado al espacio y al tiempo para la reflexión no aparece necesariamente ligado a los “espacios psicoterapéuticos”, sino que se establece en un marco más amplio que en este caso se configura en la “relación terapéutica”. Anteriormente, en los componentes conformados en las “actividades terapéuticas” se planteó la predominancia de los “espacios de diálogo” para la promoción de los procesos de pensamiento, favorecidos en los encuentros con los educadores. Sin embargo, el “conocimiento sobre sí mismo” se promueve también en la instrumentación de otros recursos que no se fundamenten en el uso de la palabra, buscando la reflexión desde otros ámbitos y favoreciendo el acceso para quienes puedan encontrar dificultades en la palabra como técnica terapéutica. *“Quizás el uso de la palabra no es su mayor facilidad o vemos que no está pudiendo utilizar tanto la palabra como nosotros esperamos, bueno a buscar recursos, a buscar recursos para ver de dónde puede expresar sus emociones, pero es poder expresarse y poder manifestarse y poder descubrirse. [...] Hay una pérdida, con un consumo problemático muchas veces para que hay una pérdida de intereses muy importante. [...] Entonces hay un trabajo muy arduo no sólo de lo psicoterapéutico sino de los talleres de buscar cosas afuera [...] ‘Lo que a vos te interese a partir de tus conocimientos, de tu personalidad’.[...] Para que haya un cambio está bueno que aparezcan intereses, diferentes intereses.” (IC2)*

Este componente, identificado como el primer paso en el proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo” en el “cambio subjetivo”, se vincula al indicador de cambio 5 (Krause y Dagnino, 2006): *descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales.*

### Reconocimiento de sí mismo.

Se identifica el componente “reconocimiento de sí mismo” en los datos que implican el descubrimiento de aspectos personales asociados con las concepciones teóricas del ámbito psicológico. Es el reconocimiento que los sujetos hacen sobre sí mismos, en función a la resignificación de sus historias de vida, comprendiendo las vulnerabilidades específicas que conectan con un marco teórico de significados en relación a la patología dual.

*“Tristemente mi mente cambió, pero creo que no cambió por la sustancia tampoco ¿no? Creo que yo desde chico también ya tenía ciertas cosas que capaz que son pensamientos y escucharse el pensamiento de la persona no es tener ningún diagnóstico. Pero yo lo deduje a eso. Deduje a que todos mis pensamientos, mi forma de pensar, lo que escucho, lo que leo, lo que aprendo, el error físico o mental o las cosas que hago se transformaron en diez veces peor y en todo tipo de cosas y maneras que pueden llegar a pasar en tu mente y en las cosas que vos hagas, a través del consumo de estupefacientes y de un cierto activación entre comillas de una esquizofrenia.” (E2)*

*“El tener dos mundos en mi mente, por más medicación y por mas forma de vivir, normal que tengas, siempre voy a ser yo el problema. Tengo que vivir con eso. Y eso no cambió. Por más que achique la diferencia, por más de que cambie de mundo por más que forme un calco en mi cabeza del calco real, siempre va a haber una diferencia en mí que no la va a tener otra persona, o que la puede tener otra persona de diferente manera. [...] Espero que algún día se me haga, no sé. No espero que se me haga más leve porque estaría en la misma pero tampoco puedo llegar a esperar que se me vaya porque me re contradigo porque es una enfermedad mental que va a permanecer para el resto de tu vida ¿verdad? Por una parte me entristece y por otra parte sé que se puede, estar a un nivel que bueno, vivir una vida estable, tranquila y bueno. Como lo hacen otros ¿no?” (E2)*

*“Yo me defino o me siento enfermo cuando no, es como que dejo de ser yo, dejo de preocuparme por las mismas cosas o me dejan de interesar las mismas cosas, empiezo cómo hacer énfasis en aspectos más, más oscuros digamos o en las cosas que son más engorrosas digamos, dentro de lo que yo percibo o de las cosas que yo veo como que resaltó las cosas malas, como que les doy más importancia, soy más pesimista digamos. Es como que me vuelvo así eh, cómo que no sé todo lo que pase a mí me da igual y sé que, tengo presente lo que la gente está haciendo mal y todo está mal y hay que corregirlo pero, o sea es como así violento, impotente, de querer imponer*

*así. Ese sería el Fabio, el Fabio enfermo, por lo que yo percibiría como esa psicosis, es como lo veo yo, medio cínico también como indiferente también en algunas ocasiones pero ta, muchas veces eso también era una forma de evasión porque ta, a las cosas que se escapaban de lo que yo podía hacer.” (E3)*

*“A los 19 no me habían diagnosticado nada antes de eso y fue por el abuso consumo de cocaína creo que me diagnosticaron esa enfermedad y por eso creo que, por eso creo que sí consumo eso me pueden dar ataques esquizofrénicos o algo así. No lo pienso de todas las drogas porque la marihuana también me dijeron que hace mal, pero no creo que me haga tanto mal. Pero ta. Por ejemplo la cocaína y lo otro sí es obvio.” (E4)*

El “reconocimiento de sí mismo” se presenta a través del proceso de pensamiento que los sujetos hacen sobre sus historias de vida, resignificándolas a partir del modelo explicativo compartido en la “relación terapéutica”. La aceptación de un contexto de significado psicológico compartido entre consultante y terapeuta se presenta como elemento fundamental para el proceso de cambio en los patrones de interpretación (Krause, 2011, p.340), siendo indicador de la *aceptación del terapeuta como profesional competente* (indicador de cambio genérico 3). Este indicador da cuenta de la confianza depositada en la “relación terapéutica”, siendo crucial para el desarrollo de la alianza terapéutica (Valdés, et al., 2005, p.16) El “reconocimiento de sí mismo” en comparación con el componente anterior, aparece vinculado en mayor medida con los “espacios psicoterapéuticos” con relación a la función introspectiva que éste promueve. El logro introspectivo de los usuarios en estos espacios estará determinado por sus “expectativas”, sus deseos y sus capacidades, siendo éstos elementos condicionantes en la consolidación de los cambios. *“Tener la escucha y la referencia. Me parece que eso, que también depende del usuario después si lo va a usar o no. [...] Algunos que aprovechan más los espacios porque se piensan mucho más y otros que en general te hablan de cosas más superficiales. Pero, obviamente que eso hace también al tratamiento de cada uno. Y en esos cambios en general yo creo que los que más profundizan en los espacios terapéuticos y en los encuentros con otras personas son los que pueden hacer esos movimientos de los que hablamos hoy, más a largo plazo y que más perduran.” (IC4)*

En base al “conocimiento sobre sí mismos”, los sujetos inician un proceso de construcción que les permite identificarse siendo parte de una historia de vida particular, se re-conocen, habilitándose a adjudicar sentidos al sufrimiento psíquico. Los datos aparecen asociados a los aspectos estructurales de la personalidad, a la idea de lo que

se configura como crónico, a los aspectos dinámicos que vinculan la interacción de las sustancias psicoactivas. El “reconocimiento de sí mismo” se vincula con varios indicadores de cambio de la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause y Dagnino, 2006) que pueden relacionarse con los datos: *reconocimiento de la propia participación en los problemas* (ind. 7): “a través del consumo de estupefacientes” (E2), “que me vuelvo así eh, cómo que no sé todo lo que pase a mí me da igual” (E3), “por el abuso consumo de cocaína creo que me diagnosticaron esa enfermedad” (E4).

*Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo* (ind. 8): “siempre va a haber una diferencia en mí que no la va a tener otra persona” (E2), “es como que dejo de ser yo, dejo de preocuparme por las mismas cosas” (E3), “creo que sí consumo eso me pueden dar ataques esquizofrénicos” (E4).

*Establecimiento de nuevas relaciones entre: aspectos propios, aspectos propios y del entorno, y aspectos propios y elementos biográficos* (ind. 11): “creo que yo desde chico también ya tenía ciertas cosas que capaz que son pensamientos” (E2), “tengo presente lo que la gente está haciendo mal y todo está mal y hay que corregirlo pero, o sea es como así violento, impotente, de querer imponer así. Ese sería el Fabio, el Fabio enfermo, por lo que yo percibiría como esa psicosis” (E3).

*Reconceptualización de los propios problemas o síntomas* (ind. 12), “Deduje a que todos mis pensamientos, mi forma de pensar, lo que escucho, lo que leo, lo que aprendo, el error físico o mental o las cosas que hago se transformaron en diez veces peor y en todo tipo de cosas y maneras que pueden llegar a pasar en tu mente y en las cosas que vos hagas, a través del consumo de estupefacientes y de un cierto activación entre comillas de una esquizofrenia.” (E2), “Yo me defino o me siento enfermo cuando no, es como que dejo de ser yo” (E3), “No lo pienso de todas las drogas porque la marihuana también me dijeron que hace mal, pero no creo que me haga tanto mal. Pero ta. Por ejemplo la cocaína y lo otro sí es obvio.” (E4)

*Transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros* (ind. 13): “Por una parte me entristece y por otra parte sé que se puede, estar a un nivel que bueno, vivir una vida estable, tranquila y bueno. Como lo hacen otros ¿no?” (E2), “medio cínico también como indiferente también en algunas ocasiones” (E3).

El “reconocimiento de sí mismo”, suponiendo la identificación de las vulnerabilidades específicas, se vincula a la conciencia de enfermedad y la construcción que los sujetos hacen sobre sus concepciones de enfermedad. Esto presenta relación con el componente siguiente, sobre la “aceptación de la continuidad del tratamiento”.

### Aceptación de la continuidad del tratamiento.

El proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo” se compone también de la “aceptación de la continuidad del tratamiento”, lo que adquiere un sentido lógico a partir de los dos componentes anteriores. La aceptación de continuar sosteniendo acciones terapéuticas para el cuidado del bienestar subjetivo y el mantenimiento de los cambios subjetivos implica el reconocimiento de los aspectos personales asociado a las vulnerabilidades específicas.

*“Voy al psiquiatra al Vilardebó. [...] Voy a narcóticos anónimos. [...] Voy a buscar ciertos pensamientos y forma de vivir de otra persona. [...] Capaz que sin darme cuenta estoy agarrando otro tipo de cosas de eso ¿no? pero lo puedo agarrar de eso o lo puedo agarrar de una psicóloga, o lo puedo agarrar de cualquier cosa que haya gente que tenga diferentes formas de pensar y que hayan tenido alguna patología o alguna adicción como yo tuve ¿no?” (E2)*

*“Entonces es como te decía recién, bueno que te decía hoy, de tener las mejores herramientas para cuando nos pasan las peores cosas, tipo saber, estar preparado. O sea, por ahí no siempre sabes qué hacer, pero tenés una noción de ayuda, está bueno. Y a veces encontrarte con algo que no te esperás, te hace a aprender también, entonces es como un proceso, está bueno. Yo creo que el tratamiento nunca termina en realidad. [...] El tratamiento sigue con lo que te ha funcionado una vez, te tiene que seguir funcionando, o sea, saber que, digamos. Adaptarlo, porque es un método.” (E3)*

*“Después entré en Chanaes hice una rehabilitación, no me fui con el alta pero me egresaron porque hice las cosas bien y ta, ahora no he consumido nada. Sí sigo con mi patología obviamente, me estoy tratando y ta eso.” (E4)*

*“Sigo siendo un pilche pendejo pero ahora soy más vivo (se ríe). Tampoco quiero que se aleje mucho eso pero aprender a limar un poquito más me falta.” (E6)*

Los datos presentan una temporalidad asociada a lo que se logra en la “relación terapéutica” y lo que se continúa posteriormente. Aparecen acciones que se sostienen al egreso, vinculadas con la continuidad del tratamiento, ya sea sosteniendo el tratamiento farmacológico, vinculándose a espacios de cuidado, manteniendo lo aprendido en el residencial o absteniéndose del consumos de sustancias.

La “aceptación de la continuidad del tratamiento” se vincula con el reconocimiento de lo que se presenta en la estructura de la personalidad, ligado a la

noción de lo crónico, implicando esto la conciencia de enfermedad. Al respecto, Krause (2011) plantea que la conciencia de enfermedad aparece en el desarrollo de la relación de ayuda como la transformación de lo que se presentaba anteriormente como la autopercepción crítica (p.211). La conciencia de enfermedad aparece en los datos promoviendo las acciones que orientan el comportamiento para mantener los cambios alcanzados, en coherencia con el trabajo terapéutico realizado en conjunto con los técnicos. *“La conciencia de enfermedad tiene que ver con esto de la importancia de toma de la medicación, con la importancia de concurrir al médico de concurrir a terapia.”* (IC1)

La orientación del comportamiento se presenta como una de las funciones de las teorías subjetivas (Krause, 2011). Si bien, como se aclaró antes, en esta tesis no se concluye en la conformación de teorías subjetivas, se puede observar que las acciones orientadas aparecen a partir de los elementos que se conforman en el “reconocimiento de sí mismo”, las que serán identificadas en la categoría central siguiente, en la “evolución de lo terapéutico”.

El proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo” en la interacción de sus componentes como aparece en los datos, presenta variaciones en los sujetos en el alcance de los nuevos patrones de interpretación. En algunos, los nuevos modelos explicativos operan en la fundamentación de sus problemas, en otros se establecen asociaciones entre diferentes situaciones y síntomas, mientras otros avanzan en la resignificación de sus biografías. Arribado este punto, es necesario plantear una limitación de la investigación acerca del estudio de las teorías subjetivas, no siendo éste un objetivo de la misma. No se encuentran en los datos los elementos para generar un análisis en ese sentido. Lo que se presenta como hallazgo de la investigación a partir de la exploración de los cambios subjetivos, es la presencia de los indicadores cualitativos de cambio señalados hasta el momento, que concluyen en la *formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo, a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas* (ind. 14, Krause y Dagnino, 2006). Los constructos subjetivos se representan a través de los aspectos que se perciben como modificaciones por los sujetos y en las acciones orientadas al egreso de la “relación terapéutica”.

El “reconocimiento y resignificación de sí mismo” tiene implícito un sentido de movimiento que es referido por los Informantes Calificados en cuanto a su configuración como proceso, a la vez que es constituido por la presencia de movimientos que se espera que aparezcan en su desarrollo. *“Y esperable que aparezca. Y crisis, no sé, cambios, angustias. Digo en esto si los cambios son profundos y son como sacudones ¿no? Tiene que sacudirte un poco de todo esto. Las historias en general son bastante*

*complicadas y los gurises tienen mucha cosa para trabajar. En general antes del consumo, el consumo siempre termina siendo el condimento de una historia horrible ¿no? Que la mayoría de las veces ya viene de antes con, con abuso, con abandono, con negligencia, un montón de cosas para trabajar la mayoría de los gurises que llegan acá. Y en esos movimientos si son reales va a haber angustias, va a haber malestar, va a haber crisis, por eso te digo, necesarias ¿no?” (IC4)*

Las angustias a la que se refiere el IC4 pueden pensarse además vinculadas al reconocimiento de las vulnerabilidades de los sujetos en lo que define la conciencia de enfermedad; *“tristemente mi mente cambió” (E2)*. En esto, aparece la relevancia de la confianza de los sujetos hacia los técnicos, en la aceptación de sus competencias y del modelo explicativo compartido, en cuanto se acepta la explicación que los técnicos atribuyen al padecimiento de los sujetos, con la que éstos se muestran afines para reconocerse y resignificarse a partir de las misma. El rol de los técnicos en este sentido, en función al modelo teórico desde el cual se posicionen, será de suma importancia en la “aceptación de la continuidad del tratamiento” de los sujetos, en sus modos de comprensión sobre su sufrimiento psíquico y el posicionamiento desde el cual operen de aquí en adelante. *“Consideramos que trabajando desde el sufrimiento psíquico permite un mayor acercamiento y una no estigmatización y una no segmentación de bueno, la psicopatología es una cosa y yo que estoy parada acá soy otra, y como esto del sufrimiento psíquico implica una amplitud y pensar la salud mental no como la ausencia de enfermedad también sino como algo mucho más complejo ¿no? Porque si no en realidad, los usuarios nunca tendrían buena salud mental porque tienen una enfermedad crónica digamos.” (IC2)*

## **2) Percepción de modificaciones.**

Se decidió denominar a la dimensión “percepción de modificaciones” en base a la presentación de los datos de la investigación de Contino (2015), para agrupar los componentes que aparecen como la percepción de las modificaciones que los entrevistados identifican en sí mismos y en sus relaciones con el entorno a partir de la “relación terapéutica”. La percepción de modificaciones tiene implícita la correlación que se establece entre los componentes que la conforman y los componentes vinculados al “momento crítico” previo al contacto con la ayuda.

### Sentimientos de competencia

Aparecen cambios relacionados a la autopercepción de los entrevistados. Este componente toma el nombre directo de Krause y Dagnino (2006) quienes refieren al indicador de cambio número 10 como *aparición de sentimientos de competencia*.

Plantean que estos sentimientos aparecen asociados al cambio en las representaciones que los sujetos realizan a partir de la terapia y que suelen manifestarse como la mejora en la autoimagen, autoestima y autonomía.

*“Eso ayudó a aquel señor Fabio se empeñe de otra forma ¿no? mejor quizás, más segura más eh, digamos con más... con más énfasis en algo que que le saque provecho digamos.” (E3)*

*“Ahora estoy mejor sí, del autoestima estoy mejor.” (E4)*

*“Me sentí seguro porque yo antes de salir de ahí, me sentí seguro.” (E5)*

*“Pero al ir agarrando confianza, ahora estoy bastante bien, tranquilo, voy conociendo. [...] La actitud, la madurez y un poco la experiencia, bueno un poco no.” (E6)*

Los sentimientos de competencia que aparecen en los datos se asocian principalmente con la percepción de seguridad de los entrevistados. Esto presenta relación con la vivencia de seguridad a la cual se refiere Krause (2011), que resulta fortalecida a partir de las funciones de las teorías subjetivas. Con la limitación de la investigación para la identificación de teorías subjetivas, no se puede avanzar en el análisis por este camino. Sin embargo, parece sensato plantear que las vivencias de seguridad que se presentan en los entrevistados se relacionan con la interacción de los componentes de las “acciones terapéuticas”, teniendo en cuenta principalmente, los períodos de tiempo de los tratamientos en el residencial. En este sentido, los componentes vinculados a la “estructura” de la “relación terapéutica” operando en vías de generar un espacio de seguridad afectiva, en conjunto con el desarrollo de las actividades que operaban con la misma intencionalidad, parecen operar dando por resultado la mejora en el autoconcepto de los entrevistados, lo que surge como el fortalecimiento de su seguridad. La promoción de la autonomía que se plantea como objetivo del programa del centro en articulación con el carácter participativo de la propuesta educativo-terapéutica parece operar en este sentido.

Los “sentimientos de competencia” además de conformarse como un indicador en sí mismo según Krause y Dagnino (2006), se asocian al indicador de cambio 13: *transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros* (Krause y Dagnino, 2006).

### Mejora afectiva

En los datos aparece la percepción de una vivencia afectiva valorada positivamente en comparación a la situación previa al tratamiento.

*“Mejor que nunca. O sea, porque disfruto de mi mismo. Yo me divierto yo mismo.”*  
(E1)

*“Yo estaba más tranquilo, ya sabía la manera de vivir de Chanaes, sabía lo que sí, lo que no, y hasta lo que no se dice también. Entonces empecé a ta, a tranquilizarme yo y hacía, realmente hacía cosas que no quería hacer pero tenía que hacerlas para que esté todo bien. O sea lo mismo viste, un poco más de lo mismo. Lo mismo pero con diferente forma de sentir y vivir.”* (E2)

*“Cosas que ahora no pasan, no me pongo mal ni nada, al revés siempre estoy así buena onda y todo.”* (E4)

*“Fue como que, no sé, como que te metieran un colchón, vos estás hace un montón de tiempo sin dormir y que te metan un colchón de dos plazas o una plaza y media y te digan quédate ahí, eso pienso yo. Calma.”* (E6)

La “mejora afectiva” se percibe como modificación del “malestar afectivo” que se presentaba a modo de síntoma en el “momento crítico” y aparece como la inauguración de un modo de existencia más tolerable; *“lo mismo pero con diferente forma de sentir y vivir.”* (E2) Esto se reconoce en el indicador de cambio genérico 9: *manifestación de un comportamiento o emoción nueva* (Krause y Dagnino, 2006).

La búsqueda del alivio emocional, impulsada por la intolerancia de la situación de crisis, incidía en la consolidación de “expectativas” sobre la búsqueda del bienestar subjetivo, lo que aparece referido en los datos como metas alcanzadas y se proponía por los Informantes Calificados como tarea terapéutica. La “mejora afectiva” aparece como parte del proceso terapéutico en tanto implica un trabajo que se busca generar de parte de los técnicos. *“Yo pienso en el movimiento porque me da esto a algo no estático ¿no? A algo dinámico en realidad, algo que se transforma, que va cambiando y creo que es principalmente en lo que respecta a la subjetividad. [...] Hace un movimiento y logra correrse un poco de ese lugar que le estaba generando angustia que le estaba generando problema.”* (IC2)

La “mejora afectiva” se presenta en los datos asociada a la vivencia de seguridad; *“mejor que nunca”* (E1), *“cosas que ahora no pasan”* (E5), *“como que te*

*metieran un colchón” (E6); lo que representa las relaciones dinámicas y recíprocas de este componente con el anterior. La “mejora afectiva” incide en los “sentimientos de competencia” a la vez que éstos últimos favorecen la primera.*

### Organización de pensamiento

Entre los cambios que se perciben, aparecen aspectos asociados a la “organización del pensamiento”, como modificación de la desorganización que se presentaba a modo de crisis en un tiempo anterior al tratamiento.

*“A no querer ese tipo de mentalidad y querer otro tipo de mentalidad pero un poco más acorde a la normalidad y a una manera de vivir más, o sea diferente. Sí sí cambia. Por lo menos a mí me pasó, no sé si a otros pero a mí sí.” (E2)*

*“Yo considero que había aflorado en el momento de crisis, de enfermedad digamos, había aflorado un Fabio que se fue organizando, que sí fue cambiando ciertos aspectos de su vida que por ahí algunos fueron internos otros fueron externos, factores ¿no? propios modificados. [...] Prioridad empezar a organizar esas ideas y poner una prioridad. Primero hago esto, me facilita este objetivo si tomo este camino u otro camino, entonces ahí vas con la capacidad de discernir qué es lo que te conviene en ese momento también.” (E3)*

*“Mi cabeza como que todavía era bastante inmadura, tenía una cosa fija y quería eso y lo demás no lo pensaba muy bien y después, con el segundo bombazo que me di ya empecé a ver las cosas distinto.” (E6)*

Los cambios aparecen asociados a lo distinto y a lo normal, dando cuenta de la conceptualización que los sujetos hacen sobre sí mismos en los momentos de crisis. Esto tiene implícito el proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo”, articulándose con el indicador de cambio genérico 12: *reconceptualización de los propios problemas o síntomas* (Krause y Dagnino, 2006).

La “organización del pensamiento” que aparece percibida como cambio a partir de la “relación terapéutica” se presenta asociada al despliegue de los recursos personales para accionar en función de la misma; *querer* (E2), *organizar*, *discernir* (E3), *ver* (E6). Esta capacidad de los sujetos para operar en vías de favorecer esta organización puede relacionarse con la interacción de los componentes de las dimensiones de las “acciones terapéuticas”; tanto la “estructura” como las “actividades terapéuticas”, aparecían

aportando a la organización subjetiva y educando en hábitos y habilidades para la organización. Por otra parte, la “organización del pensamiento” encuentra incidencia de factores más externos al sujeto, como lo puede ser la acción farmacológica de la “medicación”, destacándose la relación con este componente entre las “actividades terapéuticas”.

### Mejora en el relacionamiento

Los datos presentan las modificaciones percibidas en los modos de relacionamiento con el entorno, valorándose positivamente como mejoras en relación a las experiencias previas al tratamiento.

*“El tema de respetar las verdades de los demás, no quiere decir que dejes de lado de la tuya pero así como tienes la tuya, eh es natural que otros tengan otra visión de las cosas y también es respetable, todo eso que por ahí antes yo no tenía presente y que fui incorporando y que eso me ayudó a mejorar el relacionamiento con la gente y que eso me hizo sentir más cómodo en cuanto a, a todas las inquietudes y cuestiones que surgen en mí a la hora de encontrar eso, o discrepancias o diferentes puntos de vista o gente que no piensa igual que eso o que no se maneja de la misma forma que yo.” (E3)*

*“Sí, sí mi familia cambió un montón sí. Porque ta por ahí las mismas cuestiones no se encarar de la misma forma o se sabe poner más en palabras, o ya se ve de otra forma. Entonces se generó otro vínculo, otra convivencia también. Yo considero que eso fue parte también de yo querer un cambio para mí, para mi vida y mi familia también querer lo mismo, ¿no?” (E3)*

*“Escuchar otra persona, otro punto de vista que me pueda ayudar a tomar mejores decisiones o algo de eso.” (E4)*

*“Y lo que aprendí en Chanaes me hizo llevarme bien con mis tíos, que no iba a pasar si no lo hubiese hecho.” (E6)*

Las modificaciones en el relacionamiento con el entorno aparecen vinculadas con el aprendizaje que los sujetos realizan en el residencial, promovido en base a la “estructura” y a partir de las “actividades terapéuticas”, y lo que efectivamente logran poner en funcionamiento. Además de estar referido en un sentido general, “*mejorar el relacionamiento con la gente*” (E2), aparece relacionado especialmente con los

referentes socioafectivos del entorno inmediato. Entre las “actividades terapéuticas”, el componente “herramientas y habilidades psicosociales” parece favorecer en mayor medida a estos cambios.

La “mejora en el relacionamiento” comparada con el “deterioro en los vínculos con la familia” y las “dificultades en el relacionamiento con el entorno” que se configuraban en el “momento crítico”, aparece ligada a una valoración positiva. Los vínculos familiares, si bien aparecen referidos a lo que se percibe como cambios en modos de relacionamiento más saludables, no se plantean con relación a las “expectativas” de los sujetos en el “proceso hacia la ayuda”, ni se presentan significativamente asociadas a las “acciones terapéuticas”. Sin embargo, el trabajo sobre los vínculos familiares aparece como propuesta terapéutica en el programa del centro y es calificada como fundamental por los Informantes Calificados. *“Todo es importante pero lo fundamental es el trabajo con la familia. Ya sea una llamada telefónica donde se pueda mantener una entrevista telefónica, los espacios de talleres multifamiliares, entrevistas que realizamos en conjunto con la trabajadora social.”* (IC3)

La “mejora en el relacionamiento” es valorada positivamente por los Informantes Calificados como un cambio subjetivo posible en comparación a lo que no cambia. *“Puedo mejorar cosas con respecto a mí, a mi forma de vincularme o a la forma de comunicarme ¿no? Cosas así que se pueden. Pero después el uno como que es, no sé como explicarlo, es como la base o lo más profundo de mi estructura, no sé, como mis cimientos, entonces eso está ahí, esas cosas no las voy a poder modificar.”* (IC4) *“Lo que cambia es la forma o de comunicarse de la persona o de regular esto de cuándo decir algunas cosas y cuándo no. Pero entiendo que sigue estando, que eso sigue como existiendo pero más respecto a aquello que es más patológico quizás que necesite de mucho más tiempo para poder transformarlo.”* (IC2)

La regulación de los aspectos de la personalidad aprendida en la “relación terapéutica” a partir de sus dimensiones y favorecidas en proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo”, habilitan a los sujetos a mejorar en los modos de relacionarse con el entorno, siendo esto configurado como indicador de cambio subjetivo por los Informantes Calificados. La “mejora en el relacionamiento” puede vincularse en este sentido con los niveles de autonomía de los sujetos, en tanto sus comportamientos operen en función a la inserción social y no requieran de la intervención del entorno, como ocurría con la “demanda de ayuda” “desde la red social” y “desde lo judicial”.

La subcategoría sobre los “cambios subjetivos” describe elementos que participan en la construcción de estos, así como lo que es percibido por los entrevistados como los aspectos que cambian. Lo que cambia, es la percepción que los sujetos tienen sobre sí mismos en relación con sus trayectorias de vida, sus sufrimientos psíquicos,

sus autoconceptos, sus afectividades, sus modos de relacionamiento. *“Yo pienso en el movimiento porque me da esto a algo no estático ¿no? A algo dinámico en realidad, algo que se transforma, que va cambiando y creo que es principalmente en lo que respecta a la subjetividad.”* (IC2)

Los cambios subjetivos aparecen en los datos como los movimientos que se realizan a partir de la “relación terapéutica” cuando el proceso terapéutico efectivamente opera. *“Y cambiar tiene que cambiar en el sentido que si hay un proceso tiene que haber un cambio, si no como que no hubo proceso.”* (IC4)

La posibilidad de generar el proceso de cambio dependerá en gran parte, de la alianza terapéutica que se construye entre los usuarios y los técnicos, siendo relevante la capacidad de éstos últimos para desarrollar estrategias terapéuticas que se adapten a las singularidades de cada persona. *“Para que sea efectivo y para que se produzcan cambios hay que focalizar y hay que hacer objetivos dentro del tratamiento. Los objetivos se plantean a partir de la demanda del usuario. El usuario plantea determinadas cosas y si son viables, si son viables que los objetivos puedan realmente cumplirse en el tiempo, entonces se plantean como objetivos.”* (IC2)

La disposición a los cambios depende en gran parte de las demandas de cambio de los usuarios y su participación activa en los procesos terapéuticos. Los Informantes Calificados plantean que cuando la demanda de cambio aparece de parte de los usuarios, previamente al ingreso al residencial, los cambios pueden iniciar con anterioridad a la “relación terapéutica” en el mismo. *“Tiene que ver con la disposición al cambio, la posibilidad de cambio del usuario. Yo creo que el usuario viene cambiando antes de ingresar acá.”* (IC4) *“A veces llegan presionados por la familia, por una indicación judicial entonces no era como el momento.”* (IC3) La IC3 relaciona con esto las etapas de cambio: *“En la precontemplación ya hay un cambio porque viste que ya se dan cuenta de que hay un problema, o capaz que no del todo, pero sí que no es el momento de hacerlo que no están preparados [...] Entonces por más que no se estén generando cambios productivos o que no se estén haciendo como movimientos positivos todavía ya desde el estar precontemplando que hay algo para cambiar ya algún movimiento y algún cambio ya se generó. Capaz que sí en la etapa más de conciencia de la dificultad y ganas de hacer algo con eso, ahí es donde se empiezan a generar mayores cambios que dan como más resultados y motivan a hacer algo con eso.”* (IC3)

### 5.2.3 Categoría Central: Evolución de lo terapéutico.

<b>Evolución de lo terapéutico</b>	<b>Acciones orientadas</b>	<b>Acciones de cuidado</b>
		<b>Acciones de integración social</b>
	<b>Búsqueda de apuntalamiento subjetivo</b>	<b>Búsqueda de lazo social</b>
		<b>Construcción de sentido</b>

En la última categoría central, “evolución de lo terapéutico”, se representan los datos que aparecen asociados a un tiempo posterior a la “relación terapéutica”. Se vincula con las acciones que los sujetos realizan con independencia de la relación de ayuda, a partir de los cambios subjetivos. Se relaciona con los niveles de autonomía de los entrevistados en cuanto a sus capacidades para accionar y evolucionar en función de lo terapéutico. La nominación de la categoría se basó en las últimas dos etapas que Krause y Dagnino (2006) denominan “evolución de la estructura y dinámica de la relación terapéutica” y “evolución del contenido del cambio psicoterapéutico”.

#### 5.2.3.1 Acciones orientadas

<b>Acciones orientadas</b>	<b>Acciones de cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización del cotidiano</li> <li>• Gestión de riesgos</li> <li>• “Aprendiendo”</li> </ul>
	<b>Acciones de integración social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos sociales primarios</li> <li>• Grupos sociales secundarios</li> </ul>

Se decidió denominar “acciones orientadas”, a partir de las conceptualizaciones de Krause (2011), a la subcategoría que agrupa los elementos vinculados a las acciones que los sujetos realizan posteriormente al egreso del tratamiento, orientadas a partir de los cambios subjetivos construidos en la “relación terapéutica”. Las “acciones orientadas” se presentan a partir del “reconocimiento y resignificación de sí mismo” que se genera en la “relación terapéutica”, en articulación con las “actividades terapéuticas” de la misma. En función al proceso de reconocimiento que forma parte del cambio subjetivo, se orientan las acciones posteriores al residencial, las que se agrupan en dos dimensiones: “acciones de cuidado” y “acciones de integración social”.

## 1) Acciones de cuidado

Los datos se presentan vinculados a las acciones que los participantes sostienen en sus vidas cotidianas luego del egreso del residencial, asociadas al cuidado de sí mismos.

### Organización del cotidiano

Dentro de las “acciones de cuidado”, la “organización del cotidiano” aparece en los datos valorada positivamente en su función estructurante del cuidado cotidiano.

*“Por un tiempo seguí actuando igual a como actuaba ahí, yo me levantaba, ordenaba mi cuarto, tomaba la medicación. Al mediodía, pasaba al mediodía y comía. Actuaba tal cual como actuaba ahí, viste que nosotros teníamos una rutina ahí.” (E1)*

*“El tratamiento sigue con lo que te ha funcionado una vez, te tiene que seguir funcionando, o sea, saber que, digamos. Adaptarlo, porque es un método. No quiere decir que siempre todos los días te pase lo mismo pero dentro de todas las cosas que has experimentado más o menos lo que te ha llevado por los mejores caminos o es como tirar una piedra, yo qué sé si tiras una piedra la que llegue más lejos o la forma en la cuál vos tiraste la piedra y llegó más lejos, sí creo que sería la fórmula, la fórmula no la forma de hacerlo, o sea respetando, siendo más conciso sin usar tantas metáforas, ir lr respetando las horas de sueño, alimentándose bien, hacer ejercicio, ocupando en la cabeza, dándole actividad digamos, relacionándose con las personas, expresarte, organizar tus ideas, tus metas, tus propósitos. [...] Y todo fue bastante digamos, en cuotas, pequeñas cuotas digamos, de a poquito porque los primeros meses estaba en casa, no salía de casa como que cumplía la misma rutina de Chanaes, me levantaba temprano, desayunaba.” (E3)*

*“Ayudo en mi casa, hago las tareas de mi casa, con mi hermano hacemos a medias. cuando ella llega tiene el mate pronto y tiene la estufa prendida por lo menos y ta las tareas de las de casa las hacemos antes que ella venga.” (E5)*

*“No tengo aporte económico, casi cero porque es lo que estoy acá en España y me centro en hacer las cosas de la casa y en buscar alguna, alguna otra cosa por fuera.” (E6)*

La “organización del cotidiano” se presenta en el sostenimiento de acciones cotidianas ordenadas en base a una estructura que promueve el cuidado de sí mismo. Aparece vinculada a lo aprendido en el residencial, principalmente a la “rutina” que forma parte de las “actividades terapéuticas” y el “entorno normativo” de la “estructura”. La “organización del cotidiano” establece un marco regulado de acciones que promueve la vivencia de seguridad de los sujetos, en tanto establece parámetros de lo que es esperable que suceda en el día a día. Esta seguridad es favorecida por el reconocimiento de los sujetos de estar repitiendo la *fórmula*” (E3) aprendida en la “relación terapéutica”. La “organización del cotidiano”, asociada a una representación social de funcionamiento saludable, opera para los usuarios egresados, como indicador de salud y como indicador de inserción social.

### Gestión de riesgos

El componente “gestión de riesgos” presenta las acciones de cuidado vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas. En contraposición al “consumo compulsivo” del “momento crítico”, se prioriza el proceso de pensamiento, gestionando los riesgos asociados a la exposición y uso de sustancias.

*“Sí tengo amigos también, tengo amigos, pero no soy como antes. Yo antes era, iba yo a buscar ¿entendés? Ahora no, ahora estoy tranqui acá, me cuelgo con el celu, entro al Facebook ahora con los gurises y bueno ta, tranqui.” (E1)*

*“Claro, de la misma manera que me manejo adentro me manejo afuera pero con otros riesgos ¿no? Y otras cosas y otras formas y otro pensar y otros problemas. Es, es la vida no sé, está bueno.” (E2)*

*“Me acuerdo que la primera noche que salí, que me quedé a más de las doce despierto fuera de casa fue el cumpleaños de uno de mis mejores amigos Fernando que fue en junio, o sea que fue dos o tres meses después de egresar y lo viví raro, lo viví diferente. De cierta forma, siempre recordando eso de la gestión los riesgos y daños, identificando enseguida los momentos de riesgo y ta y siendo consciente de en qué momento ya o retirarme o saber convivir con esas cosas.” (E3)*

*“Con amigos no, no tengo. O sea tengo pero muchos son como compañeros de consumo y ta no, por eso siempre estoy con mi primo.” (E4)*

*“Hago las tareas de la casa y ta, no salgo a ningún lado, salgo al almacén no más. [...] Por el cuidado claro, no quiero perder todo lo que hice no lo quiero perder un día no más. [...] Yo estoy seguro que si salgo no me va a pasar nada pero ta. Siempre está el que te moja la oreja, vamos a consumir, no sos más de la barra te dicen.[...] Igual te cuento, tenía como cincuenta amigos y ta me vine de Chanaes y dije, no me voy a juntar más con ellos y tengo sólo un amigo que se llama Emi y el único amigo que tengo y es mi mejor amigo y él no consume.” (E5)*

La “gestión de riesgos” aparece asociada principalmente al reconocimiento de los factores de riesgo del entorno, ante los cuales los sujetos buscan minimizar su exposición a las sustancias psicoactivas. Esto se articula con el nivel de autonomía de los sujetos y sus vivencias de seguridad. Las “acciones de cuidado” en este componente se presentan en función a la capacidad de retirarse de las situaciones que pueden considerarse de riesgo y la capacidad de sostener vínculos con personas que no consumen sustancias, lo que presenta relación con la dimensión de “acciones de integración social”. Este componente resignifica la noción de *burbuja* (E1) asociada al residencial en su “estructura” y al componente “gestión del consumo” de la dimensión de las “actividades terapéuticas”. La *burbuja* operando como limitante para el acceso a las sustancias psicoactivas, produce una espacialidad que implica un adentro y un afuera. La “gestión de riesgos” se presenta en el afuera como una extensión de la *burbuja*, en tanto lo que se prioriza, principalmente, es el cuidado por sostener la barrera que protege de la exposición. Esta protección que se presenta como una “acción de cuidado” orientada a partir de los cambios y con intención de sostenerlos, es significada positivamente por el IC4: *“En general el afuera es muy parecido al del momento complicado entonces si el cambio no fue muy interior y muy de la persona, va a ser difícil sostenerlo después afuera. [...] Si yo me sigo juntando con la misma gente, es probable que sí, que vuelva a lo mismo. Entonces, a veces yo veo por ahí el tema de los cambios que son los que te van a garantizar realmente al afuera, un afuera distinto.” (IC4)*

El componente opera vinculado a lo aprendido en el marco de la “relación terapéutica”, en función a la “gestión del consumo”, en articulación con el proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo”. La “gestión de riesgos” que los sujetos realizan fuera del residencial, puede pensarse como la consolidación del reconocimiento de sus vulnerabilidades específicas vinculadas al consumo de sustancias y la sintomatología que esto puede ocasionar.

*“Si tengo una esquizofrenia puedo estar estable mucho tiempo, siempre va a depender de muchas cosas ¿no? De que haga tratamiento, de que tenga una vida saludable, de que no consuma tóxicos.” (IC4)*

### “Aprendiendo”

Se decide utilizar el código in vivo (Strauss y Corbin, 2002) “*aprendiendo*” (E1) para la presentación de este componente, con la intención de enfatizar en la acción de aprendizaje que aparece sostenida en el tiempo.

*“Soy ansioso porque quiero todo ya, no ansioso de, ansiedad de consumir no. Sino que bueno, no sé, se me ocurre comprar un celular y ya lo quiero, lo quiero ya y todo. O no sé, veo unos champions que me gustan y los quiero ya y no, no es así. Pero de a poquito voy aprendiendo.”* (E1)

*“Yo observo un calco de la gente y de la vida e intento hacerlo yo. Como se tendría que hacer y no es solamente por mis pensamientos sino por lo que aprendo día a día y lo que aprendí de otras personas que están por fuera de esto.”* (E2)

*“Empezaba a hablar con gente que me decía cosas que yo no conocía y ta empezaba a formar como mis opiniones sobre las cosas que me pasaban de mi vida pero que al tiempo ya esas cosas que yo definía no eran lo mismo o se van complementando transformando pero ta, yo considero que eso es, también proceso de aprendizaje de la vida de uno ¿no? Uno no nace con todas las respuestas ni mucho menos. Yo qué sé capaz que tener ahí como ciertas nociones de, generalidades de las cosas, que también es muy personal porque por ahí puede funcionar en mi vida pero no había otra persona no, entonces ahí no sé.”* (E3)

*“Ir observando cosas que te, que no sé como explicarlo, aprender un poco más.”*  
(E6)

El aprendizaje que aparece en los datos refiere a la ejecución consciente de un proceso de pensamiento en la búsqueda del fortalecimiento de aspectos personales. La continuidad en el tiempo con el que se presenta da cuenta de un proceso que inicia con anterioridad al egreso del tratamiento y que no se detiene una vez se finaliza la “relación terapéutica”. Este componente puede relacionarse a la “aceptación de la continuidad del tratamiento”. En los datos, el aprendizaje se presenta en su mayoría en base a un proceso personal que se genera a partir del relacionamiento con el entorno, en una búsqueda por aprender a partir de la observación en espacios cotidianos, lo que se vincula con la dimensión siguiente. Solamente uno de los entrevistados hace referencia

al aprendizaje a partir de una relación de ayuda específica (Narcóticos Anónimos) luego del residencial.

## **2) Acciones de integración social.**

En esta dimensión se agrupan las acciones orientadas a la participación e integración en espacios compartidos. Se consideran orientadas en función a los cambios en tanto aparecen asociadas a un aprendizaje de los modos de relacionamiento atravesado por el “reconocimiento y resignificación de sí mismo” que se generó en la “relación terapéutica”. Esto implica que las “acciones de integración social” se sostienen en base al accionar consciente de los sujetos en su búsqueda de inserción social, lo que presenta relación con la subcategoría que se presenta a continuación sobre la “búsqueda de apuntalamiento subjetivo”. La integración social aparece en dos componentes: “grupos sociales primarios” y “grupos sociales secundarios”.

### Grupos sociales primarios

El componente presenta las “acciones de integración social” asociadas a los grupos sociales primarios, entre los que aparecen la familia y los amigos. El relacionamiento con las personas que conforman el grupo primario supone la creación de vínculos afectivos y emocionales que perduran en el tiempo y que favorecen un espacio de confianza y seguridad.

*“Me cuelgo con el celu, entro al Facebook ahora con los gurises.” (E1)*

*“Este, salgo con amigos y bueno, intento convivir con mi familia.” (E2)*

*“Obviamente no va a ser el mismo relacionamiento que tenías antes, este, porque ta en el momento de yo qué sé, de compartir con tus amigos ya como que deja de ser o sea, no se buscan las mismas cosas, no pretendes las mismas cosas. Tipo vas a disfrutar un rato tenes una charla, cómo te está yendo estás estudiando, estás trabajando, lo usual, está frío, que lo parió está lloviendo, yo qué sé lo usual.” (E3)*

*“Estoy haciendo música con un primo hermano, rap ahí. Y ta, básicamente paso con él, paso con mi primo y ta, en casa. Mi hermana a veces.” (E4)*

*“Los fines de semana voy a la casa de él, comemos, comemos un asado algo y después me regreso de tardecita y ta. Es mi amigo de la infancia, me conoce desde que yo tengo 5 años, y ta, ahora tengo 21.” (E5)*

Las acciones de los sujetos en los grupos primarios aparecen en asociación a los cambios subjetivos en tanto presentan nuevos modos de relacionarse que no se sostenían previamente a la “relación terapéutica”. Lo que se inaugura en estas acciones, se vincula con una actividad consciente sobre la forma de existir junto con el otro, lo que supone los cuidados de sí mismo y de los vínculos construidos. Aparecen nuevas maneras de vinculación a partir del fortalecimiento de los sujetos en sus aspectos personales y sus habilidades psicosociales a la vez que se eligen las personas con quienes se construyen los vínculos.

La integración en los grupos primarios aparece relacionado a la posibilidad de compartir situaciones y actividades junto con otros que se consideran referentes socioafectivos. Esto se presenta asociado a las metas planteadas por el equipo de trabajo en el residencial. *“Cambios en lo vincular con respecto a usuarios, familia, referente o con quien esté ahí sosteniendo, apoyando y acompañando. El compartir más actividades y más momentos juntos porque han pasado por situaciones en las que han estado como muy distanciados o aislados y se perdió mucho esto del compartir, de hacer cosas en conjunto y poder disfrutar de eso que capaz que en algún momento se disfrutó pero ya como que se había perdido.”* (IC3)

### Grupos sociales secundarios

La integración social en grupos secundarios se constituye por la participación en actividades que presentan una grupalidad transitoria generada en función a una tarea en común sin condición necesaria de lazos afectivos.

*“Hago kickboxing, antes jugaba al fútbol pero ahora por la pandemia cerraron otra vez. Hago, estudio por zoom, estoy terminando ciclo básico.”* (E2)

*“De a poquito fui sacando la cédula, saqué la credencial, hice un curriculum, empecé a presentar currículum, di el examen, lo perdí, seguí estudiando, lo di de nuevo, lo salvé, preparé el otro, lo di dos veces, lo perdí dos veces, conseguí trabajo, empecé a trabajar en noviembre del año pasado y ta, hasta ahora he estado trabajando. [...] Ayudo a estudiar a otras personas para exámenes.”* (E3)

*“Y estaba pensando ahora en empezar el gimnasio pero siguen cerrados.”* (E4)

*“Me fui para la campaña y estuve casi dos meses allá, después volvimos. Ta´ trabajábamos, nos levantábamos temprano, salíamos para el campo todos los días, de*

*tarde y de mañana a caballo, trabajábamos, desarmábamos un poco el galpón, lo arreglábamos, lo limpiábamos, andábamos en el tractor, cortábamos el pasto en el tractor, incluso los fines de semana.” (E5)*

Las “acciones de integración social” en este componente se relacionan principalmente con actividades deportivas, académicas y laborales. Se presentan como “acciones orientadas” en cuanto el comportamiento es orientado por los sujetos a partir de la “relación terapéutica” en la que se configuraban “acciones terapéuticas” para la promoción de la autonomía y la inserción social. Los datos en este aspecto se presentan significativamente con relación a lo nuevo que aparece luego del tratamiento, siendo que la participación en actividades sociales no estaba presente en el “momento crítico” previo al ingreso al tratamiento.

A diferencia de los “grupos sociales primarios”, la funcionalidad de los grupos secundarios no aparece ligada principalmente a la creación de lazos afectivos, sino a la promoción de alcanzar metas sociales. Esto, que aparece relacionado a un imaginario y una representación social de lo que es esperable de las personas en convivencia, orienta el accionar de los sujetos luego del tratamiento como “acción de cuidado” para pertenecer. Respecto de este aspecto se presenta la subcategoría siguiente.

Los elementos que se configuran en las “acciones orientadas” se presentan como indicadores acerca de la consolidación de los cambios subjetivos a partir de la “relación terapéutica”, vinculándose a los niveles de autonomía y las vivencias de seguridad. Estos dos aspectos conectan la vida dentro del residencial y la vida fuera del mismo en función a la reproducción en el afuera, de lo aprendido en el adentro. La repetición de la *fórmula* (E3) favorece al sentimiento de seguridad en tanto se recrea lo que se considera funcional, ya aprendido, mientras las vivencias de seguridad favorecen los niveles de autonomía para el accionar en el afuera. Se observan las relaciones que se presentan entre las expectativas de los Informantes Calificados sobre las metas de tratamiento y las “acciones orientadas” que sostienen los sujetos luego del mismo. *“Capaz que en algunos no logra reinsertarse socialmente ni en trabajo ni en estudio pero logró adquirir hábitos saludables en su casa, hacerse la cama, tener todas las comidas, mayor higiene, entonces ahí algún cambio ya se dio.” (IC3) “En lo discursivo vos empezás a ver que hubieron cambios y después en el accionar también ¿no? Porque a veces en lo discursivo puede existir pero también en el accionar y en la forma de vincularse y en la forma de estar, ves como cambios positivos, o quizás en lo familiar que él hace como un movimiento y la familia también.” (IC2) “Si vos cambiaste realmente y tenés otras expectativas de tu vida y otros intereses, afuera vas a tener que cambiar porque el afuera tuyo era muy diferente, era juntarte con gente que estaba en la misma*

que vos. Entonces ya esos movimientos de bueno ta' con este pibe no me voy a juntar más porque yo tengo otras expectativas de mi vida y tengo otros proyectos ahora que no van de la mano de esto.” (IC4)

Esta última cita representa las relaciones entre las “acciones orientadas” y la “búsqueda de apuntalamiento subjetivo” que se presenta en la siguiente subcategoría. El comportamiento de los sujetos en la “evolución de lo terapéutico”, orientado a partir de los cambios subjetivos, busca generar lazos sociales que invistan de sentido en el desarrollo de la identidad operando como apuntalamientos para la subjetividad.

### 5.2.3.2 Búsqueda de apuntalamiento subjetivo

<b>Búsqueda de apuntalamiento subjetivo</b>	<b>Búsqueda de lazo social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento de pertenencia</li> <li>• Valoración social</li> </ul>
	<b>Construcción de sentido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperación de lo familiar</li> <li>• Normalidad</li> <li>• Proyectos de vida</li> </ul>

La última subcategoría de la matriz conceptual agrupa los elementos que se presentan en los datos asociados a la “búsqueda de apuntalamiento subjetivo”. En las trayectorias de vida posteriores al egreso del residencial, los sujetos sostienen “acciones orientadas” a partir de los cambios subjetivos que se articulan con el fortalecimiento de sí mismos y sus vivencias de seguridad en el entramado social al que vuelven a integrarse luego del proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo” construido en la “relación terapéutica”. Los grupos sociales sobre los cuales se presentan las acciones de integración social aparecen formando parte de las redes de apoyo que los sujetos buscan construir con la intencionalidad de pertenecer a un espacio compartido capaz de proveer de sentido donde antes existió el desamparo. La “búsqueda de apuntalamiento subjetivo” se observa en los datos a partir de los componentes que se dimensionan en la “búsqueda de lazo social” y la “construcción de sentido”. Esta última dimensión, toma su nombre de las conceptualizaciones de Krause y Dagnino (2006) acerca de las funciones de las teorías subjetivas, que además de las presentadas anteriormente, operan en el desarrollo de la identidad y construyen sentido (p. 296).

#### 1) Búsqueda de lazo social

Se decidió conformar la dimensión “búsqueda de lazo social” para presentar los componentes vinculados a las vivencias ligadas a las intencionalidades de las “acciones orientadas” en la “evolución de lo terapéutico”. Dichas vivencias se presentan a partir de

la búsqueda de la validación de un lugar en el conjunto social. La “búsqueda de lazo social” se presenta en dos componentes: “sentimiento de pertenencia” y “valoración social”.

### Sentimiento de pertenencia

El sentimiento de pertenencia aparece en relación la búsqueda de formar parte de un grupo con el que se comparten características en común.

*“Me encontré con gente bien, con gente como yo. [...] Me encontré con muchos amigos, de hecho con varios de ellos me junto ahora con ellos.” (E1)*

*“Intentando o sea intento hacer cosas que me introducen en una sociedad. Para poder estar con gente que va a jugar al fútbol, gente normal que va a comer, o que estudia, o que trabaja, para poder involucrarme con otro tipo de personas ¿no? Intento mezclarme con la gente, nada más.” (E2)*

*“Las clásicas reuniones de amigos, de charlas. Yo que sé, es como que me parece todo muy, eso me parece todo muy, un teatro digamos, como que cada uno tiene que dejar algo de sí para estar ahí viste, para pertenecer, para sentirte parte.” (E3)*

*“Yo lo que pasa recién ahora me estoy haciendo más conocido, entonces ahí como que ya te empieza a caer un poco más de trabajo.” (E6)*

### Valoración social

Se presenta en los datos la relevancia que se adjudica al encontrarse en un lugar de reconocimiento positivo para otro u otros.

*“Porque está bueno a que otra persona le interese una relación conmigo, yo de ahí saco mucho y para mí está bueno. [...] Además de ser divertido si es cómo puedo ayudarte, eso me gusta a mí. Sentirme querido, ayudar y todo eso.” (E2)*

*“Ya sea ir a hacer un mandado al súper y quedarse conversando un rato con, con el viejo que atiende ahí que siempre pregunta por vos y que no sé qué y la gente que se alegra de verte bien y poder viste contarle a las personas qué es de tu vida y esas cosas, más allá de que por ahí a veces sea un tanto repetitivo para uno andar repitiendo las mismas cosas a todo el mundo, eh te hace de cierta forma saber que hay personas que te valoran o que están pendiente de lo que te está pasando y eso refuerza*

*un poco el autoestima que tenés y te hace sentir mejor, como aceptado socialmente.”*  
(E3)

*“Son las personas que nos quieren las que están al lado nuestro. Entonces sea tener un consejo o tipo no sé, una llamada de atención un simple gesto de, de tener en cuenta de que ah mira sí Fabio, ofrecer, o de respetar, o de no burlarse o esas cosas que son pequeñas cosas pero que a uno lo hacen sentir más cómodo ¿no?”* (E3)

*“Con él yo había perdido el vínculo porque se mudó de casa y eso y había perdido el vínculo. Yo andaba en la droga y eso y ta y él no está ni ahí de las drogas. Y ta, pero después que pasó todo esto yo dije, yo voy a ver cómo lo contacto de nuevo, me dije yo. Y llegué de campaña y entré al facebook de mi madre y él estaba conectado y le dije soy Gustavo ¿cómo estás? y él me puso, ¿querés venir a casa? Te digo dónde es y vos venís a casa y charlamos y tomamos unos mates ta, pum pam, pasó, fui a la casa de él y nos reencontramos de nuevo y ta.”* (E5)

El “sentimiento de pertenencia” y la “valoración social” se configuran como componentes amalgamados en la “búsqueda de lazo social”. Las acciones se orientan en la construcción de un lugar de reconocimiento social, que habilite un modo de ser y estar, validado a partir del vínculo con otros que atribuye sentido al reencuentro de sí mismo en un conjunto social.

El *encontrarse* (E1), *involucrarse*, *mezclarse* (E2), *reunirse* (E3), *hacerse conocer* (E6), implican habitar un lugar de pertenencia configurado a partir del reconocimiento que se vivencia a través del *sentirse querido* (E2), *valorado*, *respetado* (E3), *reencontrado* (E5) en los vínculos que se generan. Estos vínculos configurados como lazo social operan formando parte de la red de apuntalamiento subjetivo, vinculándose con la dimensión siguiente; la “construcción de sentido”. El lazo social se relaciona con un modo de ser sujetos que aparece en los datos como *gente normal* (E2), orientando las acciones y los proyectos de vida en función al contexto de significados que la normalidad supone. La “normalidad” se presenta de manera recurrente en los datos, estableciéndose como componente de la siguiente dimensión.

## **2) Construcción de sentido**

Como se planteó anteriormente, la dimensión toma el nombre de una de las funciones de las teorías subjetivas que proponen Krause y Dagnino (2006). En los datos, la “construcción de sentido” se presenta en un sentido prospectivo, en relación con las acciones que se orientan a la búsqueda de apuntaladores que invistan de sentido

subjetivo en la vinculación con otros y en el entramado social. Este sentido que estará determinado en gran parte por los componentes asociados al “reconocimiento y resignificación de sí mismo” y a la “búsqueda de lazo social” incide en el desarrollo de la identidad de los sujetos y en el desarrollo de proyectos para la vida.

### Recuperación de lo familiar

Los datos se presentan en la “recuperación de lo familiar” como una ganancia a partir del proceso de tratamiento. Se recupera lo que se había perdido anteriormente, en el “momento crítico”, lo que para algunos implicaba la carencia absoluta de apoyos resultando en la situación de calle.

*“Arreglando el tema de relacionamiento con mi familia y eso que no es algo que se pueda dar de la noche a la mañana sino que es un proceso, que ta, que tiene sus partes ¿no? A veces se dificulta, hay veces que se dificulta más que otras pero ta, yo considero que fue, haciendo de todos lados un poquito de fuerza y ta se pudo cinchar para el mismo lado.” (E3)*

*“Me recibieron bien acá. [...] Visité familiares que no veía hacía mucho, mis tíos, mis primos. [...] ¿Qué me ayuda a no consumir, a no recaer? La familia. Sí. Sí, eso, básicamente la familia.” (E4)*

*“Recuperé la confianza con mi madre, recuperé toda mi familia. [...] Significa todo porque ahora ella confía en mí, ta, yo no salgo a ningún lado estoy acá para atenderla a ella y eso, al cuidado de mi hermana cuando llega porque mi hermana tiene 7 años y ta, aunque la crié yo poque mi madre cuando se iba a trabajar, cuando tenía licencia maternal ¿se dice? Me la dejaba a mí y entonces yo la cuidaba, le cambiaba los pañales y le daba la mema y todo. [...] Sí, mi hermano el más grande es el que me sujeta más porque, el que lleva las riendas porque dice que él es el dueño de casa pero ta. (se ríe) Y ta, las órdenes son de él, si dice que no se puede salir mucho, no (se ríe).” (E5)*

*“A ver que no fui yo solo, creo que la contención de mis tíos y todas las situaciones por las que pasé, no estuve solo.” (E6)*

La “recuperación de lo familiar”, que se presenta en los datos asociada principalmente a la familia en el sentido clásico del término, incide en la posibilidad de sostener los cambios luego del egreso, a partir de la contención afectiva que ofrece y

operando como apuntalador fundamental para la vida subjetiva. Como componente de la “construcción de sentido”, la familia adjudica un lugar de pertenencia que opera de base para la creación de una legalidad estructurante del psiquismo.

### Normalidad

Los datos hacen referencia a lo normal como contrapartida de la vivencia subjetiva que se asocia a la enfermedad o la adicción. Aparece vinculada a una búsqueda consciente de alcanzar un estado categórico que *normaliza* a las personas en función a un imaginario social.

*“Volver a ser una persona normal.” (E1) “Y el consumo, dejar el consumo. Porque vos cuando estás consumiendo sos otra persona, no sos la misma persona normal que nunca consumió.” (E1)*

*“A no querer ese tipo de mentalidad y querer otro tipo de mentalidad pero un poco más acorde a la normalidad. [...] Capaz que estaría bueno empezar a conocer cómo es una persona normal entre comillas, estaría bueno cómo su mente funciona y de qué manera y qué diferencias tengo yo con ellos. [...] O simplemente no sé, me escondo dentro de algo que se que sería lo más normal creo yo que hasta ahora me dieron, mi mente me dio cierta cordura y no estoy tan fuera de la sociedad y de la manera de pensar de la gente.” (E2)*

*“Porque puede ser subjetivo, para mí puede estar bien hacer tal cosa y para otra persona puede estar mal, pero dentro de un sentido común sabemos que ciertas cosas están mal pintado, está mal hacerlo, para todo el mundo es así. Este, ahí dentro de eso es lo que tenemos nuestro criterio personal y lo que nos permite relacionarnos con nuestro entorno.” (E3)*

La “normalidad” aparece atravesada por un *sentido común* (E3) esperado y buscado en la “construcción de sentido” de los sujetos. El *sentido común* que aparece en los datos se determina en función a un imaginario social reproducido por los significantes del momento histórico que nos atraviesan y construyen. La búsqueda de “normalidad” se liga a un esfuerzo por desprenderse del lugar del adicto/loco o loco/adicto, para encontrar un lugar *común* que genere pertenencia y valoración social. Con relación al contexto de *sentidos comunes* se vuelve fundamental el marco conceptual de los técnicos del tratamiento a partir del cual se comparte el ámbito de significados psicológicos con los usuarios en la “relación terapéutica”, sobre el cual se

fundamenta el proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo”. Los datos asociados a la “normalidad” se vinculan con nociones conceptuales implicadas en el “conocimiento sobre sí mismos”, el “reconocimiento de sí mismos” y la “aceptación de la continuidad del tratamiento”. Con esto, se comprende la relevancia de atender a los procesos discursivos que se desarrollan en el encuentro entre los usuarios y los técnicos en función al lenguaje instrumental que aparece vinculado a la propuesta metodológica del programa de tratamiento, fundamentada en la concepción de rehabilitación biopsicosocial.

Resulta coherente que los datos en la “evolución de lo terapéutico” aparezcan vinculados a los esfuerzos de los sujetos por orientar acciones de cuidado que los habiliten a habitar espacios compartidos regulados por un *sentido común* que aparece reflejado también en los proyectos de vida.

### Proyectos de vida

Los datos se presentan asociados a las actividades y las metas que los entrevistados proyectan para sus vidas a corto y mediano plazo.

*“Estoy terminando ciclo básico.” (E2)*

*“Terminar los estudios o seguir estudiando ¿no? Y ta y poner el consultorio de masajes y eso. Pero ta, va bien, va ahí la cosa. Tengo que ahorrar un poco más, evidentemente no puedo poner un consultorio, aparecerlo así pero ta. Va encaminada la cosa.” (E3)*

*“Sigo esperanzado con conseguir trabajo, ahora está complicado por la pandemia, repartir todos los currículums y todo eso pero no me han llamado, no me han llamado.” (E4)*

*“Bueno, a mí me gustaría más que nada, me queda más o menos un año y medio para tener acceso a la residencia y eso es lo que quiero más que nada es trabajar, conseguir alguna cosa, yo qué sé por ahora no puntual pero algo, un ingreso constante, a eso estoy intentando llegar. Y después un poco más adelante pensar en el tema de independizarme.” (E6)*

Los “proyectos de vida” aparecen asociados a determinadas funciones, como el estudio y el trabajo, que se fundamentan en el *sentido común* reproducido desde el imaginario social en la valoración de lo que se espera de las personas para la vida

comunitaria. La vivencia de seguridad fortalecida en función de los cambios subjetivos promueve las posibilidades de construir metas y planes a futuro, adjudicando un sentido prospectivo a la vida de los sujetos. Además, la “relación terapéutica” busca la promoción de las habilidades de planificación: *“Qué espero en el tratamiento para que sea efectivo digamos, que se propongan objetivos que a veces llegan como sin metas, y bueno que empiecen a proponerse objetivos y metas con respecto no sólo al tratamiento sino con respecto a su vida, vivir en función de metas y objetivos.”* (IC3)

La “búsqueda de apuntalamiento subjetivo” se presenta en los datos como un proceso activo que los sujetos desarrollan en momentos posteriores al egreso del tratamiento, señalando la persistencia con la que continúan “aprendiendo” independientemente a la relación terapéutica. Esto determina la “evolución de lo terapéutico” en tanto la actividad consciente de pensamiento para las transformaciones subjetivas, se continúa aún finalizado el tratamiento.

Los componentes identificados en los datos presentan el atravesamiento de la construcción subjetiva en un contexto social determinado por los significantes anudados a la locura, la adicción, lo patológico, lo normal. La “construcción de sentido” revela los esfuerzos de los sujetos por constituirse a sí mismos en lo contradictorio de un colectivo que exige la “normalidad”, a la vez que castiga y promueve lo pathos-logizante. En este contexto el *sentido común* (E3) reproduce un modo de ser sujetos que se refleja en los datos en el conjunto de los componentes, anudándose en los “proyectos de vida” como resultado de la articulación entre las expectativas propias y del entorno.

## 6 Discusión

### 6.1 Presencia de padecimiento subjetivo

La prevalencia de los síntomas psicóticos en asociación al consumo de sustancias se presenta significativamente en los datos siendo que todos los entrevistados presentan diagnóstico de esquizofrenia, a pesar de incluir trastornos del humor y de personalidad en los criterios para la selección de la muestra. Esto encuentra relación con la prevalencia entre uso de sustancias y trastornos psicóticos hallada en investigaciones internacionales (Vega, et al., 2015) y a nivel nacional (Fielitz et al., 2010). Fielitz et al. (2010) proponen que el consumo de sustancias favorece la descompensación delirante en dicha población y que la evolución de estas personas empeora con el uso de sustancias, observándose un aumento en la cantidad de sus internaciones. Otros autores plantean además que la coocurrencia entre el consumo de sustancias y los trastornos mentales incide tanto en el agravamiento de la sintomatología psiquiátrica como en la sintomatología adictiva (Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015; Marín y Szerman, 2015; Torrens, 2008). El aumento en las hospitalizaciones para la población con patología dual en comparación con la población en general aparece representado en los datos recogidos en el estudio, siendo que todos los entrevistados presentan hospitalizaciones y tratamientos previos al ingreso al residencial. Si bien el síndrome de la puerta equivocada que se establece como una de las problemáticas en los servicios de salud (Vega, et al., 2015) se encuentra condicionado en nuestro país por la existencia de un único centro de tratamiento específico para esta población, la conformación de la RENADRO en sus procedimientos de derivación a los programas de atención opera facilitando el acceso. Se observa a partir de las entrevistas a los Informantes Calificados, que las características de las personas que ingresan al centro encuentran coherencia con el perfil de ingreso de los usuarios. Las características que describen también encuentran coherencia con los aspectos que se conceptualizan en la bibliografía de referencia; dificultades para sostener proyectos a corto y largo plazo, deserción escolar y laboral, mayor registro de episodios hetero y autoagresivos, tendencia a presentar problemas legales, mayores tasas de desempleo y marginación, empobrecimiento de las redes sociales (Vega et al., 2013; Marín-Navarrete y Medina-Mora, 2015; Marín y Szerman, 2015; Torrens, 2008; Saavedra, 2001), estructuras familiares disfuncionales, tendencia a generar rechazo y exclusión social (González, 2001).

Sobre la etiología de la patología dual la bibliografía consultada plantea distintas hipótesis ante la falta de explicaciones consensuadas resultante de la complejidad que

presenta. Entre la explicación genética para la predisposición de los trastornos y la posibilidad de clasificarla dentro de los trastornos del neurodesarrollo (Vega et al., 2013) se plantea la psicopatología como factor de riesgo para el consumo, la aparición de síntomas psicóticos a causa de la intoxicación crónica por sustancias, el surgimiento de un trastorno psicótico como consecuencia del consumo, el uso de sustancias como forma de automedicación y la presentación de ambos trastornos simultáneamente sin relación entre los mismos (Redes et al., 2013). En las entrevistas en profundidad, la presencia de síntomas psicóticos aparece referida principalmente como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, si bien algunos de los entrevistados resignifican esta explicación a partir de la relación terapéutica. Las explicaciones teóricas acerca de la conformación de la patología dual no son estimadas como relevantes en la planificación de los proyectos terapéuticos en el centro de tratamiento. El Informante Calificado que se extiende al respecto, explica que estos aspectos conceptuales no suponen diferencias al momento de llevar a la práctica las intervenciones terapéuticas en tanto éstas se planifican enfocadas en las particularidades de cada usuario. Por su parte, la relevancia de la definición diagnóstica radica en la posibilidad de planificar un tratamiento farmacológico adecuado a la sintomatología que presenta el usuario y a la proyección del proceso en función al pronóstico asociado al diagnóstico.

## **6.2 Vulnerabilidad y malestar subjetivo**

El deterioro biopsicosocial asociado al entrecruzamiento de los daños del consumo problemático de sustancias psicoactivas y la presencia de síntomas de padecimiento subjetivo, confluyen en una situación de vulnerabilidad psico-afectiva, social y cultural, representada en un extremo en la situación de calle. Entre los 6 entrevistados, 4 se encontraban en situación de calle previo al contacto con la ayuda. Según los datos del último censo de personas en situación de calle en el país (año 2020) el 22,3% de los varones declara problemas de salud mental o éstos son observados por los encuestadores. Sin distinción por sexo, el informe plantea que las personas que están en situación de calle hace más tiempo (más de 1 año) presenta mayor prevalencia de problemas de salud mental que las personas en calle más recientemente y que la presencia de problemas de salud mental es algo mayor entre quienes consumen pasta base de cocaína (Dirección Nacional de Monitoreo-Ministerio de Desarrollo Social, 2020, p.30). Distribuidos según “motivos por los que quedó en situación de calle” el 29,5% de los varones está en calle por “adicciones” y el 0,6% por “patología psiquiátrica” (DINEM-MIDES, 2020, p.15). Si bien el informe presenta algunos vacíos para el análisis de los datos (no se define claramente la referencia a lo que se clasifica como “problemas de

salud mental”, estos parecen tratarse como categoría independiente a las situaciones de consumo de sustancias psicoactivas, la prevalencia de “problemas de salud mental” se cruza con los datos de consumo de pasta base y no de otras sustancias psicoactivas) las cifras son significativas de la alta prevalencia de personas con padecimientos subjetivos en situación de calle. En relación con las situaciones de consumo, entre los 4 entrevistados que se encontraban en situación de calle previo al ingreso al residencial, 2 identificaron a la pasta base de cocaína como sustancia principal de uso problemático y 2 a la marihuana. Los datos del censo para la distribución por sustancia principal de consumo de los varones en situación de calle, es del 67,8% para pasta base y el 55,8% para marihuana (DINEM-MIDES, 2020, p.33).

Aparte de la correspondencia entre los datos cuantitativos, la relevancia se configura en los aspectos cualitativos implicados en las cifras. Las reflexiones del estudio cuantitativo en población usuaria de pasta base de cocaína en Montevideo y área metropolitana del año 2018, son representativas de las vivencias de los entrevistados en el “momento crítico”:

Esta situación de calle es parte de un proceso que va profundizando la situación desventajosa de la persona, particularmente en lo que respecta al consumo, aunque no solo en este sentido, y va tornando cada vez más difícil la recuperación y reinserción de los sujetos. Probablemente muchos llegaron a esta situación por expulsión del hogar/barrio producto de diversos procesos de desvinculación. En estos casos, y ante una medida extrema que forma parte de la desesperanza u abandono, los usuarios deciden alejarse de su familia y de su barrio, prefiriendo el desamparo de la calle a la inseguridad de un entorno que se vuelve hostil y termina expulsándolos. (Keuroglan, Ramírez y Suárez, 2019, p.49).

Las vivencias asociadas a la situación de calle se entran en la fragilidad subjetiva configurada en el atravesamiento del padecimiento psicótico y las afectaciones por el uso de sustancias conceptualizada en el “malestar subjetivo” como dimensión del “momento crítico”.

Las crisis se tratan de la falta de un espacio psíquico e interpersonal para tramitar las vulnerabilidades específicas; las que buscan un exutorio por la vía de la acción. Queda así, cortocircuitada la representación y la posibilidad de su tramitación por el camino de la inclusión de las mismas dentro de cadenas asociativas. (González, 2001, p.170)

La vivencia subjetiva cortocircuitada aparece en los datos asociada a un sentimiento de ajenez sobre sí mismos que encuentra relación con las observaciones de Albano, Castelli, Martínez y Rossal, sobre las experiencias de personas usuarias de pasta base de cocaína (2014, p.125). Si bien estos investigadores hacen referencia a la verbalización del pedido de ayuda de las personas como una constante, en el caso de los entrevistados, el pedido de ayuda no se presenta en todos los casos de manera consciente y explícita. La presentación sintomática en asociación con la ajenez experimentada incide en la percepción que las personas del entorno hacen sobre la capacidad de autosuficiencia del sujeto en crisis, siendo mayor la decisión para la demanda de ayuda ante la gravedad de sintomatología y en cuanto lo consideran incapaz de resolver su situación por sí mismo (Krause, 2011, p. 78). Si bien Krause (2011) plantea la importancia del lugar en el cual se realiza la búsqueda de ayuda profesional como primera fase para los cambios subjetivos, en el caso de los entrevistados la situación de crisis aparece condicionando este proceso, implicando diferentes niveles de participación del propio sujeto en el proceso de contacto con la ayuda, llegando en algunos casos a experimentarse ajena a su voluntad. El primer contacto con la ayuda suele aparecer en la puerta de emergencia del Hospital Vilardebó o los Hospitales locales, siendo el servicio destinado para la atención de las urgencias psiquiátricas, además de ser un servicio conocido por los sujetos y sus referentes socioafectivos en función a la historia de hospitalizaciones previas. El conocimiento de los servicios opera como facilitador para la accesibilidad a la ayuda y las experiencias de atención inciden en los modelos explicativos de los sujetos acerca de sus problemáticas favoreciendo la aceptación de la ayuda en tanto se considera su competencia para el tratamiento de sus problemas.

### **6.3 El tratamiento en sus acciones terapéuticas**

Los datos revelan la coherencia del marco teórico técnico del modelo de tratamiento del residencial con la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025 en su perspectiva de trabajo integral y multidisciplinario tendiente a la inserción social y desde un enfoque de reducción de riesgos y daños (JND, 2021).

El entendimiento del carácter multifactorial de las situaciones de cada sujeto (Marín-Navarrete, y Medina-Mora, 2015) promueve la comprensión del fenómeno desde el paradigma de la complejidad (Morin, 1998) acentuando la relevancia de los abordajes integrales y personalizados que redundan en la bibliografía de referencia (Vega et al. 2013; Marín, et al., 2018; Torrens, 2008; Krieger et al., 2016; González, 2001). Los datos identificados en relación a las “acciones terapéuticas”, así como las explicaciones de los

Informantes Calificados sobre el modelo de tratamiento, presentan coherencia con las propuestas de los autores acerca de cómo deberían implementarse los abordajes en patología dual; construcción de planes de tratamiento individualizados, con la participación activa de las personas y referentes familiares, promoción de pautas comportamentales saludables y de buen relacionamiento con los integrantes de la comunidad, promoción de hábitos de autocuidado y del uso saludable del tiempo libre, fortalecimiento de la motivación y adherencia en la continuidad de los tratamientos, promoción de la inserción social y autonomía, fortalecimiento de las redes de atención y las redes sociales incluyendo a las familias en los espacios psicoeducativos (Fernández-Fernández y Touriño-González, 2006; Vega et al., 2013).

Lo que se valora positivamente por los entrevistados en función a lo terapéutico que promueve los cambios subjetivos, se agrupa en componentes que comparten similitudes con las funciones de las comunidades terapéuticas.

A lo terapéutico lo vemos asentado en una legalidad estructurante que, como tal, da cohesión a los desorganizado o caótico. La legalidad estructurante unifica a los grupos humanos y posibilita un intercambio productivo entre sus miembros. ... Las reglas y matices posibles de las mismas son muy variadas y cada Comunidad Terapéutica o actividad comunitaria, enfatiza algunas; lo que tienen en común es que todas ellas, sin excepción, apuntan a posibilitar el funcionamiento comunitario. El enunciado de una regla es una prescripción terapéutica-comunitaria. (González, 2001, p.66-67)

La vida en el residencial se presenta como un corte de las experiencias de los sujetos en el “momento crítico” habilitando un espacio para la “individualización en el marco apuntalante de la institución” (González, 2001, p.175), habilitada a partir de las condiciones de seguridad afectiva y confianza que se construyen en la “relación terapéutica”. Los componentes identificados con relación a la “estructura” se asocian a las características que reúne Krause (2011) acerca de lo que los consultantes refieren como significativas para la consolidación de la relación terapéutica, las que agrupa en tres ámbitos: afectivo, interaccional y cognitivo. El ámbito afectivo, agrupa las emociones que los consultantes perciben de los terapeutas en la relación; una “simpatía básica”, “empatía”, “calidez”, “acogida”, el sentimiento de aceptación y comprensión sin juicios y sin críticas fuertemente expresadas (Krause, 2011, p.226). El ámbito interaccional implica la capacidad del terapeuta para generar una relación de confianza con el consultante. El ámbito cognitivo refiere a la valoración del terapeuta en su experticia para resolver las situaciones que se presentan. Los tres ámbitos que actúan

recíprocamente operan favoreciendo la alianza terapéutica que en el caso de la “relación terapéutica” estudiada supone el vínculo de los usuarios con el equipo de trabajo que se conforma más allá de los roles profesionales. Esto se observa a partir de las escasas alusiones que se hace sobre el vínculo con las Licenciadas en Psicología, Trabajadora Social y Médico Psiquiatra, si bien se valoran determinadas “actividades terapéuticas” asociadas específicamente al rol de éstos, como los “espacios psicoterapéuticos” y la “medicación”. Lo que se presenta significado positivamente en cuanto a los componentes asociados a la alianza terapéutica, hace referencia principalmente al rol de los educadores y su disponibilidad para generar los “espacios de diálogo”. Esto encuentra relación con los hallazgos de Arocena (2019) acerca del valor que adjudican las personas que realizan tratamiento al rol de los técnicos con quienes comparten más tiempo para el desarrollo de la alianza terapéutica (p.98).

Los participantes no hacen referencias potentes a los procesos psicoterapéuticos. Las referencias son pocas y no se destacan como las propuestas más ricas dentro de la efectividad “global” de la que han hablado. En las entrevistas se preguntó específicamente acerca de este tema y no se observa ningún elemento diferencial que denote un buen vínculo terapéutico con los psicólogos ni los trabajadores sociales. (Arocena, 2019, p.99).

Coincidiendo con las conclusiones de Arocena (2019), los datos reflejan que la alianza terapéutica influye más significativamente en la promoción de los cambios subjetivos que las especificidades de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas. Más aun teniendo en cuenta que dentro del residencial conviven dos modelos teóricos psicológicos distintos, siendo que una de las psicólogas trabaja con base psicoanalítica y la otra desde el modelo cognitivo comportamental. Las numerosas investigaciones sobre la efectividad de distintos modelos terapéuticos han colaborado para establecer la importancia de “la alianza terapéutica, la competencia del terapeuta y la adherencia al tratamiento” (Valdés et al., 2005, p.4) en la determinación del éxito terapéutico.

Otro aspecto relevante en el logro de los resultados terapéuticos es la participación activa de los consultantes en la relación de ayuda psicológica, identificada por Krause (2011, p.222). La participación activa se presenta dentro del modelo del tratamiento en el residencial como una de las funciones promovidas por el equipo de tratamiento según relatan los Informantes Calificados. El nivel de participación, que estará condicionado por las características singulares de cada usuario, opera en función de los procesos de individualización y del desarrollo de la autonomía para la vida fuera del residencial. “El grado de participación en la gestión comunitaria está vinculado al

grado de confianza que tiene el equipo terapéutico en las posibilidades de funcionamiento “reparatorio” por parte de los pacientes” (González, 2001, parafraseando a García Badaracco, 1979, p.44).

Lo reparatorio dentro de la relación terapéutica puede pensarse en asociación con la rehabilitación que se plantea entre las metas terapéuticas del residencial, concepto mencionado en los datos en repetidas ocasiones. Entre las propuestas metodológicas de rehabilitación que se plantean en los textos de referencia, se observa como común denominador la función adaptativa de las personas para su inserción social (Antúnez, 2012; George, 2010; Usieto, Pernia, Pascual, 2006). “Nuestro deber como profesionales de rehabilitación es preparar lo mejor posible a nuestros usuarios para que afronten con la mayor garantía de éxito cualquier situación que se les presente en el futuro” (Fernández, 1997, p.389).

A partir de los datos se observa que las “actividades terapéuticas” se desarrollan desde un modelo educativo terapéutico que promueven hábitos, herramientas y habilidades psicosociales para el desarrollo autónomo y saludable de los usuarios en la vida social. Estos componentes, que son valorados positivamente por los entrevistados, suelen sostenerse al egreso del tratamiento, estableciendo una continuidad con lo aprendido en la “relación terapéutica”. Arocena (2019) observa también esta evaluación positiva de parte de sus entrevistados, acerca de lo que él denomina “intervenciones en la línea de lo tutelar” (p.107), horarios, rutinas, restricciones, entre otras, si bien cuestiona la “autopercepción estigmatizante que no constituye una herramienta promotora de la autonomía de la persona” (p.108).

En relación con el tratamiento farmacológico los datos presentan diferencias con las valoraciones negativas de las percepciones de los entrevistados de Arocena (2019), siendo que se identifica el componente “medicación” como positivo para el desarrollo de los cambios subjetivos en función al alivio sintomático y la posibilidad de disponerse afectiva y cognitivamente para el despliegue de lo terapéutico. En relación con lo expuesto por los Informantes Calificados, se observa que lo farmacológico se introduce como un elemento más dentro del accionar terapéutico del centro operando a la par del resto de las acciones terapéuticas.

La convicción creciente de que psicoterapia y tratamiento biológico no sólo no se oponen, sino que se potencian cuando son correctamente aplicados, ha sido particularmente fecunda para el tratamiento de la esquizofrenia, permitiendo el desarrollo actual de medidas de desinstitutionalización y rehabilitación que serían imposibles o estarían avocadas al fracaso con enfoques más parciales. (González de Rivera y Revuelta, 1993, p.1).

El tratamiento farmacológico aparece ligado a la noción de cronicidad que en los datos se presenta asociado a la “aceptación de la continuidad del tratamiento”. Las referencias de los entrevistados acerca de los aspectos que no cambiaron a pesar del tratamiento, coincide con lo que plantea el Informante Calificado acerca de los elementos estructurales de la personalidad. Blanco y Pastor (1997) plantean que lo crónico no se define únicamente por la presencia de una estructura diagnóstica sino por la funcionalidad de los sujetos de desempeñarse en el medio social a pesar de las dificultades que sus características de personalidad impliquen. Respecto de esto y comprendiendo a lo crónico en su acepción temporal (proveniente del griego cronos) se puede plantear la pertinencia de ajustar la duración de los procesos terapéuticos a las particularidades de cada usuario. El tiempo es traído como significativo por uno de los Informantes Calificados que observa mayores posibilidades de cambio en cuanto existe mayor trayectoria de tratamientos. Arocena (2019) observa la crítica de sus entrevistados sobre las estadías breves (entre uno y tres meses) en los tratamientos, como indicador de la ineficiencia de estos y plantea la importancia de contemplar los tiempos de tratamiento para cada persona en función de su plan terapéutico individualizado (p.105).

El enfoque de reducción de riesgos y daños que se plantea en los abordajes, en coherencia con la estrategia de la JND, se presenta asociado al modelo de atención centrado en la persona en tanto se parte de las necesidades y las metas que los usuarios se plantean con relación al uso de sustancias. Los datos identificados en el componente “gestión del consumo” reflejan que los objetivos terapéuticos varían entre los entrevistados desde el abandono del consumo a la gestión del uso de algunas drogas. Este modelo en articulación con los proyectos terapéuticos individualizados permite establecer el foco en el vínculo que las personas construyen con las drogas y las problemáticas asociadas a éste, entendiendo que la complejidad trasciende al tipo de sustancias.

Otra imagen que nos ofrece la reducción de riesgos de la realidad sobre la que se proyecta es que quien consume de una forma problemática o accidentada no tiene tanto una relación directa con las propiedades adictivas o dañinas de tal o cual sustancia sino con su momento vital y circunstancias particulares. En estos casos el consumo es el síntoma, y para atacar las causas hay que dispensar una atención profesional y especializada. (Parés, 2013, p.85).

Los datos en relación con la “gestión del consumo” se presentaron asociados a la valoración de la inaccesibilidad a las sustancias determinada por la estructura del residencial como factor de protección para el logro de la abstinencia. Esta inaccesibilidad que aparece configurada en la instauración de una norma simbólica, siendo que la lógica de puertas abiertas del centro no la garantiza, acentúa la motivación de los usuarios para el cese del consumo. Los participantes de la investigación de Arocena (2019) coinciden con esto, identificando la eficacia de los tratamientos residenciales para suspender el consumo a partir de su voluntad para ello en asociación al aislamiento producto de la internación. Con esto, determinan la importancia del trabajo terapéutico en el fortalecimiento para el egreso, en vías de que los logros puedan sostenerse en la vida en su entorno social. Señalando la pertinencia de la gestión de riesgos con relación al trabajo que plantean los participantes, el investigador agrega que éstos no hacen alusiones a dicho enfoque, a pesar de ser propuesto en los programas de los residenciales en la que realizaron sus tratamientos. Esto encuentra relación en los datos, en tanto solamente uno de los entrevistados hace referencia a la reducción de riesgos vinculada a las herramientas aprendidas en el residencial.

De manera similar ocurre con los datos en cuanto al trabajo con los referentes socioafectivos, a pesar de que la tarea terapéutica con las familias se plantea de relevancia por los Informantes Calificados, así como en la bibliografía de referencia. Si bien las familias aparecen significativamente en los datos asociadas a distintos componentes, son escasas las referencias a la inclusión de éstas en el marco del tratamiento. Una vez más, los datos coinciden con la percepción de los usuarios de tratamientos residenciales quienes no aluden al trabajo terapéutico con referentes socioafectivos a pesar de plantear la importancia de los cambios del entorno (Arocena, 2019).

#### **6.4 Cambios subjetivos**

Los datos hallados en la investigación señalan el desarrollo de un proceso de cambios subjetivos que inicia previamente al inicio del tratamiento en el residencial, en el cual se observan algunos de los indicadores de cambios genéricos expuestos en la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause y Dagnino, 2006). Estos indicadores, que se presentaron en articulación con los datos en el capítulo anterior, se conforman por factores intra y extraterapéuticos relacionados con los componentes identificados en la matriz categorial.

En términos generales, la sucesión de los indicadores de cambio aparece en los datos con correspondencia a la enumeración en la Teoría de Cambio Subjetivo (Krause y Dagnino, 2006). La excepción se presenta en el indicador 5, siendo que el

*descongelamiento de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales* se identifica una vez iniciada la relación terapéutica en lugar de presentarse con anterioridad a ésta, como lo presentan los autores. Si bien, este *descongelamiento* aparece vinculado al “contacto con el límite” que forma parte del “reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto” en el momento previo al tratamiento, el análisis de los datos señala que son las condiciones que se generan en la relación de ayuda, las que habilitan el espacio de mentalización para la promoción del pensamiento sobre sí mismos como contrapartida de las dificultades para conectar con la realidad cotidiana compartida (González, 2001) en el “momento crítico” previo a la ayuda.

El *reconocimiento de la ayuda recibida* (indicador 17) y la *disminución de la asimetría* (indicador 18) que se presentan según Krause y Dagnino (2006) durante el proceso terapéutico, aparecen en los datos asociados a momentos posteriores a la relación de ayuda. La *disminución de la asimetría* se asocia con la evolución de lo terapéutico en tanto se relaciona con un proceso gradual de autonomía en el despliegue de las acciones de cuidado aprendidas en el residencial. El reconocimiento de la ayuda recibida se presenta como indicador transversal, siendo que aparece al momento del relevamiento de los datos, no pudiendo identificarse en una fase específica dentro de la relación terapéutica.

En función a los datos hallados, el desarrollo de los cambios subjetivos concluye en el indicador de cambio 14: *formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo, a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas* (Krause y Dagnino, 2006). Los datos reflejan diferentes niveles de consistencia entre las nuevas conceptualizaciones y los aspectos personales internos, que señalan la elaboración de constructos subjetivos, no así la formación de modelos explicativos de mayor envergadura, como las teorías subjetivas. Los constructos subjetivos son anteriores a las teorías subjetivas, son elementos menos elaborados a nivel de la integración subjetiva. Son el basamento para que la Teoría Subjetiva se de a posteriori. Estos se presentan señalando la conformación de los cambios subjetivos a partir del proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo”. Esto presenta relación con la relevancia que Krause (2011) adjudica a “la resignificación y, con ella, la transformación de los patrones de explicación subjetivos del consultante, (que) son tanto un producto de la interacción con profesionales de ayuda como una condición para el desarrollo positivo de la relación terapéutica” (p.196).

Los cambios subjetivos se presentan en relación con la “percepción de modificaciones” que los sujetos hacen sobre sí mismos. “La percepción de las modificaciones es el efecto que siente el sujeto que se ha producido en él y/o en el entorno a partir de la consulta inicial” (Contino, 2015, p.93). Se observa que la interrelación de los

componentes identificados en estas percepciones resulta en el favorecimiento del autoconcepto, y el fortalecimiento de la vivencia de seguridad. Si bien la investigación se limita en la conclusión de la construcción de teorías subjetivas, se observa en los datos componentes asociados a las funciones que Krause (2011) refiere sobre las mismas. Los constructos subjetivos asociados al fortalecimiento en la autopercepción inciden en la orientación de las acciones que se despliega al egreso del residencial. El “desarrollo de la identidad” (Krause, 2011, p.344) y la adjudicación de sentido aparecen en relación con acciones que se sostienen en el tiempo con la intencionalidad de alcanzar determinado fin, identificado en los datos como la búsqueda de apuntalamiento subjetivo. Entre estas acciones la construcción de “proyectos de vida” adjudican un sentido prospectivo a la vida de los sujetos ante la posibilidad de contar con un marco de referencia sobre el cual construir metas y planes a futuro. “Las teorías subjetivas son efectivas en cuanto otorgadoras de sentido, porque ordenan lo azaroso” (Krause, 2011, p. 285).

## **6.5 Autonomía**

El desarrollo de la autonomía que se presenta como objetivo terapéutico del programa del residencial en coherencia con lo que se plantea sobre los modelos de rehabilitación en los textos de referencia, es propuesto por Krause (2011) como criterio para la evaluación de los cambios subjetivos. “La autonomía del consultante también parece ser un objetivo terapéutico general deseable a los ojos de los terapeutas, aun cuando no siempre es posible de lograr, por ejemplo, en los casos de trastornos graves o crónicos” (Krause, 2011, p.345). Como contraparte de la autonomía la autora plantea la dependencia con la relación de ayuda, según la continuidad y frecuencia con la que se consulta, según el motivo, la responsabilidad sobre su psiquismo y la integración de los patrones de interpretación psicológicos. En consideración a estos aspectos, los datos suscitan a pensar el criterio de autonomía atravesado por la promoción de la continuidad de la atención que se realiza desde la relación de ayuda. La continuidad de los procesos terapéuticos se plantea como una de las metas del tratamiento, promovándose su aceptación en relación con el proceso de “reconocimiento y resignificación de sí mismo”. En función a la relevancia que los técnicos adjudican a la continuidad de las relaciones de ayuda para las personas que realizan el tratamiento, se configuran procedimientos de derivación y contrarreferencia a la red de asistencia para el egreso. Aún en los casos en los cuales las personas no participen de otras relaciones de ayuda al egreso del residencial, la autonomía aparece relativizada por la necesidad de continuar con la atención en psiquiatría para el seguimiento del tratamiento farmacológico. A partir de estos elementos, el desarrollo de la autonomía en

estos casos implicaría la capacidad de las personas para continuar relaciones de ayuda según las indicaciones de los equipos tratantes y la asertividad de buscar la ayuda oportunamente en función a la evaluación que realice sobre sí mismo. El criterio de autonomía, versus dependencia, contemplaría los motivos (apropiados) para el uso de la ayuda y la responsabilidad sobre la propia psiquis (Krause, 2011).

Los datos conformados en la última categoría central de la matriz categorial reflejan diferentes niveles de autonomía en el despliegue de las acciones en la vida al egreso del residencial. En cuanto a la continuidad de los participantes con otras relaciones de ayuda, independientemente de la asistencia psiquiátrica, solamente uno sostiene un grupo de acompañamiento al cual ingresa por sus propios medios, sin derivaciones mediante. Sin embargo, la mayoría hace referencia a un proceso de aprendizaje iniciado en la relación terapéutica y que se continúa desarrollando de manera autónoma, indicando el fortalecimiento de las habilidades para “la resolución de los propios problemas o para el desarrollo personal” (Krause, 2011, p.345).

## **6.6 Procesos de búsqueda**

La búsqueda de apuntalamiento subjetivo que atraviesa la vida al egreso del residencial se fundamenta desde los nuevos constructos subjetivos en tanto éstos favorecen el desarrollo de la identidad y la adjudicación de sentido (Krause, 2011). La inauguración de este proceso de búsqueda consciente y activo confronta al sujeto con una realidad que se presenta cuando se superan las afectaciones del “momento crítico”. “En el pegue se busca refugio, una válvula de escape a una realidad caracterizada por el estigma y la precariedad; pero el efecto del pegue es momentáneo, mientras que las condiciones de vida reproducen, radicalizándola, la desigualdad social.” (Albano et al., 2014, p.118-119)

La búsqueda de apuntalamiento subjetivo aparece señalando los vacíos y las contradicciones de una comunidad a la cual los sujetos deberían integrarse, lo que interpela el modelo de tratamiento residencial en su cualidad de *burbuja* (E1) en el acompañamiento de los procesos de inserción social.

Proyectar desde el residencial la pertinencia de tales o cuales aprendizajes de la persona para una mejor adaptación activa al medio. Si esto funcionara de esta manera, los participantes no sentirían que se les “suelta la mano” cuando egresan, o que las propuestas de continuidad no son vividas por las personas de esa manera. (Arocena, 2019, p. 115).

Galende (1997) problematiza el trabajo de los técnicos planteando la diferencia entre inserción social e integración social en relación a los excluidos sociales. La integración supone un problema mayor en tanto implica la restitución de los derechos en todos los ámbitos para el logro de una ciudadanía plena (p.113). Refiere que, en este sentido, las políticas sociales se limitan a las acciones de inserción social, a partir de los esfuerzos por reestablecer el lazo social intentando paliar la marginación ante la inexistencia de políticas de integración social. “Lamentablemente ocurre que estos individuos “reinsertados” no pueden eludir el continuar siendo víctimas de una diferenciación social estigmatizante” (Galende, 1997, p.114).

Si bien los referentes socioafectivos son mencionados en relación con los componentes de la “evolución de lo terapéutico”, asociados a la contención y el apoyo para el sostenimiento de los logros alcanzados, aparecen asociados principalmente a las acciones que los sujetos realizan para la recuperación y fortalecimiento de los vínculos con éstos. En el despliegue de esta tarea reparatoria, entre la construcción de sentido y el desarrollo de la identidad aparece la búsqueda del lazo social. “Llamaré lazo social a la ficción eficaz de discurso que hace que un conjunto de individuos constituya una sociedad. Y a la vez, a la ficción social que instituye los individuos como miembros de esa sociedad” (Lewkowicz, 2006, p.56). El lazo social se constituye, a la vez que se instaure, en un contexto de significados particulares a una cultura que adjudica sentidos a los modos de ser sujetos, determinando las acciones que validan un lugar en el conjunto social. La “normalidad” que se presenta como componente de la construcción de sentido, aparece como el lugar validado que se desea alcanzar, despojándose de la identidad cristalizada en el adicto/loco o loco/adicto. Krause (2011) señala el valor de las teorías subjetivas en relación con el proceso de individuación en un contexto sociocultural que puede ser experimentado subjetivamente como amenazador y cita a Flick (1990a) para referirse al “sujeto como artesano sobreexigido” (p.284) en los intentos por individualizarse en un mundo de exigencias contradictorias. En palabras de Lipovetsky y Charles (2006), “cuántos trastornos invitan a examinar un poco más de cerca el régimen del tiempo social que gobierna la época” (p.61).

Lo psicotóxico como moneda que circula en un contexto disfuncional (González, 2001) aparece condicionado por una sociedad hipermoderna, hipernarcisista, hiperconsumista que configura vacíos siempre insatisfechos, promoviendo una competencia de exigencias que podrán ser vividas con mayor sufrimiento en función a las vulnerabilidades específicas (Bauman, 2000). Este contexto configurado en un espacio/tiempo que carece de referencias de apuntalamiento, donde las redes de sostén, tanto a nivel familiar como a nivel institucional, se han difuminado somete a los sujetos a lidiar con las tensiones de optar por identificarse con modelos que desconoce,

que cambian velozmente y para los cuales no tiene referencias simbólicas. Las tensiones en este proceso de búsqueda de apuntalamiento subjetivo aparecen cuestionando la incapacidad social de desarrollar sus propios procesos de cambio.

Con los cambios del tipo subjetivo instituido tiene que cambiar conjuntamente el principio social de identidad, el principio establece en función de qué parámetros un integrante de la sociedad será reconocido como *él mismo* por los demás; será identificado, convocado o rechazado; será valorado o despreciado (Lewkowicz, 2006, p.81).

## 7 Conclusiones

### **Aspectos que componen la construcción subjetiva de personas con patología dual sobre su problema.**

Los constructos subjetivos se desarrollan en un proceso que inicia previamente a la relación terapéutica en el centro de patología dual y se consolida en el reconocimiento y resignificación de sí mismo que se construye en el marco de la misma. En este proceso, uno de los aspectos que resulta significativo para la construcción subjetiva sobre los problemas, es el contacto con el límite. Recogido en los datos con relación a la idea de “tocar fondo”, el contacto con el límite aparece como promotor del reconocimiento de la necesidad de ayuda del propio sujeto. Esta confrontación del sujeto consigo mismo, en el reconocimiento del malestar subjetivo y los daños en el entorno, se presenta en los momentos previos al contacto con la ayuda, promoviendo la demanda de parte del propio sujeto, se presenta a partir de la interacción con agentes del entorno que promueven el reconocimiento de los límites o se presenta una vez iniciada la relación terapéutica, a partir de los espacios de resignificación.

Resulta significativo que entre los elementos que conforman el contacto con el límite, adquiere mayor valoración el reconocimiento de los daños ocasionados en el entorno en función a los propios comportamientos. Si bien, los datos se presentan asociados a la carga subjetiva de malestar experimentado en el momento crítico, la percepción que se realiza sobre el malestar de los otros, principalmente de las personas de referencia del entorno cercano, se presenta más significativamente. Este es uno de los límites que se presenta en la situación de calle que experimenta la mayoría de los entrevistados, siendo indicador del deterioro de los vínculos con las familias, la pérdida de las redes de contención socioafectivas y sanitarias. El límite que aparece como “fondo” con el que se hace contacto para motivar la construcción subjetiva sobre los problemas, aparece en la confrontación con las representaciones acerca del lugar social que se debería ocupar. El contacto con el límite como componente del inicio de la construcción subjetiva, presenta coherencia con los dos primeros indicadores genéricos de cambio de Krause y Dagnino (2006): aceptación de la existencia de un problema (ind. 1), aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda (ind. 2).

Los elementos involucrados en el contacto con el límite promueven la construcción de las expectativas de los sujetos que desean cambiar en búsqueda del bienestar subjetivo y la modificación de comportamientos. Las expectativas se presentan como indicadoras del deseo de cambio, en la demanda de ayuda y la construcción de metas terapéuticas.

El proceso de reconocimiento y resignificación de sí mismo se presenta como aspecto fundamental en el desarrollo de los constructos subjetivos de las personas sobre sus problemas. La promoción de este proceso estará incidiendo por la calidad de la alianza terapéutica, en la valoración de la contención afectiva y seguridad de la estructura de la relación terapéutica, y por el modo en el cual se presente una correspondencia entre las expectativas de los usuarios y lo efectivamente encontrado en el tratamiento. La aceptación del terapeuta como profesional competente, es considerado en el marco de la relación terapéutica que se presenta en el residencial como la aceptación de la metodología de tratamiento que se plantea desde el equipo del centro, atravesado por un modelo teórico-técnico específico que se fundamenta en el programa de la organización. La correspondencia entre lo esperado por los sujetos en el proceso hacia la ayuda y lo que encuentran en la relación terapéutica, incidirá en el fortalecimiento de la alianza terapéutica y el deseo de cambio, favoreciendo el desarrollo de los cambios subjetivos. Estos elementos se relacionan con los indicadores genéricos de cambio 3: *aceptación del terapeuta como profesional competente*; indicador 4: *expresión de esperanza o expectativa de ser ayudado*; e indicador 6: *expresión de la necesidad de cambio* (Krause y Dagnino, 2006).

### **Aspectos que componen la construcción del cambio subjetivo a partir de intervenciones terapéuticas específicas.**

Los aspectos relevantes que componen la construcción del cambio subjetivo se identifican en las acciones terapéuticas que se desarrollan en la relación terapéutica. Aparece la estructura como aspecto fundamental en tanto habilita un espacio de contención y seguridad afectiva que promueve la confianza de las personas en el despliegue de sus procesos de tratamiento. La estructura opera como corte del momento crítico previo al ingreso al residencial, buscando la reparación de las situaciones de vulnerabilidad, estableciendo un entorno normativo que organiza el cotidiano en la promoción de hábitos saludables. La estructura en relación con las actividades terapéuticas promueve un espacio trófico y legalizante para el apuntalamiento subjetivo de las personas que realizan el tratamiento en el accionar de modos de relacionamiento saludables que operan en la promoción de herramientas y habilidades psicosociales.

El entorno normativo se significa en articulación con la gestión del consumo, a partir de la valoración sobre la inaccesibilidad a las sustancias psicoactivas que los usuarios perciben dentro del residencial. La gestión del consumo en el marco de la relación terapéutica implica el diseño de estrategias a partir de las decisiones que los usuarios se plantean en el tratamiento sobre el uso de sustancias. Sin embargo, los

datos asociados a la gestión del consumo se presentan relacionados principalmente con la noción de *burbuja* que dificulta el contacto con las drogas, lo que se percibe como favorecedor para la cesación del consumo que se experimentaba anteriormente de manera compulsiva. Este distanciamiento de los usuarios con las sustancias aparece resignificado como acción de cuidado luego del egreso del residencial, asociado a la gestión de riesgos en situaciones de exposición a las sustancias.

Entre las actividades terapéuticas, se identifica la relevancia de los espacios de diálogo y los espacios psicoterapéuticos, en función a la habilitación de espacios seguros y confiables que promueven el pensamiento, favoreciendo el reconocimiento y la resignificación que los sujetos realizan sobre sí mismos. Entre los resultados analizados en función a estos componentes, se estableció la predominancia valorada al diálogo en sí mismo, sobre la especificidad de los técnicos operando como interlocutores. Lo que se identifica en su relevancia es el espacio habilitado para el diálogo, asociado a las habilidades del técnico que lo promueve, independientemente de su profesión.

El tratamiento farmacológico es identificado como aspecto relevante en la construcción de los cambios subjetivos, siendo un componente valorado positivamente por los entrevistados. La farmacología en el marco de la relación terapéutica aparece como herramienta auxiliar para el desarrollo del proceso de tratamiento de los usuarios. Siendo evaluada y ajustada en función a la presentación clínica de cada usuario, la administración de la medicación psiquiátrica se determina por la funcionalidad de las personas en la participación activa en las diferentes actividades del tratamiento, operando como instrumento de apoyo y acompañamiento en la relación terapéutica. Respecto a esto, el tratamiento farmacológico se presenta asociado a los aspectos estructurales de personalidad, significados como lo que no cambia a pesar de la relación terapéutica, lo que aparece vinculado a la conciencia de enfermedad y la aceptación de la continuidad del tratamiento.

### **Elementos que componen el cambio subjetivo a partir de las intervenciones terapéuticas.**

Los elementos que componen el cambio subjetivo se encuentran en referencia al proceso de reconocimiento y resignificación de sí mismos que se desarrolla en la relación terapéutica, en la percepción de los sujetos sobre sus modificaciones y en las acciones orientadas que se sostienen una vez se egresa del centro.

El reconocimiento y la resignificación de sí mismo se presenta a modo de proceso que atraviesa la relación terapéutica, para algunos se inicia a partir de la misma en el residencial, mientras para otros es fortalecido en esta relación, habiendo iniciado

previamente en contactos con otras ayudas o por sí mismos. Este proceso aparece en los datos asociado a cuatro componentes que se presentan a modo de fases. Iniciando por el conocimiento sobre sí mismo, seguido por el reconocimiento de sí mismo y la aceptación de la continuidad del tratamiento que se presentan en la relación terapéutica, el proceso continúa en un cuarto componente que se presenta en la evolución de lo terapéutico, que representa el proceso de aprendizaje que se sostiene por los sujetos con independencia de la relación terapéutica. Los elementos que configuran este proceso se relacionan con los indicadores genéricos de cambio: *descongelamiento de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales* (ind. 5), *reconocimiento de la propia participación en los problemas* (ind. 7), *descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo* (ind. 8), *establecimiento de nuevas relaciones entre: aspectos propios, aspectos propios y elementos biográficos* (ind. 11), *reconceptualización de los propios problemas o síntomas* (ind. 12) y *transformación de las valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros* (ind. 13) (Krause y Dagnino, 2006). Estos indicadores genéricos de cambio, vinculados al proceso de reconocimiento y resignificación de sí mismo presentado en función a los datos, concluye en diferentes niveles de consistencia entre las nuevas conceptualizaciones y los aspectos personales internos de los sujetos. Siguiendo la dinámica sucesiva que Krause y Dagnino (2006) plantean, el proceso de reconocimiento y resignificación concluye en la elaboración de constructos subjetivos; *formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo, a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas* (ind. 14).

El cambio subjetivo se presenta también en la percepción que los sujetos hacen sobre sí mismos de los aspectos personales que han modificado, los que inciden unos en otros favoreciéndose entre sí. Se perciben cambios en el sentimiento de competencia, lo que implica el favorecimiento de la seguridad y la confianza en sí mismo (indicador de cambio genérico 10: *aparición de sentimientos de competencia*, Krause y Dagnino, 2006). Se percibe la mejora afectiva con relación al malestar subjetivo que aparecía con anterioridad a la relación de ayuda, incidida por la percepción de la organización del pensamiento. En articulación a todos estos componentes, los sujetos perciben un modo de relacionarse con el entorno que mejora en comparación a un tiempo anterior.

Las percepciones de los sujetos valoradas positivamente como cambios, en el contexto de los constructos subjetivos desarrollados, favorecen la vivencia de seguridad para el despliegue de las acciones orientadas que se sostienen en la vida posterior al tratamiento. Las acciones orientadas se presentan como elemento que compone el cambio subjetivo, en tanto aparecen como indicadoras de cierto nivel de integración de

los constructos subjetivos en la vida cotidiana de los sujetos, siendo que adjudican sentido a las acciones de cuidado y de integración social que sostienen luego del egreso del tratamiento. Las acciones de cuidado se presentan en la organización del cotidiano, la gestión de los riesgos asociada principalmente al cuidado de la exposición a situaciones de consumo de sustancias y en el proceso de aprendizaje sobre sí mismos que se continúa con independencia de la relación terapéutica. Este último componente se destaca entre las acciones de cuidado en relación con la noción de continuidad que atribuye al proceso de reconocimiento y resignificación de sí mismo que señala un sentido permanente y prospectivo del mismo, indicando la asimilación del valor adjudicado a dicho proceso para el cuidado de sí y los niveles de autonomía alcanzados. Las acciones de integración social en los grupos sociales primarios y secundarios, son favorecidas a partir de las vivencias de seguridad y los nuevos modos de relacionamiento con el entorno, orientando la búsqueda de lazo social y la construcción de sentido subjetivo.

La búsqueda de apuntalamiento subjetivo se identificó a partir de los datos como elemento que se presenta en la vida de los entrevistados luego del tratamiento. El análisis de proceso de los datos hallados en la investigación, indica que la búsqueda de apuntalamiento subjetivo se atraviesa la formación de los constructos subjetivos favorecidos a partir de la relación terapéutica. Las acciones educativo-terapéuticas promovidas en el tratamiento, constituidas en un marco teórico-técnico conceptualizado desde la rehabilitación bio-psico-social, habilitan los modos de subjetivación a partir de los cuales los sujetos fundamentan sus búsquedas de apuntalamiento subjetivo, atravesadas por las representaciones sociales de la realidad a la cual deben integrarse.

## **7.1 Aportes de la investigación**

El trabajo exploratorio ha permitido identificar los elementos que conforman los cambios subjetivos de las personas con patología dual que han realizado tratamientos específicos para su abordaje y los aspectos que los propios sujetos valoran para el desarrollo de los mismos. La metodología utilizada permitió el trabajo a partir del discurso de los participantes, explorando en función a sus experiencias subjetivas.

La exploración de los cambios subjetivos permite dar un lugar de saber a los sujetos sobre las intervenciones terapéuticas diseñadas para el abordaje de sus problemáticas, partiendo del respeto y la valoración de sus percepciones y el reconocimiento de su participación activa en la construcción del proceso de cambio. El conocimiento construido en función de sus percepciones presenta aportes de relevancia para el programa de atención específico en patología dual y para los programas que se articulan con éste en la conformación de la RENADRO. Considerando la especificidad

que se presenta en la investigación con relación a las patologías duales, siendo un ámbito escasamente explorado en nuestro medio, los datos aportan conocimiento de interés académico e instrumental para el personal técnico de atención directa, para personas encargadas de la gestión de programas en el área y personas intervinientes en la política pública en drogas y en salud.

La identificación de los aspectos que componen la construcción subjetiva acerca de las problemáticas que se presentan en las personas con patología dual, permite la comprensión de las vivencias subjetivas que determinan el inicio de la búsqueda de ayuda, sensibilizando acerca de sus sufrimientos subjetivos y las condiciones de vulnerabilidad a las cuales quedan expuestos. Desde lo institucional, esta aproximación posibilita adecuar los servicios de atención y asistencia que intervienen en la vida de las personas con patología dual, en función de disminuir los factores de riesgo que inciden en los mecanismos de exclusión y desamparo que opera desde los distintos ámbitos. Para los equipos de tratamiento que inician la relación de ayuda, este conocimiento aporta elementos para la elaboración de un diagnóstico situacional desde el cual partir en la construcción de las estrategias terapéuticas, así como resalta la relevancia del trabajo tendiente al fortalecimiento de las redes de apoyo y contención, para la vida con independencia de la relación de ayuda.

Los datos sobre la vida al egreso del tratamiento orientan sobre la importancia del trabajo de inserción social, con especial énfasis en los modelos residenciales. Además de la relevancia del desarrollo de la autonomía, los datos aportan sobre la necesidad de generar estrategias terapéuticas eficaces de acompañamiento a las personas en el proceso de inserción social una vez finalizado el tratamiento residencial.

La identificación de los aspectos que los participantes valoran para el desarrollo del cambio subjetivo a partir de las intervenciones terapéuticas, así como la exploración de los elementos que componen el cambio subjetivo, aportan información relevante para la construcción de los objetivos terapéuticos de los programas de tratamiento, a partir de la oportunidad de fortalecer las acciones terapéuticas que los participantes estiman de mayor incidencia.

La exploración de los cambios subjetivos permite reconocer que el desarrollo de cambios no se constituye en un trabajo íntimo, sino que, favorecido en el relacionamiento con otros, es público a la vez de intersubjetivo. Esto aporta a la concientización sobre la importancia de la vigilancia epistemológica sobre los lenguajes instrumentales de los cuales nos valemos académica y técnicamente para el trabajo con las personas con patología dual. Hacia la dimensión social, orienta a la concientización acerca de los efectos subjetivos que resultan del entramado del sufrimiento psíquico y

las representaciones sociales reproducidas entorno a las personas que presentan dicha pathos-logía.

## **7.2 Limitaciones de la investigación**

Las limitaciones metodológicas ya señaladas, no permitieron explorar el nivel de integración de los constructos subjetivos en el relato autobiográfico (Krause, 2011) de los participantes, por lo cual no se puede concluir en el desarrollo de teorías subjetivas, dejando el camino abierto a posibles futuras investigaciones.

En cuanto a las limitaciones en función a la implicancia institucional de la investigadora, a pesar de las técnicas utilizadas para su cuidado se considera que la propia empiria incide en la mirada e interpretación de los datos.

Por otra parte, puede ser tomado como una limitante la participación como informantes calificados a los miembros del equipo técnico en referencia a la implicancia de éstos con su trabajo y el Centro, sin embargo, no hay otro Centro que aborde de forma integral lo que esta investigación pretende abordar.

Las limitaciones propias de la situación de pandemia que no permitió aumentar la muestra, si bien nunca intentó ser de carácter representativo por ser una investigación cualitativa, el hecho de no ingreso ni egreso de usuarios al Centro limitó las posibilidades del número de participantes de la investigación.

## 8 Referencias

- Albano, G., Castelli, L., Martínez, E. y Rossal, M. (2014). Caminando solos. En Suárez, H., Ramírez, J., Albano, G., Castelli, L., Martínez, E. y Rossal, M. (2014). *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. (pp. 61-147). Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Unidad de Medios Técnicos, Ediciones y Comunicación (UMTEC).
- Alfonzo-Bello, L., Szerman, N., Marín-Navarrete, R., Arribas-Ibar, E., Pérez-López, A., Babín, F. & Medina-Mora, M. (2017). Ibero-American initiative for dual disorders to improve public treatment programs. *Revista Salud Mental*, 40(6), 249-255. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v40n6/0185-3325-sm-40-06-249.pdf>
- Antúnez, M. (2012). Hacia la inserción social y comunitaria. *Revista de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Centros de rehabilitación*, (238), 8-12. Recuperado de [http://www.psicologos.org.uy/revistas/238\\_revista2012\\_jun.pdf](http://www.psicologos.org.uy/revistas/238_revista2012_jun.pdf)
- Araújo, A. (2011). Acerca del tiempo y desde los espacios inciertos de la hipermodernidad: la sociología clínica. En: *Sociología clínica una epistemología para la acción* (pp. 105-116). Montevideo: Psicolibros Univeristario.
- Arocena, A. (2019). *Percepción de usuarios egresados de centros residenciales de tratamiento para uso problemático de drogas, sobre la eficacia de tales dispositivos*. (Tesis de Maestría inédita). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo.
- Baththyány, K. y Cabrera, M. (Coord.) (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Montevideo: Udelar. CSE. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/26551>
- Bauman, Z. (2000). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Blanco, A. y Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En Rodríguez, A. (coord.) *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos* (pp. 33-55). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bohm, D. (1997). *Sobre el diálogo*. Barcelona: Keirós. Recuperado de <https://www.uv.mx/transversa/files/2017/04/Bohm-Sobre-el-dialogo-28-paginas.pdf>
- Carceller, N. (2012). Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 12, 83-105. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/AEC/article/download/270314/357900>
- Castaño, G. y Sierra, G. (2015). Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 108-117. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a08.pdf>
- Catalán J. (2016). *Hacia la formulación de una teoría general de las teorías subjetivas. Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*. 15(1), 53-65.

- Contino, S. (2015). *Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario*. (Tesis de Maestría, Universidad de la República, Montevideo). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5478>
- Dell'Acqua, C. (s.f.). Modelo de Reducción de Riesgos y Daños. En C. Dell'Acqua y M. Suanes (Coords.), *La Gestión de Riesgos. Un camino hacia el abordaje de la problemática de drogas*. (pp. 8-13). Montevideo: Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República, Secretaría de Comunicación y Prensa de la JND.
- Dianova (s.f.). Historia. Recuperado de <https://www.dianova.org/es/quienes-somos/nuestros-miembros/historia/>
- Dirección Nacional de Monitoreo - Ministerio de Desarrollo Social (2020). *Informe relevamiento de personas en situación de calle en Montevideo*. Recuperado de [https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Informe%20Censo%20calle%202020%20-%20Set.2020\\_20200919.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Informe%20Censo%20calle%202020%20-%20Set.2020_20200919.pdf)
- Drake, R., McHugo, G., Xie, H., Fox, M. Packard, J. y Helmstetter, B. (2006). Ten-Year Recovery Outcomes for Clients With Co-Occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Schizophrenia Bulletin* 32(3), 464-473. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj064>
- Fernández, J. (1997). Rehabilitación de personas con necesidades especiales: las personas con trastornos psiquiátricos crónicos y abuso de drogas. En Rodríguez, A. (coord.) *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos* (pp. 389-412). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Fernández, J., Touriño-González, R. (2006). Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial. *Revista psicosocial*, 3(1), 9-16. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-evaluacion-e-intervencion-sobre-el-13102377>
- Fernández, E., García, J. y Martínez, C. (2011). Estudio sobre la aplicación de un programa de actividades deportivas en pacientes con patología dual. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6(1), 113-132. Recuperado de <http://www.webs.ulpgc.es/riped/docs/20110108.pdf>
- Fernández, S. y Lapetina, A. (2008). *Contacto. Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios*. Montevideo: Frontera Editorial.
- Fielitz, P., Suárez, H., Escobal, M., Frontini, M., López, G., Navarro, V.,... do Campo, O. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia psiquiátrica. Hospital Vilardebó. Montevideo. Uruguay. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2). 106-113. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v48n2/art03.pdf>
- Foucault, M. (2014). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1992). El malestar en la cultura. *Obras completas* (Vol. 21, pp. 59-140). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).

- Fundación Dianova Uruguay – Red Nacional de Drogas (2013). *Chanaes. Programa Centro de Tratamiento Integral para Adolescentes y Jóvenes con Patología Dual*.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- George, J. (2010). *Temas de Rehabilitación. Una visión hacia un modelo de rehabilitación social integral del paciente psiquiátrico*. San José: Impreso Escuela Colonia Etchepare.
- González, E. (2001). *Comunidades Terapéuticas y Trastornos Duales*. Montevideo: Psicolibros.
- González de Rivera y Revuelta, J. (1993). El tratamiento integrado de la psicosis: combinación de psicofármacos y psicoterapia. *Actas Luso Española de Neurología y Ciencias Afines*, 21(3), 83-89. Recuperado de [https://www.psicoter.es/ arts/93\\_A118\\_04.pdf](https://www.psicoter.es/arts/93_A118_04.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Junta Nacional de Drogas. (2021). *Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas, período 2021-2025*. Imprenta Polo S.A.
- Kerouglan, L., Ramírez, J. y Suárez, H. (2019). Aproximaciones cuantitativas al fenómeno del consumo de pasta base de cocaína (PBC). Lecturas a partir de los resultados del RDS. En Junta Nacional de Drogas – Observatorio Uruguayo de Drogas. *Personas, calle, consumos: dos estudios sobre uso de pasta base en Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. (pp.11-124) Montevideo: Universidad de la República, Junta Nacional de Drogas, Coordinación y Prensa JND.
- Krause, M. (1992). Efectos subjetivos de la ayuda psicológica. Discusión teórica y presentación de un estudio empírico. *Psykhe Revista de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1(1), 41-52. Recuperado de <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/15/15>
- Krause, M. (2007). Mariane Krause: La psicoterapia al microscopio. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Temas y Controversias, Universidad de Chile, Facultad de Medicina*, 3(3), 258-265. Recuperado de <https://sodepsi.cl/wp-content/uploads/2020/09/GPU-2007-3.pdf>
- Krause, M. (2011). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. y Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, Temas y Controversias, Universidad de Chile, Facultad de Medicina*, 2(3), 287-298. Recuperado de <https://sodepsi.cl/wp-content/uploads/2020/09/GU-2006-3.pdf>
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso

- psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a06.pdf>
- Krieger, D., Benzano, D., Reppold, C., Fialho, P., Pires, G. & Terra, M. (2016). Personality disorder and substance related disorders: a six-month follow-up study with a Brazilian sample. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(2), 127-134. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n2/0047-2085-jbpsiq-65-2-0127.pdf>
- Lewkowicz, I. (2006). *Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.
- Lipovetsky, G. y Charles, S. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., ...Medina-Mora, M. (2013). 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. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n6/v36n6a4.pdf>
- Marín-Navarrete, R. y Medina-Mora, M. (2015). Comorbilidades en los Trastornos por Consumo de Sustancias: Un desafío para los servicios de salud en México. En: Medina, M., Sarti, E. y Real, T. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. (pp. 39-58). México: Academia Nacional de Medicina. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/279978530\\_Comorbilidades\\_en\\_los\\_Trastornos\\_por\\_Consumo\\_de\\_Sustancias\\_Un\\_desafio\\_para\\_los\\_servicios\\_de\\_salud\\_en\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/279978530_Comorbilidades_en_los_Trastornos_por_Consumo_de_Sustancias_Un_desafio_para_los_servicios_de_salud_en_Mexico)
- Marín-Navarrete, R. y Medina-Mora, M. (2018). Estudios en México sobre Patología Dual. En: Marín, R., Szerman, N. y Ruiz, P. (eds.), *Monografía sobre Patología Dual: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 118-125). México: INPRFM, IAPA. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/324273242\\_Estudios\\_en\\_Mexico\\_sobre\\_Patologia\\_Dual](https://www.researchgate.net/publication/324273242_Estudios_en_Mexico_sobre_Patologia_Dual)
- Marín, R. y Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38(6). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n6/0185-3325-sm-38-06-00395.pdf>
- Marín, R., Szerman, N. y Ruiz, P. (2018). Conceptos básicos sobre Patología Dual. En Marín, R., Szerman, N. y Ruiz, P. (eds.), *Monografía sobre Patología Dual: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 14-19). México: INPRFM, IAPA. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/324273042\\_Conceptos\\_Basicos\\_sobre\\_Patologia\\_Dual](https://www.researchgate.net/publication/324273042_Conceptos_Basicos_sobre_Patologia_Dual)
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: Vasilachis, I. (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Moreno, M. (2012). *Pautas de atención para personas con comorbilidad psicopatológica: drogodependencias y otros trastornos del eje I y II* (Trabajo final de Graduación para optar por el título de Especialista en Psicología

Clínica, Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio).  
<http://hdl.handle.net/20.500.11764/716>

Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Ed. Gedisa.  
Naparstek, F. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.

Organización Mundial de la Salud. (2022, junio 17). Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Parés, Ó. (2013). La génesis de la reducción de riesgos. En Pere, D. y Pallarés, J. (editores) *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. (pp.71-88). Lleida: Editorial Milenio. Recuperado de <file:///Users/andrearrios/Downloads/Dialnet-DeRiesgosYPlaceres-656489.pdf>

Pérez del Río, F. (2010). Origen alemán de la comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(105), 145-149. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/09.pdf>

Pérez, V., Ricci, G., Trindade, A., Romano, S. (2015). Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(1), 13-28. Recuperado de [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/02\\_TO.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/08/02_TO.pdf)

Pouy, A., Rossi, G. y Triaca, J. (2018). *Pautas de Evaluación y Tratamiento de los Consumos Problemáticos de Sustancias en los tres Niveles de Asistencia*. Montevideo: Impronta Soluciones Gráficas S.R.L.

Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio. (2012, versión 2.0). Manual de Observación, Registro y Codificación de Episodios de Cambio y Estancamiento. *Programa Chileno de Investigación. Psicoterapia y Cambio*. Recuperado de [https://midap.org/wp-content/uploads/2015/06/manual\\_cambio\\_y\\_estancamiento.pdf](https://midap.org/wp-content/uploads/2015/06/manual_cambio_y_estancamiento.pdf)

Real Academia Española (2021). Recuperar. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/recuperar>

Redes, L., Brescia, M., Wschebor, M. y Gutiérrez, M. (2013). Acerca de un caso clínico de patología dual, de psicosis y consumo de sustancias. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 77(1), 68-74. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/08\\_Combreve\\_01.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/08_Combreve_01.pdf)

Red Nacional de Atención en Drogas. (s.f.) Hoja de información del Centro Chanaes. <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/tramites-y-servicios/servicios/centro-chanaes>

Roncero, C., Barral, C., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Casas, M. (2016). *Patología Dual en Esquizofrenia*. Barcelona: EdikaMed. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/docs/protocolos/4-PDUAL-esquizofrenia.pdf>

Roncero, C., Gómez-Baeza, S., Vázquez, J., Terán, A., Szerman, N., Casas, M. y Bobes, J. (2013). Percepción de los profesionales Españoles sobre la Adherencia Terapéutica en Patología Dual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 319-329. Recuperado de

<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/86/ESP/15-86-ESP-319-329-928433.pdf>

- Rotger, S. Samper, F., Reyes, S., Garriga, T., Cobo, M., Celma, J. Y Abella, F. (2011). Evaluación de las repercusiones de tratamiento con risperidona de liberación prolongada: la calidad de vida en pacientes duales. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(4), 417-426. Recuperado de: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n4\\_res3.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v36n4_res3.pdf)
- Rubio, B., Benito, A., Juan, M., Francés, S., Real, M. y Haro, G. (2015). Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(3), 61-79. Recuperado de [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v40n3\\_4.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v40n3_4.pdf)
- Saavedra, A. (2001). Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva* 19, 63-103. Recuperado de [http://www.venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p63\\_104.pdf](http://www.venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p63_104.pdf)
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: la relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, 7, 114-136. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/54/54>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Recuperado de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Szerman, N. (2016). *Protocolos de intervención Patología Dual*. Recuperado de <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/0-intro-pdual-dr-szerman.pdf>
- Szerman, N. (2015). Patología dual en psicosis. *Revista de Patología Dual*, 2(2), Recuperado de [https://patologiadual.es/docs/revista/pdfs/2015\\_10.pdf](https://patologiadual.es/docs/revista/pdfs/2015_10.pdf)
- Tomassini, A. (2017). *Diagnóstico, tratamiento y derivación de patología psiquiátrica asociada al consumo de drogas*. (Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/9899>
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255/244>
- Uruguay (2017, setiembre 19). Ley n° 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Uruguay (2013, setiembre 17). Decreto n° 274/13: Aprobación de la reforma del marco regulatorio para los establecimientos especializados en la atención y el tratamiento de “usuarios problemáticos de drogas” (UPD). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2013>

- Usieto, E., Pernia, M., Pascual, C. (2006). Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por consumo de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. *Rehabilitación psicosocial*, 3(1), 26-32. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-intervencion-integral-los-trastornos-psicoticos-13102379>
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarri, O., Ben-Dov, P.,... de la Parra, G. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psykhe*, 14(2), 3-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/967/96714201.pdf>
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C.,... Casas, M. (2013). *Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual*. Madrid: Saned. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>
- Xie, H., McHugo, G., Helmstetter, B., Drake, R. (2005) Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia Research*, 75, 337-348. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/3e6b/badb2d2fde4cc6130dd3e3464d68763c809f.pdf>

## **9 Apéndices**

### **9.1 Apéndice A: Consideraciones éticas de la investigación.**

La investigación considera las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (2002). Se rige según los criterios establecidos en el Decreto 379/008 del Consejo de Ministros sobre la Investigación con Seres Humanos, con fecha el 4 de abril de 2008 y según el capítulo X del Código de Ética Profesional del Psicólogo/a sobre investigaciones.

El uso de la información brindada por los participantes de la investigación se considera según la Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de “Habeas Data” (2008), así como lo establecido en el capítulo II del Código de Ética Profesional del Psicólogo/a acerca de la obtención y uso de la información –confidencialidad.

Respetando los requerimientos, los participantes de la investigación fueron informados acerca del motivo del estudio de manera clara y precisa, acerca del uso de la información y la protección de los datos. Se facilitó una hoja informativa a cada participante y se solicitó el consentimiento informado, siendo ambos documentos diferenciados según sus destinatarios. En cada caso se explicitó el carácter voluntario de la participación en la investigación y el respeto de los derechos, pudiendo abandonar el proyecto en cualquier momento si así lo considerase la persona, sin que esto implicase consecuencia alguna.

De acuerdo al Decreto 379/008 del Consejo de Ministros sobre la Investigación con Seres Humanos, con fecha el 4 de abril de 2008, se consideró el reintegro de los gastos derivados de la participación en la investigación, lo que podría suponer principalmente los gastos de traslado hacia los espacios de encuentro para las entrevistas. En función a los cambios metodológicos a partir de la situación de pandemia, esto no fue necesario.

De acuerdo a la revisión de referencia a la definición de “vulnerabilidad” que consta en el Decreto 379/008 del Consejo de Ministros sobre la Investigación con Seres Humanos, con fecha el 4 de abril de 2008, se entendió que la población con patología dual de la investigación no entraría en tal clasificación, ya que en la misma se considera personas vulnerables a “aquellas personas que posean su capacidad de autodeterminación reducida, sobre todo en lo que se refiere al consentimiento libre e

informado” (p.3), sin embargo, se tomaron los recaudos para minimizar los eventuales riesgos que pudiera significar su participación en la misma. En primer lugar, se tuvieron en cuenta los cuidados al momento de seleccionar a los participantes. En caso de que, durante las entrevistas con los participantes directos, se observara la posibilidad de presentarse riesgos y/o movilización interna o emocional, se suspendería la entrevista y se brindaría la contención necesaria, siendo responsabilidad de la investigadora el asegurar la asistencia oportuna en función a la situación. La investigadora cuenta con la experiencia y los recursos necesarios para realizar intervenciones oportunas y accionar en función al bienestar de los sujetos (Código de Ética Profesional del Psicólogo/a, cap. X, art. 67). Asimismo, se realizarían las coordinaciones necesarias con los equipos de atención de las localidades pertinentes a los participantes para establecer estrategias de intervención y seguimiento. Cabe mencionar que existen Dispositivos Ciudadela en todos los departamentos del país, centros de atención que, entre sus tareas, realizan el seguimiento a las personas que han estado vinculados a la Red de Atención en Drogas, de la cual forman parte, así como el centro Chanaes. La investigadora se comprometió a realizar el seguimiento correspondiente a cada caso, en comunicación con los participantes y con los equipos tratantes, a fin de velar por el curso del sujeto.

La investigación no supuso beneficios directos a los participantes.

## **9.2 Apéndice A.1: Hoja de Información para Informantes Calificados**

En el marco de una tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se realizará una investigación con el objetivo de explorar los cambios subjetivos de varones entre 20 y 30 años con patología dual, contruidos a partir de las intervenciones terapéuticas en el Centro de Tratamiento Integral para Patología Dual Chanaes.

Con dicho objetivo, serán convocadas a participar voluntariamente, las personas que han realizado tratamiento en el centro en los últimos dos años, con quienes se realizarán entrevistas en profundidad.

También se plantean entrevistas semiestructuradas a los técnicos del centro como informantes calificados. Se realizarán una o dos entrevistas a cada técnico, que se registrarán en audio y de forma escrita. En todo momento se respetará la confidencialidad, tomando las precauciones correspondientes para que no sea posible su identificación en informes, publicaciones o presentaciones que pudiesen surgir a partir del estudio.

La participación en el estudio es de carácter libre y voluntaria, por lo cual podrá abandonar la investigación en cualquier momento sin necesidad de justificación y sin que esto implique perjuicio alguno.

Se entiende que las actividades no implican riesgos para los participantes, así como no supone beneficio directo alguno.

En relación con los participantes (población directa) de la investigación, se los invitará a participar de forma libre y voluntaria en entrevistas en profundidad. Se respetará la confidencialidad de los datos identificatorios, tomándose los recaudos y precauciones en ese sentido.

Los participantes se encuentran con la libertad de retirarse de las instancias a las que han sido convocados en el momento que consideren oportuno, sin que ello implique ningún tipo de represalia o perjuicio alguno.

Por otra parte, la participación en la presente investigación no trae consigo para el participante ningún tipo de beneficio secundario ni de carácter económico ni preferencial como ninguna acción por la toma de decisión de no participar en la misma.

Datos de la investigadora:

Andrea Lucía Ríos Rognone.

Cel. 099785493

Filiación Institucional: Facultad de Psicología, UdelaR.

### **9.3 Apéndice A.2: Consentimiento Informado para Informantes Calificados**

Ud. ha sido convocado para participar en una investigación enmarcada en el contexto de una tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Es una investigación cualitativa en el ámbito clínico, que pretende desarrollar conocimientos teóricos y técnicos con el fin de aportar al diseño de estrategias terapéuticas para las personas con patología dual. El objetivo es explorar los cambios subjetivos de varones entre 20 y 30 años con patología dual, construidos a partir de las intervenciones terapéuticas en el Centro de Tratamiento Integral para Patología Dual Chanaes.

Su participación en la investigación será en el primer trimestre, mediante sesiones de entrevistas semiestructuradas que serán registradas mediante grabaciones de audio y de forma escrita. Las entrevistas serán realizadas solamente a los efectos del estudio, respetando la confidencialidad de los datos y tomando las precauciones correspondientes para que no sea posible su identificación en informes, publicaciones o presentaciones que pudiesen surgir a partir del estudio.

Su participación en la investigación es totalmente voluntaria, pudiendo retirarse de la misma en forma libre, sin ningún tipo de impedimento ni de obligación en justificar su decisión de abandonar el proyecto. En todo momento, tiene el derecho a solicitar ampliación de la información o de consultar acerca de las dudas que puedan ocasionarse. Su contribución al estudio no debería provocarle ningún tipo de daño, así como no le generará beneficio personal de tipo económico.

Finalizado el procedimiento se le entregará copia del presente consentimiento informado que deberá firmar en dos vías. En caso de tener preguntas o requerir mayor información sobre esta investigación, puede comunicarse con la investigadora responsable, Lic. Andrea Ríos Rognone al 099785493.

Si está de acuerdo con todo lo expresado y desea participar del estudio, debe firmar el consentimiento:

*He leído la información del presente documento y se me han explicado las actividades de la investigación de las cuales participaré de manera voluntaria. Se me ha explicado acerca del carácter confidencial de los datos que se utilizarán únicamente con fines académicos, resguardando mi identidad. Se me ha habilitado el espacio para preguntar acerca de cualquier duda previamente a iniciar la investigación y conozco mi derecho a hacerlo en cualquier momento en el transcurso de la misma. Se me ha*

*informado que puedo abandonar el proyecto cuando lo desee sin necesidad de justificar al respecto.*

*Acepto voluntariamente participar en esta investigación como participante.*

Fecha:

Participante:

C.I.:

Firma:

#### **9.4 Apéndice A.3: Hoja de Información para Participantes**

En el marco de una tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se realizará una investigación con el objetivo de explorar los cambios subjetivos de varones entre 20 y 30 años con patología dual, contruidos a partir de las intervenciones terapéuticas en el Centro de Tratamiento Integral para Patología Dual Chanaes.

Con dicho objetivo, se lo invita a participar en sesiones de entrevistas en las cuales se le preguntará acerca de sus experiencias y vivencias de los cambios que ha realizado a partir del tratamiento en el Centro Chanaes. Se realizará al menos una entrevista de no más de una hora de duración, que se registrarán en audio y de forma escrita. En todo momento se respetará la confidencialidad, tomando las precauciones correspondientes para que su nombre no aparezca en ningún documento y la información que brinde no pueda asociarse con su persona.

Es importante destacar que su participación en el estudio es de carácter libre y voluntaria, por lo cual podrá abandonar la investigación en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones. Su participación en la investigación es independiente al proceso de tratamiento que realizó en el Centro y de los procesos que pueda estar realizando actualmente, por lo cual puede retirarse con total libertad de las instancias a las cuáles fue convocado, sin que esto implique ningún tipo de represalia, repercusión o perjuicio alguno.

Por otra parte, la participación en la presente investigación no trae consigo ningún tipo de beneficio secundario ni de carácter económico ni preferencial como ninguna acción por la toma de decisión de no participar en la misma.

La investigadora se hace responsable de reembolsar los gastos de traslado derivados de su participación en la investigación.

Se entiende que la actividad será de bajo riesgo para usted. En caso de que en algún momento de las entrevistas la investigadora identifique un posible riesgo de que usted pueda sentir malestar, se procederá a: 1- suspender la entrevista; 2- contenerlo en su afectación; 3- acompañarlo en el encuentro de un espacio de contención con técnicos del equipo que se encontrarán en el edificio donde se lleva a cabo la entrevista; 4- coordinar con el equipo de referencia de la localidad de la cual procede para la atención oportuna y el correspondiente seguimiento. La investigadora se compromete a asegurarle la asistencia necesaria y a realizar el seguimiento de su situación.

La investigación no supone beneficios directos para usted.

Datos de la investigadora:

Andrea Lucía Ríos Rognone.

Cel. 099785493

Filiación Institucional: Facultad de Psicología, Udelar.

## 9.5 Apéndice A.4: Consentimiento Informado para Participantes

Ud. ha sido convocado para participar en una investigación enmarcada en el contexto de una tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Es una investigación cualitativa en el ámbito clínico, que pretende desarrollar conocimientos teóricos y técnicos con el fin de aportar al diseño de estrategias terapéuticas para las personas con patología dual. El objetivo es explorar los cambios subjetivos de varones entre 20 y 30 años con patología dual, construidos a partir de las intervenciones terapéuticas en el Centro de Tratamiento Integral para Patología Dual Chanaes.

Su participación en la investigación será mediante sesiones de entrevistas en profundidad que serán registradas mediante grabaciones de audio y de forma escrita. Las entrevistas serán realizadas solamente a los efectos del estudio, respetando la confidencialidad de los datos y tomando las precauciones correspondientes para que no sea posible su identificación en informes, publicaciones o presentaciones que pudiesen surgir a partir del estudio.

Su participación en la investigación es totalmente voluntaria, pudiendo retirarse de la misma en forma libre, sin ningún tipo de impedimento ni de obligación en justificar su decisión de abandonar el proyecto. En todo momento, tiene el derecho a solicitar ampliación de la información o de consultar acerca de las dudas que puedan ocasionarse. Su contribución al estudio no debería provocarle ningún tipo de daño, así como no le generará beneficio personal de tipo económico. Su participación es independiente al proceso de tratamiento que está realizando por lo que ésta no implicará ningún beneficio, riesgo ni daño para el mismo.

Finalizado el procedimiento se le entregará copia del presente consentimiento informado que deberá firmar en dos vías. En caso de tener preguntas o requerir mayor información sobre esta investigación, puede comunicarse con la investigadora responsable, Lic. Andrea Ríos Rognone al 099785493.

Si está de acuerdo con todo lo expresado y desea participar del estudio, debe firmar el consentimiento:

*He leído la información del presente documento y se me han explicado las actividades de la investigación de las cuales participaré de manera voluntaria. Se me ha explicado acerca del carácter confidencial de los datos que se utilizarán únicamente con fines académicos, resguardando mi identidad. Se me ha habilitado el espacio para preguntar acerca de cualquier duda previamente a iniciar la investigación y conozco mi derecho a hacerlo en cualquier momento en el transcurso de la misma. Se me ha*

*informado que puedo abandonar el proyecto cuando lo desee sin necesidad de justificar al respecto.*

*Acepto voluntariamente participar en esta investigación como participante.*

Fecha:

Participante:

C.I.:

Firma:

## 9.6 Apéndice B. Guiones de Entrevistas.

### Apéndice B.1. Guion de Entrevista Semiestructurada para Informantes

#### Calificados

- Presentación.
- ¿Qué características de las personas suelen aparecer en los tratamientos que hacen en el Centro?
- ¿Considera que hay cambios en ciertas características?
- ¿Qué tipos de cambio se dan y qué cambios no se dan?
- ¿Por qué considera que no se dan cambios? (en caso de que no)
- ¿Por qué considera que hay características que cambian?
- ¿Qué del tratamiento inciden para los cambios?
- ¿Qué es esperable que aparezca en los procesos de tratamiento?

### Apéndice B.2. Guion de Entrevista en Profundidad para Participantes

- Presentación
- ¿Cómo era tu situación de vida antes del tratamiento?
- ¿Qué te llevó a hacer un tratamiento? O ¿Qué aspectos de tu vida generaban dificultades en ese momento?
- ¿Qué esperabas del tratamiento en ese momento?
- ¿Cómo buscaste ayuda?
- ¿Cómo te sentiste en ese proceso desde que buscaste ayuda e iniciaste el tratamiento?
- ¿Cómo fue el tratamiento para ti? ¿Cómo lo viviste?
- ¿Hubo cambios en ti? ¿Cuáles?
- ¿Qué cosas te ayudaron a cambiar esos aspectos?
- ¿Algo no cambió? ¿Qué?
- ¿Cómo te sentiste después que egresaste? ¿Cómo continuaste a pesar de no estar yendo al centro?

## 9.7 Apéndice C.1. Entrevista a IC1 – Trabajo Social

Se presenta la investigación, se hace entrega de la Hoja de Información y se firma Consentimiento Informado.

A: ¿Qué características de las personas que hacen el tratamiento en Chanaes, suelen aparecer en sus procesos de tratamientos?

IC1: ¿Qué características personales? En realidad una particularidad de las personas que concurren al dispositivo es la diversidad en realidad en cuanto a la población objetivo, ya sea en cuanto a la franja etaria porque hay personas que son adolescentes que tienen 15, 14 años y hay personas que son más grandes que tienen 30 y entonces también eso da la pauta de una diversidad en cuanto a la edad y a la etapa de vida que están viviendo y eso tiene que ver también con las características personales que después aparecen, ya sea mismo en el tratamiento como también en el proceso de inserción social que es la parte específica en la que yo trabajo. También otra especificidad es la patología que eso también influye en las características personales y en la dinámica diaria del centro y en lo que nosotros podemos trabajar con ellos. En realidad es muy diverso, no te podría decir alguna en específica más que eso porque es muy diversa la población objetivo, entonces es difícil poder caracterizar a un usuario sino que es muy variado.

A: Y dentro de esta variedad ¿hay algo que suele repetirse en la población? Me nombras la patología por ejemplo.

IC1: Dentro de la patología en realidad, si vamos más que nada al diagnóstico, la esquizofrenia por ejemplo es una que prevalece acá en el centro y en la línea ésta también está el tema a veces de la desmotivación, es una de las características que aparece que va arraigado a esta patología digamos. El tema de la desmotivación que trabajamos desde el primer día, repito también en este tema de la inserción social que es un tema que tenemos que trabajar mucho con ellos. La motivación me parece que es uno. El tema de los vínculos también, la desafectivización que aparece a veces también. Y bueno después el tema de los hábitos también que va de la mano de la historia de vida de ellos y de la mano también de lo patológico. El tema de inculcar hábitos ya sean laborales como en educación y tener una rutina. Esos son características que en la diaria van apareciendo, ya sea la falta de hábitos o no. La participación activa de ellos, que nosotros tenemos que ir acompañando ese proceso de cambio y bueno también siempre está el tema de la motivación ya sea también en la demanda de tratamiento que ellos tienen, que esa demanda se va a ir generando en el proceso acá. A veces ellos llegan con poca demanda, con poca motivación al

tratamiento y a muchas otras cosas más, a esto de la inserción, entonces estas son características también de la población objetivo nuestra. Y que es lo que más trabajamos con ellos.

A: Y en relación a estas características que me contás, ¿consideras que hay cambios?

IC1: Si. Hay muchos factores que inciden en esto proceso de cambio. Tiene mucho que ver la contención familiar, nosotros trabajamos paralelamente con la familia, entonces a veces cuando no existe esta contención es más difícil el trabajo a nivel territorial digamos, porque acá adentro ellos están contenidos y a veces la motivación se trabaja permanentemente pero después cuando comienzan a tener salidas o a no tener salidas es cuando se empieza a dificultar ese proceso de cambio y esas características personales que van confluyendo en el proceso. La contención familiar me parece que es, familiar o socioafectiva en realidad, es un factor que incide en este proceso de cambio y en las características personales. Después hay temas internos del centro como lo es la convivencia que también influye en el tema de las características personales, que van apareciendo en el transcurso de los días, porque están viviendo con otras 17 personas con sus características, entonces eso también creo que influye en las características personales de cada uno.

A: Y en relación a esto que me venís contando ¿Qué tipos de cambio has observado que se dan en las personas que pasan por el tratamiento y qué otros no se dan y por qué?

IC1: Uno de los cambios me parece que es en esto de la generación de hábitos como, no sé si es la motivación o no sé qué palabra usar en realidad, pero sería como esto de tener una rutina. Una rutina en cuanto a horarios y en cuanto a actividades, eso es algo que durante el proceso se trabaja y creo que los usuarios comienzan a adherirse a eso y que los va a ayudar obviamente después en el proceso de inserción y en el afuera. Un cambio creo que ese que a veces ellos llegan desmotivados y con cero hábitos, cero o pocos hábitos de tener horarios y bueno, eso se va trabajando y creo que hay cambios. Hay cambios del inicio al final de tratamiento, hay cambios en cuanto a esa línea. Siempre está transversalizado por esto de lo patológico, que a veces si bien se acompaña, hay características que son propias y en realidad eso sería lo que no cambia. Nos adaptamos a eso obviamente porque trabajamos con esa población y tratamos de trabajar la autonomía saludable desde el primer día en todas las personas. El tema de la autonomía creo que es otra de las cosas que se intenta y que en muchos casos se ha logrado intervenir en esa línea de la autonomía, más allá de la patología o de los factores sociales que haya por detrás se trabaja la autonomía desde el primer día, en

cuanto a que ellos puedan manejarse más saludablemente, independientemente, más allá de lo patológico digamos. Ya sea manejar el tema del dinero, manejarse solos en cuanto a integración social, a manejarse solos en la sociedad digamos, cuando así se considere. También hay casos específicos que no se puede intervenir en esa línea porque los usuarios tampoco pueden.

A: Entonces en esto que me decías, ¿piensas que los no cambios están asociados, por lo que me venías contando, a características que tienen que ver con las patologías y a algunas dificultades dentro de la contención familiar?

IC1: Si.

A: ¿Y por qué considera que hay características que sí cambian?

IC1: Y creo que esas, no sé si son características. Si las características que van cambiando esto de la autonomía tiene mucho que ver con la motivación, todo con la motivación que el usuario tenga de cambio. Eso es la base, el vamos de todo esto. Más allá de que nosotros podamos acompañar el proceso, si el usuario no está motivado o con ganas de tener un proyecto de vida saludable y acorde a la estrategia que nosotros trabajamos, es muy difícil el cambio. Entonces el cambio va de la mano de eso. También del acompañamiento nuestro y territorio es fundamental también. Mismo estando en tratamiento como afuera, no solo los referentes socio afectivos sino la referencia institucional. El acompañamiento terapéutico una vez que salen, en cuanto a psiquiatría también, a la medicación. Y el consumo problemático también, tener un acompañamiento ambulatorio afuera. Esos son los que acompañarían el cambio también.

A: ¿Qué cosas del tratamiento, dentro de Chanaes, mientras los usuarios están acá, inciden para estos cambios?

IC1: Bueno la motivación. El acompañamiento permanente de educadores y de técnicos también, la intervención terapéutica. La dinámica del centro, la misma dinámica del centro que tiene mucha oferta de talleres y de horarios que inciden en esto de la motivación y de la autonomía. La dinámica del centro creo que es fundamental también. Por esa línea.

A: Cuando te referís a intervención terapéutica ¿a qué te referís más específicamente?

IC1: A encuentros terapéuticos con psicólogas semanalmente y con psiquiatra también. Eso más que nada. Y después el acompañamiento con educadores que es permanente.

A: ¿Y este acompañamiento que implica?

IC1: Poder evaluar junto con el usuario cuáles son las dificultades o cuáles son estos cambios que el usuario quiere implicar y acompañarlo en ese proceso. Ellos cuando ingresan se proponen un propósito acá, tienen objetivos terapéuticos dependiendo, son personalizados, dependiendo de cada uno de ellos y teniendo en cuenta todo el tema patológico y de consumo problemático y en esta línea se proponen objetivos que es lo que guía el proceso terapéutico de cada uno y ahí van surgiendo también estas actitudes de cambio que quiere tener el usuario y eso lo va trabajando con educadores y técnicos acá adentro y a ese acompañamiento me refería. Todo a partir de lo que el usuario quiere y puede modificar.

A: ¿Y qué sería esperable que aparezca en los procesos de tratamiento de los usuarios?

IC1: ¿Qué sería o qué aparece?

A: No, ya no lo que aparece sino lo que se podría esperar. ¿Cuál es la idea de que uno espera que aparezca en los procesos de los usuarios?

IC1: General, en realidad. Bueno, el propósito por el que vienen acá es la rehabilitación bio-psico-social, integral de la persona. A partir de los objetivos que se proponen, trabajar de manera integral en estas tres áreas digamos, tanto biológica en cuanto a lo patológico con enfermería, psiquiatría. Y psicosocial, en lo psicológico también trabajar todo lo que tiene que ver con lo terapéutico y en lo social el tema de la inserción social que se trabaja desde el primer día a partir de los intereses de ellos. Yo creo que eso, cumplir con los objetivos bio-psico-sociales en todas las áreas, a partir de lo que el usuario se propone. La rehabilitación bio-psico-social sería lo que debería suceder en el tratamiento. Que tiene una continuidad, no termina estando acá sino que tiene una continuidad y trabajamos también en esa línea. Específicamente en realidad es diverso, no puedo poner un ejemplo de un usuario en particular pero los objetivos estos que mencioné anteriormente que se proponen al inicio tienen que ver con todo, enmarcan todas estas áreas y también en esto bio-psico-social, en lo social el tema del fortalecimiento de vínculos familiares o vínculos socio afectivos, el tema de conciencia de enfermedad y conciencia de consumo problemático, esos son cosas que van apareciendo en el tratamiento y que nosotros trabajamos con ellos. En esto de la conciencia de enfermedad trabajamos mucho con los hábitos saludables y hábitos no saludables que fueron en su momento capaz dificultades y que fueron factores de riesgo cuando ellos estaban en territorio y bueno, trabajar esto de cómo gestionar los riesgos y daños en territorio y estando acá adentro también. Creo que eso serían los puntos generales en la línea en la cual trabajamos nosotros. Después hay particularidades de cada uno que van apareciendo también en el proceso.

A: Y dentro de esto esperable, como la conciencia de enfermedad y la conciencia en relación al consumo que me lo traías ahora, en relación a esos aspectos ¿te parece que se generan cambios o no?

IC1: Hay algunos casos que sí. Es un trabajo que se hace con ellos y también con la familia. Creo que depende también de lo patológico. Cuando por ejemplo hay trastorno de bajo nivel, ahí se trabaja siempre con ellos pero más con la familia por un tema que ya la base de lo patológico es más difícil que ellos puedan, entonces trabajamos más concretamente. Sí se trabaja la conciencia de enfermedad pero en otra línea más de lo concreto digamos. En cuanto a la esquizofrenia y trastorno de personalidad creo que ahí sí se trabaja y se ha podido tomar conciencia de eso y esto de la conciencia de enfermedad tiene que ver con esto de la importancia de la toma de la medicación, con la importancia de concurrir al médico, de concurrir a terapia, en esa línea más que nada. Y ellos mismos con la dinámica del centro creo que ahí mismo van tomando conciencia de la importancia que tiene este proceso, de todo esto de la toma de medicación y de la generación de hábitos saludables. Más allá del discurso que nosotros tenemos de esto de generar conciencia creo que con la práctica se trata de generar conciencia permanentemente acá con ellos. Hay talleres también de habilidades psicosociales y terapias grupales que ahí se trabaja mucho sobre esto y creo que hay cambios sí. Específicos, no en toda la población, pero en algunos sí hay y se trabaja mucho esto que decía anteriormente con la familia también el tema de conciencia de enfermedad que a veces es un factor obstaculizador afuera. Afuera y adentro también. El tema de la no conciencia de enfermedad por parte de los referentes socio afectivos que a veces actúan como obstáculos en el proceso terapéutico del usuario. El tema que la familia no tenga conciencia de enfermedad o conciencia de consumo problemático muchas veces hacen énfasis en el tema del consumo y dejan de lado el tema de la patología y creo que eso influye sin duda en el proceso dentro del tratamiento y una vez que salen también. Entonces se trabaja mucho con la familia también, con los referentes.

A: Una vez que los usuarios terminan el proceso en el centro ¿tenés alguna manera de seguir en contacto con alguno de ellos, de saber en qué están y cómo siguen?

IC1: Si. En realidad nosotros cuando ellos salen del centro hacemos alguna derivación a algún centro ambulatorio del cual tenemos algún contacto en primera instancia. Después seguimiento seguimiento no se hace, que es un deber que tenemos en realidad porque estaría buenísimo. Lo que se hizo en un momento fue a partir de un estudio que se estaba haciendo, de una sistematización se tenía contacto con ellos, que en realidad era un relevamiento específico pero a partir de eso se lograba una intervención también

dependiendo del momento que estaba cada usuario. Pero en realidad seguimiento de parte nuestro no tenemos no.

A: Y de las personas a las cuales pudieron seguir, de las personas que han hecho procesos en estos dos últimos años que es lo que marca la muestra de esta investigación ¿has sabido de alguno en relación a estos cambios? ¿De alguna manera has tenido conocimiento de si estos cambios que se generan se han podido sostener afuera o no se sostienen?

IC1: Si, hemos tenido contacto con algunos que hasta el día de hoy tenemos y hay algunos que no hemos tenido contacto por el hecho de que perdieron ya sea el vínculo con sus referentes o el vínculo institucional del cual se fueron de acá, que eso da la pauta también de que algunos no lo sostuvieron. Después hay algunos que sí. Repito que en realidad hay muchos factores que inciden y uno de los más importantes es la contención y eso da el aval también de que ellos puedan continuar con el tratamiento afuera o con los cambios, sostener los cambios que pudieron modificar estando en tratamiento. Creo que el tema de la contención es fundamental, la motivación también y el acompañamiento institucional también. Y no son todos, son pocos en realidad los que continúan con un acompañamiento y que sostienen los cambios que hicieron estando acá adentro pero creo que el acompañamiento familiar e institucional es fundamental para eso.

A: Bueno, creo que estaría todo por ahora. Muchas gracias.

## 9.8 Apéndice C.2. Entrevista a IC2 – Psicología

Se presenta la investigación, se hace entrega de la Hoja de Información y se firma Consentimiento Informado.

A: Bueno, estamos grabando entonces. (IC2: Bien.) Presentamos el proyecto, la hoja de información, el consentimiento informado, tenemos todo eso pronto así que empezamos. (IC2: Bien.) Decime, ¿qué características de las personas suelen aparecer en los tratamientos que hacen en el centro?

IC2: ¿Qué características? En cuanto a la personalidad de ellos... ahí está, bien. En realidad, generalmente son personas quizás que tienen algún grado de vulnerabilidad, quizás este más respecto a lo socioeconómico a veces también respecto a algún diagnóstico de trastorno o enfermedad mental que si bien fue diagnosticado no fue informado entonces quizás hay un tema de la conciencia de enfermedad o del no entendimiento del sufrimiento psíquico que están atravesando, usualmente suele pasar eso, que hay como una dificultad ahí para lograr entenderlo. Después suele pasar también que quizás varios tienen como una personalidad donde hay aspectos como más impulsivos, la impulsividad, la dificultad para la utilización de la palabra también pasa muy seguido, en realidad es algo que se trabaja mucho porque es más lo que responde al pasaje al acto y a la acción que a la utilización de la palabra y... En cuanto a la personalidad, a veces hay como bastantes dificultades en cuanto adaptación o convivencia porque obviamente tienen como distintas formas de convivir y distintas estrategias de afrontamiento ante varias situaciones que cuando llegan al centro les pasa que tienen como que adaptarse o volver a tener, a que las estrategias de afrontamiento sean como distintas o que quizás algunas estrategias de supervivencia o de convivencia que en otros lugares es muy viable y que ahora se tienen que readaptar y buscar nuevas estrategias a partir de las pautas de convivencia del centro también.

A: Me hablaste de vulnerabilidad al inicio, ¿podés contarme un poquito más a qué te referís con vulnerabilidad?

IC2: Cuando me refiero a vulnerabilidad lo hablo más desde esto, desde los factores que quizás implican a lo socioeconómico. Muchos, muchos no, todos los usuarios son usuarios de ASSE entonces eh... en realidad nos pasa que hay mucha población con un contexto socioeconómico muy vulnerable en donde muchas veces hay o hacinamiento o incluso hay situación de calle o viven en refugios o no tienen una solución habitacional... eh... una solución firme digamos por decirlo de alguna forma, habitacional, que eso también implica para mí un grado de vulnerabilidad al momento de pensarse en el afuera, también situaciones quizás familiares como bastante

disfuncionales. Yo creo que todos tenemos situaciones familiares disfuncionales pero sí que quizás existen situaciones disfuncionales bastante importantes dentro del ámbito familiar o del núcleo familiar y también el deterioro de los vínculos, muchas veces los usuarios que ingresan ya tienen como los vínculos bastante deteriorados, entonces eso implica que... que en realidad se encuentren como muy solos o con sin un referente socioafectivo bastante presente o, cuando hay referentes socio afectivos muchas veces pasa que el nivel de educación pasa que es bastante descendido entonces quizás hay bastantes aspectos que les cuesta como más comprender o entender de alguna situación, de la situación del usuario digamos. También en el usuario la situación educativa como que también muchas veces es muy vulnerable, habiendo terminado primaria muchas veces, entonces también por ese lado.

A: ¿Y considerás que hay cambios en ciertas características?

IC2: Sí. Sí, sí, sí. Considero que sí.

A: ¿Qué tipos de cambios te parece que se dan y qué cambios no se dan?

IC2: Yo creo que los cambios que se dan, al menos desde mi lugar, lo veo en lo vincular este... considero que muchos usuarios realizan cambios respecto a lo vincular, a la forma de vincularse. Quizás llegan por ejemplo, hay casos de usuarios que llegan quizás como más a la defensiva por decirlo de alguna forma, o con bastante dificultad para vincularse con, tanto con sus compañeros como quizás con el equipo también. Y logran también vincularse de una forma distinta, de una forma más sana en donde quizás también está como un poco de lado el tema del consumo problemático de sustancias entonces hay vínculos que se empiezan a generar vínculos reales y vínculos sanos, entonces lo puedes ver claramente. Quizás un usuario llega y en una primera entrevista se lo puede ver con aspectos más vinculares que uno dice, ta hay que trabajarlo bastante y que después en realidad él se va viendo cambios en realidad vincularmente, logra vincularse distinto y yo creo que esa experiencia vincular que tiene acá en el centro le permite generar cambios. El centro le ofrece una forma de vincularse distinta que quizás en muchas ocasiones los usuarios no tenían esa forma de vincularse, entonces es como una experiencia nueva de vínculo que a ellos les permite vincularse distinto y ahí se genera un cambio. Y después en realidad cambios respecto a, hay cambios que, que bueno... que quizás uno sabe que pueden no suceder pero que es algo más como de una estructura más patológica, más rígida, que quizás lo sostienen y que son cambios que son más difíciles de que ocurran. Cuando tiene que ver más por ejemplo con un trastorno de personalidad en donde hay cosas más rígidas de esa personalidad que quizás hay cosas que se siguen sosteniendo pero como que lo logran regular

distinto ¿no? Como que logran aprender diferentes formas de poder regular esto que quizás tiene aspectos más patológicos, como en toda personalidad de todos nosotros, pero que ellos logran como regularlo, aprender, reconocerlo por un lado y después el poder aprender a regularlo y yo creo que un cambio para mí es identificarlo ¿no? Poder identificar cuáles son las cuestiones que quizás le son más difíciles de cambiar para después poder regularlo un poco más. Y también en lo vincular familiar ¿no? Familiar o con el referente socioafectivo, yo creo que ahí se producen cambios también la mayoría de las veces, tanto de los usuarios como también de la familia o de los referentes.

A: ¿Entonces cuáles serían estos cambios que no se dan?

IC2: Por ejemplo... se me ocurre dentro de los cambios, quizás... algo que tenga que ver más con algún trastorno del eje narcisista. Que muchas veces tenemos como la intención de que esa persona deje de tener ese trastorno en el eje narcisista y que obviamente que eso... lo que hace, lo que hace la persona yo creo cuando hay cambio realmente es poder manejarlo asertivamente respecto a lo que son ese trastorno narcisista, como una comunicación mas asertiva, saber cuándo decir algo, cuándo no, pero en realidad ese trastorno en el eje narcisista no cambia, sigue estando lo que cambia es la forma o de comunicarse de la persona o de regular esto de cuándo decir algunas cosas y cuándo no, pero entiendo que sigue estando, que eso sigue como existiendo pero más respecto a aquello que es más patológico quizás que necesite de mucho más tiempo para poder transformarlo o que quizás es algo que sigue estando pero que cambia en realidad la forma de poder comunicarse, o que cuando hay ciertas situaciones que no sean tan graves, que pueda ser, en los trastornos conductuales ¿no? Que pueda ser algo más regulado, o bueno esto quizás de lo que es el pasaje al acto de una personalidad impulsiva. La persona, al menos a mi entender, no deja de tener eso tan impulsivo pero sí lo puede regular distinto quizás.

A: Me hablabas entonces, bueno, de características que cambian y características que no, ¿por qué consideras que hay características que cambian y por qué consideras que hay otras que no cambian?

IC2: Yo creo que hay características que cambian eh...porque en realidad, lo que nosotros tenemos para ofrecerle quizás al usuario, permite o habilita. Y el usuario, obviamente con su demanda y su deseo de cambio habilita la posibilidad del cambio. Quizás eh... tiene que ver con aspectos, como ya te decía, como quizás o más vinculares o aspectos quizás que tenga que ver con los hábitos, en realidad con hábitos saludables y hábitos no saludables, que me parece que eso tiene que ver con lo que el centro tiene para ofrecerles también, tanto en lo que es todo el centro como también lo

que son los espacios terapéuticos, me parece que ahí depende un poco de lo que nosotros tenemos para ofrecerles. Quizás nosotros cuando hay cambios que tengan que ver, más estructurales que necesitan de más tiempo para producirse cambios, nosotros no tenemos eso para poder ofrecerle al usuario pero sin embargo hay cambios como lo que son los hábitos saludables como lo que son la modificación de ciertos comportamientos, o sí cambios subjetivos o cambios psíquicos pero que no sé si son tantos estructurales, siempre son estructurales pero digo, no tanto se enfocan en la estructura en sí del usuario, en la estructura psíquica del usuario si no en aspectos más focales, más puntuales ¿no? Entonces como que, yo creo que refiere primero a lo que tenemos nosotros para ofrecerle ya tanto sea el tiempo como la modalidad del centro, la demanda y el deseo de cambio. A veces los usuarios vienen con deseo de cambio de ciertos aspectos de su vida pero no de todo, o hay cierta parte de la historia del usuario eh... que quizá el usuario no está en condiciones de poder trabajarlo o hablarlo en este momento porque sería más que se desmorone, en realidad, y no le sería tan funcional y hay cosas que sí, como cuando vienen directamente a decirte, `bueno yo quiero dejar de consumir y quiero´, bueno ahí se apunta, se focaliza en eso y eso sí puede producir cambios pero también depende ya sea de la formación del centro, hasta del tiempo, hasta todo lo que tiene el centro para ofrecerle. Creo que responde un poco a eso. A qué tenemos nosotros como centro para ofrecerle y qué el usuario está dispuesto a cambiar.

A: Justo te quería preguntar eso mismo ¿qué pensás que... qué del tratamiento incide en estos cambios? Algo ya me mencionaste pero si me podés ampliar un poquito más en esto que me estás diciendo de lo que el centro tiene para ofrecer y mencionaste algunas áreas del centro. ¿Qué del tratamiento te parece que incide en estos cambios que tú ves en estos usuarios?

IC2: Para mí principalmente yo soy de la idea de la función que cumple el tratamiento, o sea, el centro para el usuario ¿no? Y de ahí para mí es esto de la experiencia vincular este... creativa o... creativa en realidad... hay un autor que hablaba de la experiencia emocional creativa creo que es. Que es esto de, el centro le ofrece al usuario una forma distinta, muy distinta muchas veces a lo que el usuario usualmente, a cómo el usuario se vincula. Entonces, para mí desde lo vincular es de las mayores cosas que le ofrece el centro para que el usuario puede posibilitar cambios, por ejemplo, quizás en un usuario con una historia de negligencia significativa, un espacio donde el centro le ofrece como una contención adecuada y con la distancia óptima necesaria le permite al usuario tener una experiencia vincular creativa. Lo que le permite eso es decir, `bueno, hay otra forma de vincularse, hay otra forma de ser, hay otra forma de existir con un otro´.

Entonces eso me parece que es algo que le ofrece el centro al usuario porque además también, a veces uno no lo hace de forma tan pensada pero también el centro va actuando con cada usuario a medida que se considera pertinente y lo que necesita el usuario, ya sea una puesta de límites por ejemplo, hay usuarios que necesitan más como una puesta de límites saludable y eso le permite vincularse distinto porque capaz que en toda su vida los límites no era una constante o como algo más desde lo afectivo, desde la distancia óptima, claramente. Pero sí desde lo afectivo hay una contención de decir 'bueno, podés existir distinto'. Y después en realidad yo creo que es un todo porque desde que se levantan temprano, que asisten a talleres, que en realidad tienen espacios terapéuticos. Todo el funcionamiento del centro, que también tiene una intencionalidad el taller, que no es únicamente va al taller, sino algo de este... te ves distinto, te ves también en el taller distinto, haciendo una cosa distinta, le permite al usuario cambiar porque le permite verse distinto. Yo creo que es esto, que es la experiencia de algo distinto de lo que fue usualmente su historia de vida y eso el centro se lo, lo ofrece. Y además de un plan terapéutico, un plan terapéutico individualizado, en donde este... se piensan en objetivos individuales para cada uno... que son más focalizados, que son con objetivos precisos digamos, más allá de que a veces pueden surgir objetivos nuevos, esto le habilita también una singularidad al usuario. Cuando nosotros le hablamos de proyecto terapéutico individual, le decimos 'bueno, es individual, es tuyo', ¿no? Entonces como que también le habilita a que los cambios que produce son suyos y no algo general. Y también la convivencia, yo creo que la convivencia genera cambios, bastante significativos, en el usuario. El convivir con 17 personas, más todos los funcionarios, hace que el usuario tenga que vincularse distinto o ver, o buscar estrategias para poder estar acá y eso le habilita el cambio en realidad. Es el enfrentarse, por decirlo de alguna forma con una convivencia con muchas personas, con muchas personas nuevas y que eso de alguna forma hace que tengas que buscar una forma creativa de vincularte, distinta a la anterior.

A: Me hablabas recién, me hablaste de muchos aspectos del centro pero me hablaste de dos en particular que quisiera que me cuentes un poquito más. Me hablaste primero de las experiencias o de las actividades terapéuticas que tiene el centro y me hablaste del plan terapéutico individualizado, me podés contar un poco más de eso, de cómo es, ¿cómo funciona?

IC2: Claro. El plan terapéutico individualizado es un plan en donde se realiza con la psicóloga, en realidad que estaría a cargo del seguimiento individual de cada usuario. Nosotras somos dos psicólogas y cada una tienen alrededor de nueve usuarios, son dieciocho, en donde le hace un seguimiento individual semanal, una vez por semana.

Allí la psicóloga es en realidad, en representación del equipo técnico, el usuario que es el principal actor y también, en el proyecto terapéutico individual trabaja el referente. Nosotros tenemos un sistema de educador referente, educador o enfermero referente, que son todos educadores, en donde apoya más la parte cotidiana, en realidad lo que implica más los hábitos del día a día, que se construye el educador, la psicóloga y el usuario construyen un proyecto terapéutico individual. Eso más o menos se elabora a partir de las primeras entrevistas, tanto del referente como de la psicóloga con el usuario, más o menos en un mes, y lo que tienen son objetivos precisos entendiendo que es un tratamiento que sí en Uruguay es de los más prolongados pero que dentro de la vida de un usuario es bastante acotado en el tiempo. Entonces nosotros consideramos pertinente que no podemos hacer, un abarcar un todo como si fuera quizás una psicoterapia individual en otro lado que podés prolongarla un año, dos, tres años, entendemos que para que se efectivo y para que se produzcan cambios hay que focalizar y hay que hacer objetivos dentro del tratamiento. Los objetivos se plantean a partir de la demanda del usuario... el usuario plantea determinadas cosas y si son viables, si son viables en que los objetivos puedan realmente cumplirse en el tiempo, entonces se plantean como objetivos. Muchas veces lo pensamos en conjunto capaz que hay cosas que dicen `bueno quiero dejar de hacer tal cosa´ y si no es tan viable buen hacemos como un corrimiento y le explicamos al usuario si bueno, quizás puede ir por otro lado, puede ser más acotado. Entonces ahí se plantean determinados objetivos, hay muchos que quizás sí tienen como una cuestión mas general pero la mayoría son bien individualizados respecto a la demanda del usuario y también lo que se converse un poco con el referente y el usuario. Después que se hacen esas entrevistas, se reúnen el referente, la psicóloga y el usuario, se piensa en el proyecto terapéutico y si los tres están de acuerdo se firma ese proyecto. El proyecto puede tener modificaciones. Como en todo proceso psicoterapéutico le puede pasar que vayan surgiendo nuevos objetivos, ahí esta la posibilidad de remodelar el proyecto terapéutico individual, y si el usuario, logra cumplir la mayoría de sus objetivos, que en realidad sería un trabajo en equipo, si bien el referente está en representación de los educadores y la psicóloga en representación también del equipo técnico, es como una representación de un todo, en realidad se hace un seguimiento como más individualizado. Y si se cumple la mayoría de los objetivos entonces al usuario se le hace como un reconocimiento, un cierre de su tratamiento en donde, este... bueno, cumple con la mayoría de los objetivos y por eso el reconocimiento. La idea con ese proyecto terapéutico individual es que se puede empoderar lo más que pueda el usuario digamos, siendo su tratamiento, también responsabilizar al técnico o al educador de que esos objetivos se cumplan pero que sí poder darle palabra al usuario decir, bueno, estos son

los objetivos que vos te propusiste, más allá de que nosotros te ayudemos un poco a pensarlos, son los que vos te propusiste entonces el cambio también depende un montón de vos, ¿no? Creo que esa es como un poco la intencionalidad también al hacer el proyecto terapéutico individual.

A: Me decías que las psicólogas serían las representantes del equipo técnico, ¿quiénes serían el equipo técnico?

IC2: El equipo técnico se conforma por el médico psiquiatra, una trabajadora social, dos psicólogas, la coordinadora del centro, la coordinadora terapéutica del centro y bueno el médico psiquiatra es el director del centro pero en las reuniones de equipo técnico o en el equipo técnico es el médico psiquiatra y bueno somos nosotros cinco.

A: O sea que el equipo técnico todo participa de alguna manera en esta representación que me decís de la psicóloga en la construcción de este proyecto terapéutico individualizado... (IC2: Ahí está, sí.) Y cómo, me decías que se tienen en cuenta estos objetivos de este proyecto para evaluar como el egreso de un usuario, cuántos objetivos cumple y cuántos no, algo así me decías recién, eso ¿cómo es el criterio ahí para definir en base a esos objetivos de cuántos se cumplen y cuántos no... eso cómo es el criterio del equipo técnico para definir que un proceso sea como, exitoso digamos entre comillas o no en esto del proyecto terapéutico?

IC2: Yo creo que ahí, eh, nos pasa muchas veces que tenemos diferencias, pero me parece que, dentro del equipo ¿no? Pero me parece que ahí se juega un poco las distintas formaciones, más allá de la personalidad de cada uno también, que eso nunca queda de lado, pero desde lo técnico se juega las distintas formaciones que nosotros podemos tener en realidad... porque ahí por ejemplo, a mi me pasa particularmente que quizás hay usuarios que bueno, salieron, tuvieron episodios de consumo, consumieron, este... o quizás no fue un alumno doce por decirlo de alguna forma en la participación de talleres pero uno en los espacios individuales, tanto como también en el afuera, en los grupales o cuando lo ves así, se da cuenta que el usuario hizo movimientos, en realidad. Entonces ahí quizás a simple vista o algo más superficial por decirle de alguna forma, uno dice `no pero ta, no encaró o no fue a tal proyecto o no hizo tal taller´ pero uno en lo individual puede ver ciertos movimientos. Por ejemplo, con un usuario que sí se cumplieron la mayoría de los objetivos pero que uno de sus mayores objetivos era quizás trabajar en lo terapéutico lo que era su narcisismo, lo que era su autoestima por decirlo de alguna forma y la posibilidad de que el usuario empieza a considerar que realmente podía hacer un cambio. Y el usuario lo empezó a considerar. Entonces ahí yo fundamenté bastante esto, diciendo bueno pero movimiento hubo porque, puede

haber un usuario que el contexto quizás socioeconómico o familiar no era tan vulnerado o los hábitos lo tiene más instaurados entonces no le era difícil hacer, eh... habituarse a los hábitos de acá o realizar estas actividades que se le piden o quizás no le fue tan difícil no consumir durante seis meses, pero uno puede identificar en lo individual que no hubo tanto movimiento. Que en realidad no hubo un movimiento que le permitiera a él producir cambios, entonces en realidad lo que evaluamos y fundamentamos siempre, por lo menos desde el área terapéutica, individual digamos, como yo como psicóloga es, bueno cómo evaluamos, cómo vemos qué movimientos hizo ¿no? Y yo creo que, a mi particularmente me pasa de escucharlo en lo discursivo, ¿no? De ese usuario que yo te decía bueno de empezar a decir `no, no puedo´ a `¡ah no sabés! Armé currículum y llevé para tal lado y, hice esto´ y ahí en lo discursivo vos empezás a ver que hubieron cambios y después en el accionar también ¿no? Porque a veces en lo discursivo puede existir pero también en el accionar y en la forma de vincularse y en la forma de estar, ves como cambios positivos, o quizás en lo familiar que él hace como un movimiento y la familia también. Pero yo creo que ahí para evaluar se discute bastante, porque en realidad depende de la formación de cada uno, pero evaluamos siempre qué movimientos hubo ¿no? Porque en estos objetivos, se trata de no abarcar únicamente el `bueno ta, tenés que dejar de consumir y´... porque no se trabaja de esa forma, se trabaja desde una gestión de riesgos y daños. Entonces, por eso es importante como que el usuario sea el principal actor de este proyecto terapéutico, y a partir de eso si el usuario manifiesta bueno, no sé, `quiero... mejorar en el vínculo con mi familia´... Y bueno sí, mejoró. Capaz que no, o sea... No es el mejor de los vínculos pero evaluar bien qué cambio hubo y ahí como que cada uno lleva su fundamento ¿no? Y decir `bueno, por esto, por esto, por esto´. Y eso es importante, poder ir a una reunión y decir `por esto, por esto, por esto, yo considero que él cumplió la mayoría de sus objetivos´. A veces al ser subjetivo, es bastante difícil identificar con claridad, esto, esto.. pero para mí se ve más en lo discursivo, en el accionar y poder, como esto de... me sale de la vara ¿no? De la medición, pensar en quién porque si justamente es singular, individual, pensar en cada uno y qué es lo que puede dar y cuáles son los cambios que realmente puede producir. Porque uno, esto ¿no? Puede decir `ah no ta, no cumplió con el objetivo de no ser impulsivo´ ¿pero realmente el objetivo estaba bien realizado? Porque quizás no era un objetivo viable. Por eso yo como que trato de pensar en la viabilidad de esos objetivos también ¿no?

A: Me hablas de movimiento ¿no?, de esto de ver los movimientos que hacen. Si tuvieses que definir, más o menos, esto de ¿a qué te referís con movimiento? Para aclarar un poco más... a qué te estás refiriendo con esto del movimiento.

IC2: Yo pienso en el movimiento porque me da esto a algo no estático ¿no? A algo dinámico en realidad, algo que se transforma, que va cambiando y creo que es principalmente en lo que respecta a la subjetividad, ¿no? Y por ejemplo, movimiento yo lo veo como a un corrimiento ¿no? de ciertos roles o de ciertas este... formas de que la persona está, existe, ¿no? Por ejemplo algo así de no sé... un usuario que viene y que me dice `bueno no sé pero mi problema es la pasta base, mi problema es que mi familia es re-disfuncional, mi problema es el contexto, mi problema es...´ y se para ante un rol en donde no tiene capacidad de decidir o no tiene capacidad de responsabilizarse de sus acciones entonces ese usuario ponele que pasa el tiempo y puede decir, `bueno no ta, mi problema es que yo decidí o que tuve ciertas cuestiones, cierto conjunto de decisiones que me hicieron llevar a consumir pasta base pero mi problema no era la pasta base, el problema es que yo generé un consumo problemático con la pasta base´. Entonces el movimiento para mí me da un corrimiento de cierto rol o de bueno, de un rol que quizás es como más...una cuestión más victimizante, una cuestión más de, de bueno que en algún momento fue necesario quizás para él seguramente, pero que hace un movimiento y que logra correrse un poco de ese lugar que le estaba generando angustia que le estaba generando problema, que le estaba generando también, porque a veces hay movimientos que quizás uno considera que son re-necesarios y para el usuario no y eso hay que tenerlo en cuenta también. Porque en realidad aquello que le generó problema poder hacer un movimiento, hacer un corrimiento a cierto rol o a cierta postura que tiene ante la vida y que de alguna forma le está angustiendo y le está generando sufrimiento.

A: Y me decías que... me dijiste al pasar en algún momento que se trabaja desde la gestión de riesgos y daños, ¿qué significa eso en la propuesta del centro?

IC2: El centro lo que propone es, no tanto desde un aspecto más prohibicionista que yo, que va como de la mano con todo ¿no? Del empoderamiento, de la autonomía. Porque no es tanto de un rol prohibicionista de decir `bueno yo´, ponele que yo tenga enfrente a un usuario entonces le voy a decir `en realidad uno de tus objetivos va a ser dejar de consumir´ y quizás no está dentro de las posibilidades del usuario, quizás no está dentro del deseo del usuario, capaz que el usuario, de consumir todas las sustancias habidas y por haber ¿no?... y quizás no está dentro de las posibilidades del usuario, no está dentro de lo que el usuario desea sino lo que yo deseo para ese usuario. Entonces la gestión de riesgos y daños implica reconocer al otro como tal, preguntarle, indagar cuáles son las posibilidades que actualmente tiene y qué es lo que él desea. Entonces si el usuario refiere a esto de decir `bueno, sí quiero dejar de...´, la mayoría de las veces nos pasa que ellos nos dicen `bueno, a no ser tabaco quiero dejar de consumir casi todo

o todo', entonces bueno se apuesta a eso pero gestión en riesgos en decir bueno ¿cuáles son los riesgos?, el riesgo desde una educación ¿no? Desde la educación, desde la psicoeducación y de decir bueno, 'esta sustancia puede generarte esto, esta sustancia puede generarte esto', desmitificar un poco porque a veces vienen con esto de... que es la postura nuestra, que no quiere decir que otras posturas estén mal o bien. Pero digo 'bueno no, que yo voy a ser un adicto toda la vida, entonces voy a seguir con esto y es una enfermedad y no puedo consumir ni un gramo de alcohol porque si consumo alcohol entonces vuelvo a...' Desmitificar un poco implica la gestión de riesgos, decir 'bueno a ver eh... tuviste un consumo problemático de sustancias, te implica ciertos riesgos esta sustancia, te implica ciertos riesgos esta sustancia, te implica ciertos riesgos, ahora no quiere decir que vayas a ser un adicto toda la vida sino que generaste cierto consumo problemático que es un problema justamente'... y se trabaja justamente 'cuál es la sustancia que a vos te generó un problemas, te pueden haber generado todas, te puede haber generado una, qué es lo que querés hacer y a partir de ahí se trabaja con el usuario. A partir de la educación también ¿no? De decir 'bueno, la pasta base te genera esto, el alcohol te genera esto' porque también desmitificar el hecho de que a veces dicen 'no pero el alcohol no es una droga'. Bueno sí es una droga. También para mí eso implica gestión de riesgos ¿no? Considerar y trabajar cuáles son los riesgos de cada sustancia y cuáles son los riesgos de generar un consumo problemático.

A: Hace un rato me hablabas de esto de las actividades terapéuticas del centro, ¿cuáles consideras que son las actividades terapéuticas del tratamiento para estas personas?

IC2: Yo creo que quizás hay estas actividades terapéuticas que son específicamente terapéuticas y aquellas que quizás no están nombradas como terapéuticas pero que son terapéuticas. Por ejemplo un taller de cocina, un taller de panadería y un taller de carpintería, entre otros que son un montón, apoyo pedagógico, educación física, entiendo que son terapéuticas, en realidad. No son específicamente psicoterapéuticas quizás pero son terapéuticas en el hecho de que están pensadas y tienen una intencionalidad terapéutica eh... no únicamente desde el aprendizaje de bueno, vamos a hacer esto y esto, sino de cómo del aprendizaje ¿no? De un aprendizaje que está pensado, de un aprendizaje que está por ejemplo, con distintos objetivos como lo es trabajar la paciencia, trabajar la comprensión, la empatía, el respeto por el otro entonces para mí tienen un fin terapéutico, quizás también tienen un fin de aprendizaje de determinadas herramientas quizás más prácticas pero no dejan de ser terapéuticas. Creo que la mayoría o todo tiene una intención terapéutica en el centro. Quizás hay más específicamente espacios terapéuticos como son... pero quizás yo a lo que me refiero

es más espacio psicoterapéutico, que quizás son los espacios grupales en donde se hacen dos veces a la semana terapias grupales en realidad, en donde se trabaja con todos los usuarios y se trabaja principalmente sobre el emergente, sobre lo que emerge, sobre lo que los usuarios traen pero a veces también se utilizan determinados mediadores terapéuticos como pueden ser imágenes, canciones, escribir, como diferentes cosas, entendiendo que no todos utilizan la palabra con tanta facilidad. Entonces la idea es poder ser más abarcativos en ese sentido. Y después los espacios individuales psicoterapéuticos que también tienen una vez a la semana, con la psicóloga que le haga el seguimiento. Después tienen talleres psicosociales, multifamiliares, que también tienen una intencionalidad terapéutica. Quizás hay algunos más específicos psicoterapéuticos pero en realidad apuntar al cambio subjetivo, apuntan todos yo creo. Porque de alguna forma con una intencionalidad lo están haciendo.

A: Bien. Y me hablabas hoy también del tiempo del tratamiento, más o menos ¿cuáles son los tiempos? ¿Cómo se manejan? Y si en relación al tiempo hay algo de los cambios que se dan o que no se dan que pueden tener que ver ¿no? ¿Si te parece que puede haber algún cruce en esto del tiempo y la posibilidad de cambiar o de no cambiar?

IC2: Para mí hay bastantes posturas sobre eso. Hay personas que creen que mientras más tiempo mayor posibilidad de cambio. Yo no soy de esa postura en realidad. Yo entiendo que algo muy importante es la demanda. O sea si un usuario viene con una demanda confusa, con un deseo de cambio que está ahí, con una cuestión más que presión de la familia, puede estar un año puede no haber realizado cambios o haber realizado mínimos cambios y una persona que está cuatro meses y que tiene una demanda y un deseo de cambio puede haber realizado muchos cambios. Yo no soy de la idea de... sí quizás tiene como algunos aspectos que no estoy viendo ahora el tema del tiempo, pero entiendo que eh... a veces pasa de que tiene que ver con la disposición de cambio, la posibilidad de cambio del usuario. Yo creo que el usuario viene cambiando antes de ingresar acá. Para mí el usuario ya cambia cuando ingresa acá. Entonces hay muchos usuarios que logran tener un período de cuatro, cinco meses y realizan un montón de cambios y hay usuario que están un año y no realizan tantos cambios, dentro de las posibilidades de cada uno pero para mí la demanda del usuario es fundamental en eso o hay usuarios que realmente demandan tratamiento y los objetivos que tienen demandan más tiempo. Pero ahí lo individual porque a veces hay posturas en donde dicen `buen no, si fulanito, si todos lo usuarios`, como generalizar ¿no? `Si todos los usuarios están un año van a cambiar, van a realizar más cambios`. Yo no lo considero así, yo creo que entiendo que va con respecto a la demanda y también algo importante que capaz no he mencionado mucho es el afuera y los referentes socioafectivos. A

veces nos pasa que sí están más tiempo, por una cuestión que no depende tanto del usuario ni de nosotros, que es bueno la solución habitacional, lo que respecta al vínculo familiar ¿no? Y bueno y eso no es tanto en que nosotros estamos considerando específicamente, bueno falta, tiene como mas cosas para cambiar sino que es algo que no depende tanto de nosotros o del usuario este... y a veces la familia está como muy presente. A veces de una forma asertiva, a veces falta un poquito mas de asertividad en la forma de estar presente, pero digo, cuando están presentes el cambio puede verse como quizás o más rápidamente o pueden haberse distintos cambios porque claro, nosotros existimos con un otro, entonces si el otro está participando del tratamiento, hay cambios que se pueden ver, vincularmente sobre todo, se pueden ver más rápido. Pero el tiempo... en realidad se ve en cuanto a los objetivos. Si un usuario viene con seis objetivos así, o los trabajamos y son seis objetivos y quizás necesite un poco más de tiempo para cumplir esos objetivos bueno bienvenido sea. Ahora si el usuario tiene cuatro objetivos así específicos y dice `bueno después de cumplir esto yo siento que ya está, que ya terminó el proceso`, bueno bienvenido sea también. Creo que es un poco también el respeto por el usuario y decir `bueno a ver cuánto vos sentís`, a mi particularmente me gusta como preguntarle `cuánto vos sentís que mas o menos te puede durar`, me parece algo hasta ético, `que puede durar un tratamiento, ¿cuánto tiempo te ves?`, porque hay usuarios que dicen `bueno ta en un año y hay usuarios que te dicen cuatro meses` pero también darle ese espacio, ¿no?. `¿En cuánto tiempo vos sentís que podés cambiar?` Como algo así.

A: ¡Qué interesante! Me hablabas... de esto de que entendés que pueden haber cambios que son, o un proceso que empieza a generar cambios que es previo al tratamiento acá. ¿Cómo es mas o menos, en general cómo son los procesos que llegan acá en esto de lo previo no? O ¿qué pensás vos que hay en esto de lo previo que puede tener que ver con esos cambio?

IC2: Yo creo que, primero, en la mayoría de los casos cuando los usuarios acuden a una internación por... decirlo de alguna forma, o a un sistema como más residencial, un sistema más de... bueno de esto de estar en un centro es porque realmente hay algo que de alguna forma ellos siempre dicen `toqué fondo` ¿no? Entonces no es lo mismo hacer un ambulatorio que decir bueno voy y me, lo hago entre comillas, no se ve pero digo, me interno, por decirlo de alguna forma porque la palabra internar es como que me hace ruido. Pero me interno porque eso implica en realidad un mayor esfuerzo por parte del usuario pero también un toqué fondo muchas veces ¿no? Bueno llega un momento en que se hizo insostenible hasta un tratamiento ambulatorio. Entonces ese toqué fondo en realidad es como esto de crisis oportunidad. Muchas veces este toqué

fondo los habilita a realizar un cambio. Y cuando ellos vienen muchas veces y dicen `no, me interné porque toqué fondo, porque no pude más, porque me di cuenta que ya necesitaba un otro que me ayude de una forma constante´, porque además uno puede identificar que necesita ayuda de profesionales y puede hacerlo ambulatorio, cuando buscan un residencial es, por lo menos desde mi perspectiva, ya es como esto de bueno toqué fondo y necesito una ayuda constante en el tiempo, necesito salir de mi contexto, salir de donde estoy, salir de... y ahí ya empieza a producir cambios porque para mí, muchas veces hay una crisis posterior al ingresar acá, una crisis donde dicen `bueno no puedo más así, así no puedo estar más´ y eso genera una oportunidad y me parece que ahí hay como un cambio previo yo creo como un cambio.... o está esa demanda de tratamiento y deseo de cambio que para mí ya ahí la persona está cambiando, ya ahí hay un cambio entonces uno viene y le ofrece algo para seguir cambiando pero en realidad la persona ya venía cambiando de antes.

A: Y en tu experiencia cuando los usuarios, las personas te dicen tocar fondo ¿a qué se refieren con eso?

IC2: El tocar fondo implica muchas veces... la falta de respeto por decirlo de alguna forma que ellos sienten o lo trasladan así, hacia sus vínculos, hacia sus afectos, decir bueno toqué fondo o algo como una situación límite. Toqué fondo y mi madre me puso una restricción judicial, toqué fondo y me separé de mi pareja, toqué fondo y me echaron de casa, mi familia ya no me dice... como de alguna forma... Yo ahora que lo pongo en palabras me doy cuenta que es como en el vínculo con el otro ¿no? Hay un otro que le pone un límite y ahí se dan cuenta que tocaron fondo muchas veces ¿no? Con un otro que dice `bueno hasta acá, hasta acá llegué´. Entonces, nosotros solemos preguntar bueno ¿qué te trae acá? Porque en realidad ellos piensan y bueno ta, el consumo. Pero tratamos de indagar y decir bueno, no, no únicamente el consumo, ¿qué te trae a internarte, por decirlo de alguna forma ¿no? ¿qué te trae a Chanaes? y ahí ellos empiezan como a decir `bueno no, mi pareja me separe o´... es como mucho en el vínculo con el otro, o incluso `ta no sé, me buscaron de una boca y ya me querían matar´, pero también implica, termina siendo un relacionamiento y un vínculo con un otro los que les hacen tocar fondo por decir de una forma o a veces puede pasar un intento de autoeliminación a veces puede pasar, pero son situaciones límites en donde es el otro el que pone un límite o es la vida misma que les pone un límite, entonces por ejemplo no sé, una internación, una intoxicación... son situaciones donde hay un límite, en donde decir hasta acá.

A: Me has hablado, en varias ocasiones de la demanda y los deseos de cambio de las personas que llegan acá, contame un poquito más de eso ¿cómo te parece que eso puede ser importante para incidir o no en esto del cambio?

IC2: Yo creo que, nos pasa, la mayoría tiene que tener deseo de cambio y demanda de tratamiento. Nos pasa sí que hay situaciones judiciales o una presión bastante importante por parte de la familia que hacen que no sea tan claro el deseo de cambio o la demanda de tratamiento. (A: Me decís que tiene que tener deseo de cambio ¿a qué te referís? ¿para hacer el tratamiento acá?) Ahí va, o sea, que tienen que tener de alguna forma demanda de tratamiento. Ahora yo creo que la demanda de tratamiento, se evalúa mucho estando el usuario acá porque no es solo demanda de tratamiento sino demanda de este tratamiento porque pueden tener demanda de tratamiento muchas veces y mismo se dan cuenta acá decir `bueno ta no sé me sirve más un ambulatorio, al final no estaba tan mal en mi casa,´ pero es demanda de este tratamiento. Ahora se construye también, no es algo que venga tipo a tenés o no tenés de demanda porque se construye porque en realidad en el período de adaptación en el período que ellos van viendo lo que es el tratamiento ahí también van evaluando si realmente tienen demanda o no de lo que le ofrece este tratamiento ¿no? Que es distinto, porque uno a veces, a mi mismo me pasa a veces que digo `ah no tiene demanda de tratamiento´ y a veces me cuestiono ta pero capaz que no tiene demanda de este tratamiento capaz que tiene otro tratamiento que sí puede demandar más y sí pueda acoplarse más a él. La demanda de tratamiento es esto de... de que no es para mi noes únicamente decir quiero dejar de consumir y ya está, sino que implica un reconocimiento de alguna falla, de alguna situación en donde le es necesario... un pensar en conjunto y un decir bueno necesito que me ayudes con esto porque realmente no estoy pudiendo solo. Creo que la demanda es esto de no puedo, yo no puedo con todo, necesito que me ayudes no tanto en una cuestión más como de dependencia sino decir bueno esto no lo pude pensar solo, toque fondo, no puedo resolverlo solo, pensalo conmigo ¿no? Como es en ese sentido de lo de la demanda de tratamiento y el deseo de cambio. A veces pasa eso ¿no? que uno dice, ta quiero dejar de consumir y que es súper válido pero que quizás el deseo de cambio y la demanda del tratamiento no son únicamente eso y es como bastante más amplio porque a veces uno puede querer dejar de consumir y no estar en el momento para dejar de consumir o no estar en la situación para dejar de consumir. A veces uno tiene demanda también, es muy complejo porque a veces uno tiene demanda y no es la situación, no están las condiciones como para hacer este tratamiento. Entonces creo que deseo de cambio y demanda de tratamiento es como esta posibilidad de reconocer que hay algo que está, que hay una falla o que hay algo de mi sufrimiento

que no estoy pudiendo manejar solo, que necesito cambiarlo, que necesito un otro que me ayude a cambiarlo porque a veces uno puede estar sufriendo, tener un sufrimiento psíquico y sentir que lo puede manejar solo, eso, sentir que no lo puede manejar solo y sentir que necesita de ciertas condiciones para realizar este cambio ¿no?

A: Me hablabas de sufrimiento psíquico, lo has nombrado varias veces ¿a qué te referís con sufrimiento psíquico?

IC2: En realidad nosotros estamos... como tratando de problematizar algunos conceptos este... y tratando de ver que no sea sólo pensar como... porque además es como usuarios de patología dual entonces patología es algo que está todo el tiempo presenta y sobre la mesa, entonces tratamos a veces de deconstruirlo un poco, de salirnos un poco de lo médico y de pensar en el sufrimiento psíquico. El sufrimiento psíquico como algo que nos sucede a todos, lo que eso habilita a disminuir un poco el estigma de lo que es la psicopatología y el consumo de sustancia. Sufrimiento psíquico como algo que puede ser algo como mas, un sufrimiento que puede ser como más crónico como puede ser un diagnóstico de esquizofrenia y determinada sintomatología de ese diagnóstico pero sufrimiento psíquico como algo que nos puede pasar a todas las personas, que todas las personas tenemos sufrimiento psíquico que se corre un poco de lo médico entonces también disminuye un poco la estigmatización sobre la psicopatología y el consumo de sustancia y a que a su vez implica... algo mas amplio, a mi entender y una comprensión distinta de lo que es o la psicopatología o lo que es en sí la subjetividad ¿no?. Sufrimiento psíquico como algo que necesita de ser abordado muchas veces con un otro ¿no? Pero que responde a todos los seres humanos y que responde sí, a quizás que algunas vulnerabilidades desde los primeros años de vida implica que el sufrimiento psíquico sea más crónico o más prolongado en el tiempo o que le... tenga ciertas vulnerabilidades de la persona en respecto a sus salud mental pero que implica también que todos podemos ser, estar vulnerables en un momento de nuestra vida y que todos podemos este... tener un sufrimiento psíquico, necesitamos aun otro. A nosotros lo que consideramos que trabajando desde el sufrimiento psíquico permite un mayor acercamiento y una no estigmatización y una no segmentación de bueno ta la psicopatología es una cosa y yo que estoy para acá soy otra y, como esto del sufrimiento psíquico implica una amplitud y pensar la salud mental no como... la ausencia de enfermedad también sino como algo mucho mas complejo ¿no? Porque si no en realidad los usuarios nunca tendrían buena salud mental porque tienen una enfermedad crónica digamos.

A: Claro, bien. Y me decías hoy entonces, bueno. Me hablas de la demanda y el deseo de cambio, me decías que bueno que si bien es importante para hacer el tratamiento en

el centro, se pueden construir. ¿Qué pasa cuando no hay demanda, no hay deseo y tampoco se construye? ¿Si pasa, no? ¿Si pasa? sería la pregunta por un lado y en esos casos ¿cómo trabajan?

IC2: Cuando en realidad no hay demanda que en realidad pasa este... que llegan por alguna cuestión ahí como secundaria, o que ellos bueno les dicen a su familia `bueno sí sí, tengo demanda de hacer el tratamiento´ y en realidad llegan y no hay posibilidad o lo que le ofrece el centro no condice en lo mas mínimo con lo que él puede. Cuando pasa eso yo creo que es un centro de... nosotros somos un centro de puertas abiertas entonces es... la mayoría de los casos, se termina yendo el usuario por voluntad propia porque es insostenible en realidad el tema de la convivencia y el tema del funcionamiento del centro porque en si digo, la exigencia puede ser... exigencia para quien no tiene, mucho mas exigente para quien no tiene demanda porque claro le requiere un esfuerzo hasta un espacio terapéutico individual donde no... realmente requiere mucho esfuerzo, para todos, pero para quien no tiene demanda todo le resulta muy pesado la mayoría de los casos. Entonces muchas veces se terminan yendo, al ser un centro de puertas abiertas tampoco es que nosotros hacemos una retención digamos o, se terminan yendo cuando no hay demanda o si el quipo a veces decide `bueno no tenés demanda de tratamiento, quizás te conviene un ambulatorio, quizás te conviene no sé hacer algún otro tratamiento si lo considerarás o no´, pero también a veces es decisión del equipo, es una realidad cuando sentimos que no hay demanda realmente y que el tema es que... digo, nosotros también tenemos cupos limitados entonces cuando hay una personas que quizás, porque pasa, también pasa, de que hay personas que quizás, y es una realidad ¿no? que demandan pero otra cosa. No tiene una situación habitacional, no tiene en donde comer, no tiene ninguna situación y por ejemplo ya vinieron y saben que Chanaes le ofrece eso. Entonces, también les pasa que ... que vienen también para tener una situación habitacional, para tener algo para comer pero claro, es muy difícil sostenerlo, es muy difícil sostenerlo. Entonces se terminan yendo o se terminan yendo por no participar de las actividades o por no tener demanda o porque... también es un tema muy discutible en realidad porque la demanda es de alguna forma tan subjetiva porque yo puedo decir, tiene mucha demanda de tratamiento y otra persona dice no, no tiene nada demanda de tratamiento creo que la subjetividad de quien lo ve también juega, se pone en juego ahí, pero bueno ta. Si nos pasa que a veces decidimos que no puede continuar o decide él mismo. A veces hay situaciones judiciales que se complejizan un poco más, porque ahí no están fácil que el usuario se vaya porque está judicializado, entonces si bien es un centro de puertas abiertas

complejiza un poco más o cuando los usuarios... son menores de edad ahí es como que complejiza un poco más.

A: Y ahí por ejemplo, con esto que me decís cuando hay situaciones por ejemplo de la judicialización por lo que me estas contando ... es un poco externo a ellos y al equipo, me decías hoy, como el tiempo que va a estar. Me lo referías hoy. En esos casos también ¿te parece que también hay cambios que se pueden generar?

IC2: Yo creo que ahí... depende. Depende de cada uno porque me parece que hay situaciones. Vos sabes que a veces por más que estén judiciales pasa que si no hay un gramo de demanda tampoco sostienen, se van porque en realidad ellos se van y nosotros notificamos a la policía y se hacen todos los tramites que se necesitan pero se terminan yendo porque no sostienen. Pero alguno que quizás le pasó que bueno tenían no sé cuatro meses y se prolongó a un año se siguieron viendo movimientos. Por ejemplo en un caso que pienso particularmente, había demanda de tratamiento y a su vez estaba judicializado. Cuando se prolonga en el tiempo a veces pasa como que... entiendo que no es retroceso pero pasa por ejemplo que no sé, estuvo cuatro meses hizo un tratamiento, hubieron cambios pero después como que empezó... a no adaptarse tanto a las dinámicas a... como... no sé si llamarlo retroceso pero sí una situación en donde quizás es iatrogénica para el usuario, si pasa mucho. Cuando hay una situación judicial y se extiende mas de lo que debería ser, se vuelve iatrogénico muchas veces, se vuelve contraproducente porque el usuario ya cumplió determinadas cuestiones y ya sintió él que cumplió sus objetivos, pero hay un ente aparte, hay un cuestión que no depende de él que dice 'no, tenés que quedarte igual'. Para mí es un cambio pero quizás un cambio contraproducente e iatrogénico.

A: O sea que en estos casos donde, donde por ejemplo el caso que me ponías de un usuario que en cuatro meses hace cambios y movimientos pero hay algo de lo judicial que hace que se tenga que quedar más tiempo y ahí aparece todo lo iatrogénico. ¿Qué te parece que pasa con esos cambios que sí se habían hecho en esos cuatro meses?

IC2: Es una buena pregunta... porque en realidad este... ahí habría que ver si hubieron cambios que fueron realmente cambios, si hubieron cambios que fueron como que chocaron con una situación que quizás no dependía de él y como que ta, no se pudieron sostener el tiempo, porque quizás hay cambios que no se pudieron sostener ¿no? Que no se pueden sostener para mí no implica que no sean cambios. Quizás es, sí son cambio subjetivos o cambios psíquicos pero no tan prolongados en el tiempo no tan estructurales no sé, pero me parece que hay cambios que se podrían haber sostenido en el tiempo y ese corte, eso iatrogénico hace que no se sostengan en el tiempo. Hay

cambios que siguen estando quizás... pero sí me parece que hay cambios que, yo no sé si dejan de existir pero sí como que pesa más lo iatrogénico por decirlo de alguna forma ¿no? Pesa mas lo contraproducente, pesa mas eso, que en realidad fue esos meses que la persona no esperaba estar o no quería estar o vino un otro a dar una orden que tenia que estar sí o sí, que hace que no sé, se me ocurre algo que estos cambios que él quería sostener en el tiempo, que podía sostener el tiempo, que sentía... se van como desdibujando por decirlo de alguna forma ¿no? Quizás algunos se prolongan en el tiempo y quizás también ese prolongar en el tiempo hace que surjan nuevos cambios, puede pasar también. Yo creo que sí, que se generan nuevos cambios. No sé, teníamos un usuario por ejemplo que claro, pasó mucho tiempo, más de lo que se esperaba, seis meses más de lo que se esperaba por una situación judicial, y en realidad sí le pasó que quizás hay cambios que le costó más sostener pero generó nuevos cambios en realidad pero ta es un caso muy específico de una persona que sí tenía mucha demanda de tratamiento.

A: Por lo que me estás contando... las personas entiendo que, las personas cuando deciden irse, abandonar el centro, se van...

IC2: Sí... en realidad nos pasa que obviamente tratamos de desestructurar o de pensar en conjunto esa decisión porque muchas veces son decisiones como muy repentinas y más que tiene algo mas del rasgo de personalidad del usuarios mas impulsivo, más me voy porque... entonces se trata un poco de pensar en conjunto, pensar si es una decisión que está pensando realmente o si es una decisión más impulsiva. Pero a veces nos pasa que sí entendemos que es una decisión que tiene un contenido de impulsividad muy grande y sin embargo no hay forma de decirle bueno quédate porque en realidad es un centro de puertas abiertas y es parte del derecho del usuario irse también ¿no?. Entonces es como muy fina esa línea de respetar al otro cuando se quiere ir pero también de poder pensar en conjunto si es una decisión que está siendo muy impulsiva, y bueno hay veces que se puede revertir y hay veces que no.

A: ¿Cómo suele ser la previa de las personas que llegan acá? Porque al principio me hablabas de la vulnerabilidad social, de lo socioeconómico, ahora también me contabas que bueno que tanto en los tiempos del tratamiento como en esto que tiene que ver con el cumplimiento de los objetivos, con el afuera y todo esto, me decías bueno que a veces no hay como lugar en donde vivir o donde comer... En la previa cuando llegan acá ¿de dónde suelen venir? O sea más o menos ¿cómo es la historia vida? en general, ¿no? O ¿qué hacen previo a llegar acá al centro los usuarios?

IC2: Usualmente, ellos sí o sí cuando vienen ya están conectados con algo del sistema sanitario porque en realidad o tienen entrevistas previas con Ciudadela o anteriormente, muchos casos nos pasa, que estaban en hospital Vilardebó y de ahí se hace la derivación para Ciudadela, o que estaban en algún refugio, o que estaban haciendo un ambulatorio en algún lado, o estaban en un centro que no cumplía con las condiciones para ofrecerle a ese usuario que quizás tenían un diagnóstico de patología dual, entonces... es muy poco probable o sea, no es nada probable no haya tenido ningún contacto, porque sí o sí tiene que tener algún contacto con el sistema sanitario y con Ciudadela, con el centro de Ciudadela hacer unas entrevistas previas. Muchos están... No, la mayoría hizo un periodo de desintoxicación también entonces tuvo un contacto con un hospital también, ya sea el Maciel o Vilardebó o en algún lugar hicieron la mayoría como más en Maciel que Vilardebó lo que es el período de desintoxicación. Pero la mayoría o si vienen del interior de otros hospitales hacen como un período previo de desintoxicación entonces tienen un contacto con el sistema sanitario bastante asiduo. Tenemos casos que hay situación de calle, porque en realidad esto que yo te decía de tocar fondo muchas veces hace que o las familias lo saque de, saque... no les permita vivir más en su casa entonces los usuarios están en situación de calle o en la casa de un amigo o... pero no con una solución habitacional sólida. La mayoría, la gran mayoría, no tiene una situación habitacional sólida previa al ingreso a Chanaes, algunos sí pero son los menos en realidad. La mayoría no tiene situación habitacional sólida y eso hace que este... también que se aumente un poco esto de los aspectos vulnerables digamos en cuanto a lo socioeconómico o en cuanto a esto más de situaciones habitacional y más.

A: Decime, ¿qué es esperable que aparezca en los procesos de tratamiento que hacen los usuarios?

IC2: ¿En cuanto a la personalidad?

A: Sí, y en cuanto a los procesos de ellos, ¿qué te parece a ti que es esperable que aparezca?

IC2: Yo creo que... Aparecen... varias cosas... Es esperable cuando realmente se piensa en un movimiento y en un cambio yo creo que es esperable, una de las cosas que es esperable es que de alguna forma logren como... como comenzar a utilizar la palabra en muchas cosas que quizás antes no, ¿no? Ellos mismos dicen siempre ¿no? 'La adicción es lo no dicho, la adicción es lo no dicho'. Que yo creo que, más allá de la etimología de la palabra adicción, creo que de alguna forma es muy significativo para ellos cuando dicen la adicción es lo no dicho porque ellos incorporan... o sea lo están

hablando desde su subjetividad, de decir bueno yo hay algo que no dije. Entonces surgen varias cosas. Depende del usuario. Lo que se espera que aparezca es que logre utilizar la palabra y si realmente no logra utilizar la palabra para manifestar sus emociones, también está a criterio del equipo, del técnico utilizar recursos para que de alguna forma aparezca esta expresión de muchos aspectos que quizás en otros momentos de su vida no pudo expresar, no pudo manifestar. Quizás el uso de la palabra no es su mayor facilidad o vemos que no esta pudiendo utilizar tanto la palabra como nosotros esperamos, bueno a buscar recursos, a buscar recursos para ver de dónde puede expresar sus emociones, pero es poder expresarse y poder manifestarse y poder descubrirse. Yo creo que algo que también se espera que aparezca son intereses ¿no? Hay una pérdida, con un consumo problemático muchas veces pasa que hay una pérdida de intereses muy importante, o que, no sé si pérdida o que el mayor interés muchas veces reside en el consumo problemático de sustancias, eso lo dicen los usuarios, `bueno yo pensaba todos los días en qué iba a consumir y en cuánto iba a consumir´. Entonces hay un trabajo muy arduo no sólo de lo psicoterapéutico sino de los talleres de buscar cosas afuera para que los usuarios hagan de, `bueno exploremos tus intereses o tus nuevos intereses o lo que tenías antes o lo que a vos te interese a partir de tus conocimiento, para de, de tu personalidad digamos, para ver qué cosas podemos ayudarte a que vuelvan a interesarte, qué cosas te parece que, ya sea el deporte, tenemos un usuario que está a full con el deporte, entonces bueno hacerle énfasis a eso. Pero bueno, está bueno que aparezca, para que haya un cambio está bueno que aparezcan intereses, diferentes intereses ¿no? Decir `bueno a mi me gustaba hacer fútbol en un momento´, bueno ta, aunque sea fútbol obviamente no profesional y dos veces por semana, pero que aparezcan intereses a partir de una ayuda de que se puedan dilucidar esos intereses. Después aparecen muchas emociones ¿no? Dependiendo de cada uno, pero... aparecen la tristeza, la bronca, el enojo... Ahí también ¿no? Tener como el cuidado de... del equipo de verificar y de no quedarnos en lo superficial de bueno está enojado porque no sé, le pusieron rojo, no... Este, capaz que sí. Pero en realidad poder indagar si es un enojo que es únicamente porque le pusieron rojo o si tiene que ver con algunas cuestiones más. O, se acuesta con ropa. Bueno ¿se acuesta con ropa porque realmente es un hábito que trajo de otro lado o se acuesta con ropa porque realmente fue una estrategia que tuvo que utilizar en algún otro momento para que no le roben la ropa? Entonces también aparecen ciertas cosas que parecen mas de dos más dos son cuatro pero que siempre estamos como incitando de decir bueno no, en realidad capaz que tiene un sentido distinto. Aparecen... bueno nada, esto, hábitos que tienen que ver con su vida y bueno que también hay que respetarlos, en el sentido de bueno, por algo están ¿no?. Aparecen síntomas, aparecen,

no sé... un usuario viene y rompe un vidrio o... no sé, se corta o... y ahí está como la sintomatología de cada uno también que ahí es como cuando, también eso facilita el cambio porque en realidad que él pueda mostrar su sintomatología y que él pueda mostrar su sufrimiento, yo creo que eso facilita el cambio. Bien agarrado por decirlo de alguna forma ¿no? Bien captado. En realidad eso es nuestro trabajo diario, captar cuando algo aparece para ver que si es posible que haya una transformación. Este... había un usuario que se cortaba día por medio, en realidad y me acuerdo que... que bueno que ahí le buscamos como la vuelta, el pienso como para decir bueno esto está apareciendo y está apareciendo porque él lo está necesitando mostrar. ¿Qué cosas podemos hacer nosotros como técnicos, como profesionales, como educadores, como todos, para que ese síntoma, para que podamos ayudarlo a un cambio? Porque quizás él esta mostrando algo que necesita cambiar. Identificarlo y como captarlo me parece que es importante, pero aparecen muchas cosas. Lo vincular con la familia también aparece mucho y ahí es como que nosotros también, desde, depende de la perspectiva y de la formación que tengamos cada uno pero, hablo por mí particularmente... que me pase de ver como la dinámica familiar, la dinámica con los referentes, que muchas veces ahí se ve lo patológico, en realidad. Porque nosotros trabajamos mucho con familia entonces nosotros quizás hacemos un taller multifamiliar y vemos una mamá que... que no respeta el turno del otro al hablar, una mamá que quizás pone muchas cosas como muy a la vista de un hijo o cosas que quizás no es como muy adaptativo, está como bastante desadaptativo y ahí a nosotros nos ayuda a pensar. Aparece eso disfuncional familiar, que al menos desde mi formación implica lo patológico también ¿no?. No lo patológico solo pensando en el usuario sino lo patológico familiar.

A: Mencionaste ahora al pasar, algo de poner rojo... ¿me podés explicar qué es eso?

IC2: Sí. Nosotros tenemos como un sistema que se llama semáforo, que lo que hace ese sistema en realidad es... Es como muy discutido también entre nosotros pero lo que hace ese sistema es hacer como un seguimiento de las actividades diarias. Entonces por ejemplo un usuario se levanta tarde ¿no? Y nosotros tenemos una pauta un horario acordado para que se levante. Y se levanta tarde y bueno hay situaciones en las que se contempla, se contempla siempre pero digo, se levanta tarde... y ahí capaz que lleva un rojo que es el semáforo que en realidad es decir 'bueno en esto no te fue bien hoy' ¿no? La idea de ese semáforo es que se explique y se fundamente ¿no? Que el educador pueda hablar con el usuario y decir 'bueno hoy no te levantaste temprano, te pedimos que te levantas, te llamamos, está bueno levantarse temprano es parte de la rutina, bueno llevas un rojo por ese motivo.' Entonces la intencionalidad que tiene ese semáforo es justamente poder ser una herramienta para la educación de hábitos ¿no?.

Como decir bueno, mirar, que él se pueda reflejar y decir 'bueno pero hoy no me fue tan bien en realidad, tuve bastantes rojos.' O, 'me fue súper bien tuve verde, pude cumplir con todo.' Además del seguimiento para nosotros, el seguimiento para la persona ¿no? Que él pueda evaluarse. A veces es discutido por el tema de que siempre está bueno poder fundamentar ¿no? Que a veces pasa y a veces no, fundamentar el porqué el rojo, no te pongo un rojo y está todo bien. Un rojo quiere decir que, bueno que en realidad no le fue bien en una situación, por ejemplo, no asistió a ningún taller, ta lleva rojo por no haber asistido a ningún taller. Pero la idea es poder sentarse y charlarlo con el usuario ¿no?. Decirle, 'bueno tu llevaste rojo por este motivo, contame si hay algo en lo que te puedo ayudar'. Como habilitar también. Que sea una herramienta y un mediador también en cuanto al educar.

A: ¿Y este semáforo se tiene en cuenta para los procesos de tratamiento? En esto de que me hablabas hoy del proyecto terapéutico individualizado y la forma que tiene el equipo de trabajar, esto del semáforo, esto que me decías recién de que la persona va viendo cómo funcionó en el día en relación a estos colores que les ponen, por lo que me decís es un semáforo. ¿Esto también se tiene en cuenta para los procesos de tratamiento?

IC2: Se tiene en cuenta, en realidad... se tiene en cuenta en cuanto a bueno... a veces se tiene en cuenta y quizás tendríamos que hacer como un repineso en eso porque a veces es como 'Pepito tuviste', Pepito ponele un ejemplo, 'tuviste veinte rojos, no sé... no vas a ir de salida a tal lado', no es salida terapéutica porque eso no influye pero digo... a veces se hace como esto de decir 'bueno tuviste tantos rojos entonces' que implica esto del no fundamento ¿no? Entonces ¿qué te está pasando? No estás encarando.' Pero creo que lo más asertivo sería, 'bueno ¿qué paso? ¿Qué te pasa, te sentís bien, estas como conforme?' Entonces eso da apertura al diálogo. Se tiene en cuenta, en realidad porque si hay un usuario que no participa en ninguna actividad entonces pierde como un poco el sentido de lo que le puede ofrecer el centro al usuario, entonces sí se tiene bastante en cuenta. Pero a veces sí caemos en... por cuestiones de tiempo, por cuestiones de no sentarnos a pensar o por cuestiones de equivocación o fallas también de parte de nosotros de decir '¡ah no pero esto está todo rojo!' Y no dar apertura al diálogo, ¿me explico?. La idea es dar apertura al diálogo y decir 'bueno ¿qué te pasa? ¿Por qué tenés todo rojo? ¿No te está gustando algo?' Que eso permite decir, '¡pa sí!' y un reconocimiento por parte del usuario ¿no? O un reconocimiento por parte de nosotros que estamos fallando en algo también.

A: Claro. ¿Pensás que esta herramienta entonces del semáforo forma parte de esto terapéutico que me mencionabas en relación al cambio o quedaría por fuera?

IC2: No, quedaría por dentro. Yo creo que sí, quedaría por dentro.... Yo creo que quedaría por dentro porque en realidad es como esto, esta posibilidad de autoevaluación también ¿no? Más allá de que hay cosas de que se contemplan y demás esta posibilidad de que el usuario pueda ver esta cuestión al semáforo, ¿cómo me fue? ¿cómo me fue hoy? ¿cómo voy? Me parece que también le habilita al cambio porque capaz un día ve y dice `tengo todo rojo o tengo muchos amarillo, bueno no pero algo capaz que estoy haciendo que no está del todo bien´ y capaz que eso habilita un cambio, seguramente. O tengo todo verde, un usuario con un trastorno narcisista que no se contempla a sí mismo como alguien válido y que puede hacer las cosas y de repente ve `pero y si yo tengo todo verde, vamos para adelante si tengo todo verde´. Es como esto de... también puede ser una motivación. Capaz que yo lo vi más del lado rojo pero el verde puede ser una motivación del yo puedo con esto.

A: Gracias. No sé si hay algo más que te haya quedado que quieras decirme...

IC2: No, creo que no...

A: Bueno, muchas gracias por tu tiempo y por tu disponibilidad. Fuiste muy clara.

IC2: Bueno, quedo las órdenes.

A: Gracias.

## 9.9 Apéndice C.3. Entrevista a IC3 – Psicología

Se presenta la investigación, se hace entrega de la Hoja de Información y se firma Consentimiento Informado.

A: Bueno, estamos grabando, así que voy a poner esto más cerquita tuyo y arrancamos. Ya tenemos el consentimiento informado firmado, ¿está todo bien?

IC3: Sí.

A: Así que te voy a empezar preguntando ¿qué características de las personas que llegan acá al centro, suelen aparecer en los tratamientos que hacen acá, en este centro?

IC3: ¿Qué características tienen las personas que llegan acá? Y...al ser un centro de patología dual tienen características relacionadas con un trastorno por consumo de sustancias, que ahora te digo bien cuáles características, y después dependiendo del otro trastorno que tengan, de la otra patología mental, el otro tipo de características. Si bien, son todas personas diferentes, hay algunas características que suelen tener en común como por ejemplo... no sé me cuesta como separar porque pienso como cada trastorno y dependiendo del trastorno como las características, no sé... las personas que llegan con un diagnóstico de bajo nivel intelectual por ejemplo... tienen dificultades para adherirse a las tareas, para sostener, dificultades, mayores dificultades con los hábitos de limpieza, de higiene, por ejemplo. Después pensando, no sé, en otros usuarios que llegan con un trastorno de la personalidad capaz que ahí hay más inestabilidad, dificultades en la regulación de las emociones, aunque eso ahora que lo pienso eso lo tienen la mayoría, dificultades en el control de impulsos, son personas la mayoría, como muy impulsivas porque por algo tienen un trastorno con el consumo. A ver, pensando alguna otra característica... Con el manejo de las frustraciones. Bueno a la hora de regular sus emociones la mayoría con un tema de enojo, de ansiedad. Esas como dificultades más personales después hay dificultades más a nivel familiar con respecto a los vínculos primarios, vínculos secundarios, dificultades en la comunicación. Dificultades para sostener relaciones. Después dificultades para sostener en el ámbito laboral, para sostener lo educativo, lo académico. Para adherirse a los tratamientos, la mayoría ya ha pasado por varios tratamientos, dificultades para tener conciencia de sus propias dificultades, del porqué llegan acá. Y también para sostenerse en el afuera después, como para la parte de la reinserción laboral. Como que hay varias dificultades en lo que es la estabilidad y el sostener los diferentes aspectos de su vida.

A: ¿Considerás que hay cambios en algunas de estas características?

IC3: Si. Obviamente que todas las personas que llegan acá se supone que vienen por voluntad propia, o sea, tenemos que partir de la base que haya voluntad y ganas de salir adelante y ganas de trabajar todas estas cosas. O sea, partimos de que si hay todo eso, se pueden generar cambios y depende de muchas características de las personas que limitaciones tiene y qué capacidad para generar estos cambios pero sí, se ven cambios. Se ven cambios en, bueno en toda la parte de la reinserción que vienen de estar mucho tiempo sin trabajar, de no poder estudiar. Logran adherirse a diferentes actividades, logran aprender cosas nuevas, logran manejar mejor sus emociones, logran comunicarse de una forma más asertiva, logran tener vínculos más sanos, reestablecer vínculos que habían como perdido, logran tener mayores cambios en todo lo que son las rutinas y los hábitos saludables. Pero depende de cada uno la capacidad que tenga para generar como esos cambios.

A: Me hablabas recién de cambios que has observado que se dan. ¿Qué tipos de cambio no se dan? Si te parece que hay cambios que no se den.

IC3: En general cambios que no se den. No sé... Capaz que los cambios que menos se dan. No sé. Me cuesta como pensar los que no se dan. Soy más de quedarme con los cambios, porque siempre algún cambio se da si no es en uno que se dan más en lo laboral, en la adherencia, capaz que en algunos no logra reinsertarse socialmente ni en trabajo ni en estudio pero logró adquirir hábitos saludables en su casa, hacerse la cama, tener todas las comidas, mayor higiene, entonces ahí algún cambio ya se dio. O sea, me cuesta ver que haya uno de todos éstos que no se da porque por algo los trabajamos porque pensamos que se pueden generar esos cambios.

A: ¿Y por qué considerás que hay características que cambian?

IC3: ¿Por qué considero que hay características que cambian? ¡Qué difíciles estas preguntas! (Se ríe.) Porque no sé, las personas somos seres que estamos en constante cambio y que sí ya el hacer un tratamiento es un cambio en la vida de alguien, ya el empezar algo genera un cambio entonces ya un movimiento genera otros movimientos entonces es como difícil que al hacer algo diferente no se mueva algo. No quiere decir que todos estos cambios sean siempre favorables, capaz que se pueden generar otros tipos de cambios. No sé porque estamos en constante movimiento y somos personas que estamos aprendiendo, incluso personas con dificultades de aprendizaje hay cosas que las pueden aprender, no están totalmente limitadas.

A: Me decías que ya empezar algo, en este sentido empezar el tratamiento, ya genera cambios. ¿Me podés contar un poquito más de eso? ¿Cómo lo pensás?

IC3: Si. Cuando ahora me hacías esa pregunta me puse a pensar de que, no sé como un ejemplo, uno decía ay tuve una recaída entonces ya empiezo de cero. No, nunca se empieza de cero, siempre hay un aprendizaje previo, hay experiencias que te marcan y que algo te dejan, entonces siempre algún cambio se va a generar. Por más que la persona venga y esté una semana y no se haya generado ningún avance con respecto a los objetivos que se propuso en el tratamiento ya por lo menos conoció el lugar, ya sabe en qué consiste, o se da cuenta que no es el momento y capaz que espera a que se den otros movimientos en su vida para hacerlo en otro momento el tratamiento pero ya algo intentó hacer. O sea que ahí considero que algún cambio siempre se da. No sé si fui clara.

A: En esto que me decís que por ahí no es el momento. En relación a esto de los momentos que me estás diciendo, los cambios y los momentos de las personas para esos cambios. ¿Cuál es tu experiencia? ¿Qué me puedes contar de eso?

IC3: Si, esto por ejemplo de que si bien lo ideal es que sea de manera voluntaria a veces llegan presionados por la familia, por una indicación judicial entonces no era como el momento de, no sé pensando como en las diferentes etapas de cambio, ahí tenés que estar como en la contemplación de qué dificultades tenés y capaz que si llegás en la etapa de precontemplación cuando no sos consiente de qué dificultades tenés, de que tenés que generar algo diferente para salir de esa situación, conciencia de las consecuencias que está generando el consumo por ejemplo en la vida de las personas. Entonces si está en una etapa previa de la que se necesita para arrancar un tratamiento capaz que ahí no va a funcionar. Pensando más desde ese lugar, entonces capaz que ahí no era el momento de empezar a generar tantos movimientos.

A: ¿Hay algo entonces, por lo que me estás contando, de la voluntad propia, que me lo habías mencionado al principio también, que lo relacionas con esto de los cambios?

IC3: Si. También capaz que me ata mucho la corriente de la que yo trabajo, cognitivo conductual, que para eso es necesario el compromiso de la otra persona. Se trabaja mucho en equipo, o sea, son fundamentales las dos partes. Si bien uno trabaja una hora en terapia, es necesario que la persona a lo largo de la semana siga poniendo en práctica todas esas herramientas y quiera generar algún cambio, algún movimiento, como que si no, no tiene mucho sentido la terapia, si desde el otro lado no hay voluntad para generar esos cambios. Entonces como que veo un impedimento en esto de no tener la voluntad para hacer el tratamiento que eso podría hacer que no sea el momento, que no funcione, que no se generen como esos avances o esos logros.

A: ¿Y cómo es la evaluación ahí cuando en este trabajo en equipo, por ejemplo con esta persona, vas viendo que esa voluntad y ese deseo de cambio no está? ¿Cómo lo evaluás, cómo se evalúa y cómo sigue en un caso como ese un proceso de un usuario?

IC3: Ahí le planteo lo que yo pienso sobre el proceso que veo por ejemplo que está estancado o que hay algunas dificultades para adherirse... yo que sé. Como trabajamos en base de objetivos, nos proponemos una estrategia antes de empezar. O sea la persona tiene que estar de acuerdo para hacer eso ¿no? Siempre se trabaja mucho desde la psicoeducación de explicar qué es lo que vamos a hacer y para qué, como para que el usuario sepa qué estamos haciendo y para qué estamos haciendo lo que estamos haciendo. Entonces ahí trabajo mucho desde la palabra, de poner en palabras lo que a mi me parece, lo que estoy viendo de si estamos estancados le doy la oportunidad al otro de que me diga qué opina, se buscan otras alternativas por ejemplo si vemos, como que la estrategia está en constante evaluación, entonces si veo que determinada estrategia no está funcionando que el otro no está pudiendo adherirse a eso, buscamos como otra estrategia, ¿te parece si cambiamos, si empezamos a trabajar desde otro lugar? O capaz que no es el momento para trabajar este tema entonces no salteamos ese tema y vamos con otro para después poder como volver. Siempre haciendo partícipe al usuario de la terapia y dándole un rol activo también al otro. Como para no generar, está si veo que no funciona no podés seguir haciendo la terapia si no que vemos que otras estrategias se pueden como, usar. Y también depende no sólo de mis objetivos del tratamiento si no los del usuario, capaz que yo ahí tengo que decir, está mis objetivos son que logre determinada herramienta y capaz que la otra persona no está en condiciones en ese momento de lograr eso o no son sus expectativas y bueno me quedo más con los objetivos y las expectativas del otro. Que pueden ser en un principio sin embargo no sé, descargarse, de sentirse mejor solo, de hablando y poniendo en palabras lo que le está pasando y capaz que no genera tantos cambios visibles de conductas sino de más de lo emocional, de esto de sentir que el espacio lo ayuda a liberarse, a abrirse, a descargarse. Como que me voy adaptando también a los objetivos del otro.

A: Y me hablas hoy de las etapas de cambio. ¿Me contás un poquito más de esto de cómo pensás esto de las etapas de cambio, desde dónde te parás? ¿Cómo es tu marco para trabajar sobre eso?

IC3: En realidad ahí cuando hablo de las etapas de cambio, ahora no me acuerdo bien de todas las que son, de Prochaska. Creo que son como cinco, pero ta, no me acuerdo de todas ni siquiera de los nombres así como técnicos digamos, pero hay una que es como decía la etapa de precontemplación, no me acuerdo si hay una antes. La

precontemplación ya estoy contemplando que algo tengo que hacer pero no estoy preparado. Hay una etapa previa que no sé si se llamaría negación o cómo pero que ni siquiera soy consciente de que tengo algo para cambiar. Después precontemplación, veo que tengo alguna dificultad pero no estoy preparado como para hacerlo. Después ya la etapa más de conciencia de las dificultades y de ganas de hacer algo con eso, que ahí es como un momento ideal para, o el necesario para empezar algún tratamiento o algún movimiento y después de esas dos etapas vendría más la de generar esos cambios. Estoy como preparado, arranco algo y ya se empiezan a generar esos cambios. También se trabaja mucho con eso, con la entrevista motivacional entonces no quiere decir que esos cambios sean lineales, que vos pasás por uno y por otro, sino que algunos se superponen. Ya podés haber generado cambios pero podés volver como para atrás y sentir que ya no tenés nada más para trabajar y bueno ahí se vuelve como a trabajar desde la entrevista motivacional a ver qué está pasando y cómo podemos motivar al otro para seguir generando movimientos.

A: ¿La entrevista motivacional entonces consiste en esto de motivar al cambio?

IC3: Ahí va, motivar al cambio.

A: En esto de las etapas entonces que me estás contando ¿en dónde identificás el cambio? Pensando en esto que me decías hace un ratito de que ya empezar algo nuevo generaría un cambio. Pensándolo en esto de las etapas que me estás contando, ¿en cuál de estas etapas consideras que se empiezan a generar cambios?

IC3: En la precontemplación ya hay un cambio porque viste que ya se dan cuenta de que hay un problema, o capaz que no del todo, pero sí que no es el momento de hacerlo que no están preparados o si, perdí el trabajo pero no es por esto, ya ven que hay algo que anda mal pero capaz que no logran asociar a cuál es la causa o cuál es el factor que está manteniendo como esa situación. Entonces por más que no se estén generando cambios productivos o que no se estén haciendo como movimientos positivos todavía ya desde el estar precontemplando que hay algo para cambiar ya algún movimiento y algún cambio ya se generó. Capaz que sí, en la etapa más de conciencia de la dificultad y ganas de hacer algo con eso, ahí es donde se empiezan a generar mayores cambios que dan como más resultados y motivan a hacer algo con eso.

A: Decime, ¿qué del tratamiento incide para estos cambios que has identificado que se dan?

IC3: ¿Del tratamiento individual o del tratamiento en general?

A: En general, del centro.

IC3: ¿Qué incide? Todo. Para mí todo, porque por algo están como todas las patas del tratamiento, todo es fundamental. De lo más importante, para mi, todo es importante pero lo fundamental es el trabajo con la familia. Ya sea una llamada telefónica donde se pueda mantener una entrevista telefónica, los espacios de talleres multifamiliares, entrevistas que realizamos en conjunto con la trabajadora social. Porque trabajar solo con la persona que está haciendo el tratamiento es muy difícil si no se generan cambios en el afuera, en su ambiente y en donde va a volver la persona. Después las terapias individuales también son muy importantes, el trabajo que realizan los educadores en la diaria, el estar como educando continuamente, señalando, escuchando, apoyando, acompañando. Como ese trabajo tan cercano del día a día, el trabajo cotidiano digamos, eso también es fundamental. Y obvio que todo lo que son los talleres, para mantenerse ocupado, aprender cosas. Todo me parece importante, todas las partes del tratamiento son fundamentales.

A: Me hablabas de las familias, ¿qué cambios se pueden dar en las familias?

IC3: En las familias cambios que se puedan dar, varios. No quiere decir que todos se vayan a dar, eso sería como una expectativa. Cambios en la comunicación se dan muchas veces. El brindar herramientas sobre cómo comunicarnos, poder ser conscientes de su comunicación porque a veces uno se enfoca mucho en el otro me habla así, el otro, bueno pero cómo uno está hablando, el poder poner en palabras y entender que desde los usuarios acá también es necesario que pongan en palabras lo que les pasa, lo que sienten, si tienen ganas de consumir, etc., todo eso. Eso sería más la parte de comunicación, de poder buscar herramientas para poder hablar y comunicarse de una forma asertiva. También eso genera cambios en lo vincular con respecto a usuarios, familia, referente, o con quien esté ahí sosteniendo, apoyando y acompañando. El compartir más actividades y más momentos juntos porque han pasado por situaciones en las que han estado como muy distanciados o aislados y se perdió mucho esto del compartir, de hacer cosas en conjunto y poder disfrutar de eso que capaz que en algún momento se disfrutó pero ya como que se había perdido. También con respecto a los límites, el poder poner límites de una forma saludable, no sólo de forma autoritaria, con castigo, sino bueno, pongo límites desde el amor, del cariño. Desde ambas partes obvio, pero me preguntabas de la familia, el poder poner otro tipo de límites. También, hoy hablaba de lo vincular pero también de la demostración de afecto que muchas veces está como medio bloqueado eso, que les cuesta mucho poner en palabras lo que sienten.

A: Cuando me contestaste la pregunta me dijiste, bueno capaz que son expectativas. Estos cambios de las familias, ¿pensás que efectivamente son cambios que se dan?

IC3: Sí, son cambios que se dan. Yo digo que son expectativas que en todas las familias se den todos esos cambios. Pero sí se dan. Capaz que no sé, si mis expectativas son que lo logren en un cien por ciento, capaz que no lo logran en un cien por ciento, pero sí se dan todos esos cambios. También depende de la voluntad de la familia obviamente y de la capacidad para generar esos cambios que no todas las familias tienen todas esas capacidades, ¿no?. Pero sí, yo creo que se dan cambios. En algunas sí, en algunas no, en algunas más, en otras menos, pero esos movimientos se generan.

A: ¿Y qué esperable que aparezca? Bueno en esto de las expectativas, ¿qué es esperable que aparezca en los procesos de tratamiento?

IC3: ¿Qué es esperable que aparezca? Y... adherencia al proceso, es esperable que aparezca. Eh... mayor apertura al diálogo. Es medio más o menos todo lo que venía hablando anteriormente, pero, es esperable que aparezca... ¿de cosas positivas esperable que aparezca? (A: En general.) Porque aparecen yo que sé, frustraciones, aparecen abandonos del tratamiento pero yo pensaba en cosas esperables, como qué espero en el tratamiento del otro para que sea efectivo digamos... que se propongan objetivos que a veces llegan como sin metas, y bueno que empiecen a proponerse objetivos y metas con respecto no solo al tratamiento sino con respecto a su vida, vivir en función de metas y objetivos. Eh... no quiero ser repetitiva entonces no sé que cosas nuevas puedo decir... (A: Podés ser repetitiva, no hay problema...) ¡Ah! Bueno. (Nos reímos.) También es esperable que aparezca la reducción de riesgos y daños con respecto al consumo, como para no hablar de absitencia porque eso depende de los objetivos de cada uno. No puedo decir que es esperable que deje de consumir porque depende como te digo del objetivo de cada usuarios pero sí que se reduzcan los daños, las consecuencias negativas con respecto al consumo y es esperable que aparezca como mayor bienestar y hábitos saludables... en general... Con respecto a lo orgánico, ámbito físico, adherencia a actividades recreativas, placenteras, de mayor disfrute del tiempo libre, es esperable que aparezcan vínculos más saludables.

A: Y ¿mayor bienestar qué sería? Si me podés contar un poquito más.

IC3: Mayor bienestar sería... porque lo dije medio juntito a hábitos saludables, como, bienestar personal, que la persona se sienta bien consigo mismo, con las otras personas, con el mundo. Es como difícil de describir qué es el bienestar porque es algo subjetivo que cada uno sabe lo que es estar bien para ellos. Pero bueno, tener una vida más saludable y mas adaptativa con respecto a... consigo mismo y con los otros... como poder conseguir sus objetivos... sin... no sé como lo puedo decir... Sin pasar por arriba

como del resto digamos, pudiendo respetar las normas sociales y como poder adaptarse... a la sociedad...

A: ¿Hay algo de lo adaptativo entonces por que lo me contás que es importante? (IC3: Sí.) Bueno, yo tengo mis preguntas, no sé si hay algo que te haya quedado que te parezca que pueda aportar...

IC3: No, lo que vos quieras que te explique algo más. (A: No, cualquier cosa después te pido otro ratito.) Sí, se puede ampliar.

A: Bueno, muchas gracias.

## 9.10 Apéndice C.4. Entrevista a IC4 – Psiquiatría

Se presenta la investigación, se hace entrega de la Hoja de Información y se firma Consentimiento Informado.

A: Bueno, estamos. Entonces, habiendo leído la hoja de información, con el consentimiento informado ya firmado. ¿Alguna duda? ¿Alguna pregunta?

IC4: No.

A: ¿No? Bueno, arrancamos. Estamos entonces en el marco de esta investigación que tiene que ver con cambios subjetivos en personas con patología dual a partir de tratamientos específicos en patología dual por eso yo elegí trabajar en este centro en particular y con personas que hayan egresado de este centro. Y lo primero que te voy a preguntar es sí que te voy a empezar preguntando ¿qué características de las personas que vienen a hacer el tratamiento suelen aparecer en los tratamientos que hacen en el centro?

IC4: ¿Qué características de las personas? ... Pa' es como muy amplia la pregunta... ¿Características de las personas? Y en realidad yo creo que se destaca el centro por... por ser algo muy heterogéneo y que las características abarcan toda el... no sé... Eso de todo desde la psiquiatría ponele hemos tenido personas digamos de... yo siempre divido al centro en tres grandes grupos ¿no? Los usuarios con esquizofrenia, con retardo mental y con trastornos de la personalidad, son como los grandes grupos. Después de estos grupos siempre vemos otras cosas como alteraciones en los impulsos puede venir cualquiera de los tres grupos, del estado de ánimo también, de las conductas, pero en general como... me parece que esos serían los tres grandes grupos que tenemos ¿no? Digo, y las características de personalidad serían un poco dependiendo de las patologías. Dentro de los trastornos de la personalidad hemos tenido más como pacientes más border, narcisista, más como grupo B, con cosas más histriónicas, con cosas... y después los de nivel, siempre con nivel bajo o moderado, pero moderado bajo también, o leve mejor dicho, leve o moderado leve, no hemos tenido más que eso por suerte porque es difícil trabajar con el usuario. Igual es como muy... ¿qué más puedo? ¿quierés que profundice en algo más de la personalidad?

A: En esto de las preguntas son amplias porque cada uno responde desde su formación pero es en general, características de las personas en general.

IC4: Y después lo que todos tienen o deberían tener es una demanda de tratamiento que no siempre aparece en principio, se va formando también o a veces es muy impuesta del afuera. Estamos acostumbrados también a la presión de la familia o del

entorno para hacer tratamiento entonces yo creo que un gran porcentaje tiene una cierta demanda porque sino es difícil sostener un dispositivo residencial sino tenés algo de demanda. Porque es poco el beneficio secundario por estar acá. Alguno que esté en situación de calle o alguien que tenga una situación muy jodida socialmente pero después la mayoría este, tiene que tener algo de demanda para sostenerse. Y... y después ni hablar que la personalidad del consumidor también porque es algo que los une a todos. Y ta.... Muchas veces dada por... que es parte yo creo del consumo, la mentira, la manipulación de... de unas cosas que son necesarias para consumir, necesarias para consumir en los ámbitos que consumen ellos ¿no? Que a veces se tienen que manejar en lugares y situaciones complicadas entonces nos parece que eso es algo bastante constante con respecto al consumo. Y después la minimización me parece también, por lo menos a mi me aparece en los espacios que muchas veces a los gurises les cuesta mucho... realmente mostrar todas las consecuencias que tiene el consumo, si bien algunas son espantosas las consecuencias y logran verlas pero me parece que se minimiza mucho en general. Las personas que consumen minimizan su consumo.

A: ¿Con qué pensás que tiene que ver eso?

IC4: Y a veces con un poco de negación. También con un poco de hasta de vergüenza, de pudor, ¿no? porque estar enganchado a una sustancia que te genera un montón de conductas que muchas las consideran horribles, capaz que alguno más psicopático que no las considera horrible pero gurises que han robado, que no están orgullosos de eso, que han le han sacado plata a los familiares, se han mandado muchas macanas y me parece que a veces viene por eso ¿no? Y también a veces para no mostrar una sensación de debilidad frente al consumo o frente a las sustancias, mirá todo lo que hice alrededor de esta sustancia ¿no? Bajar un poco esa sensación de bueno, de que está muy enganchado o que no tiene nada de control sobre eso.

A: ¿Considerás que hay cambios en algunas de estas características que mencionás?

IC4: Mmm y si, tiene que haber cambios porque sino no hay proceso me parece. Es vital que, hay cambios, digo hay cosas que no van a cambiar ¿no?. Un chico que viene con una esquizofrenia no se va a ir sin esquizofrenia (se rie). Un bajo nivel va a seguir siendo bajo nivel pero yo creo que... hay cambios porque además, yo creo que algo buen que tiene Chanaes y el proceso largo que se puede hacer acá es que da una estabilidad en un montón de cosas que la mayoría o, no el cien por ciento pero el noventa y nueve por ciento de los usuarios que vienen acá no los tiene, que tiene que ver con cosas por fuera del consumo y le genera una estructura y le da una seguridad y

una regulación, desde la medicación por ejemplo, cosas tan básicas. Nosotros sabemos, la gente en general en tratamientos ambulatorios la gente, yo no quiero tirar un porcentaje pero el porcentaje es altísimo de gente que hace mal el tratamiento farmacológico. Ya además de lleno toma mal la medicación o la toma o se olvida o es irregular, pero altísimo, no sé si es el cincuenta, mas o menos la mitad hace tratamiento irregular. Entonces yo creo que con eso ya, podemos promover en gurises que funcionan mal afuera pero nosotros, capaz que el funcionamiento bueno adentro tiene mucho que ver con que toman la medicación, sólo con ese hecho de tomar la medicación en el horario y todos los días, ya es otro. Ya tener una cama donde dormir, tienen cosas resueltas, comer todos los días bien ¿no?. Me parece que eso también ayuda a todos esos cambios ¿no? Que después obviamente se tiene que sostener en otras cosas ¿no? no solo, pero ya eso te da como una base, a los gurises les da como una seguridad y... ya te digo porque afuera, estoy seguro que el noventa por ciento no lo tiene, que no sabe qué va a comer ese día o que tiene dificultades. Y también en el, en los conflictos, si bien hay conflicto acá porque conviven muchos gurises, pero son conflictos de la dinámica ¿no? En la casa de gurises que se metieron en mucho lío por el consumo está muy complicada la cosa, seguramente hay mucho reproche mucha violencia también, muchas amenazas, cosas, si seguís consumiendo te vas de acá, mirá que no se qué, ¿no? Entonces me parece que ya esa base de tranquilidad, de seguridad y de garantizar un tratamiento farmacológico y el acompañamiento ya hace muchos cambios. Si se sostiene durante meses ¿no? Puede estar dos semanas acá y no va a hacer. Pero me parece que eso ya le da la seguridad de tener como ese colchón o ese piso y después cambiar cosas por arriba. Porque a veces es difícil pensar un gurí afuera que está complicado en todo ese sentido y no tiene resueltas cosas básicas y que vos quieras que haga cambios mas profundos donde no tienen lo básico. Entonces me parece que nosotros al garantizar lo básico acá estamos como, ya partimos de que sí puedan haber otros movimientos. Y que gurises se pueden angustiar y pueden trabajar sobre cosas profundas y pueden llegar a verse ¿no? Pero ya con cosas resueltas que afuera a veces no tienen.

A: Algo me estabas mencionando en esto de poder angustiarse y poder de ver otras cosas. ¿Cuáles serían esos cambios? En tus experiencias ¿cuáles son esas características, esas cosas que sí ves que cambian?

IC4: Y el primer cambio es conocerse me parece. Lo que pasa que estos gurises afuera, por un millón de circunstancias no les dio tiempo de sentarse a pensar a veces lo que les pasa y qué quieren de ellos y qué son y qué entienden y por qué son así o, un montón de preguntas que capaz que nosotros nos hemos hecho, bueno, nosotros que hemos

hecho terapia más todavía pero digo, que la gente a veces tiene un espacio para poder hacérselas no solo en terapia sino en su vida, preguntas mas existenciales y capaz gurises que han estado todo el día en la rueda, en la rosca, cosas, como que no... que también va por eso de tener ciertas cosas aseguradas entonces yo me puedo sentar a pensar bueno ¿qué espero de mí, por qué me está pasando esto? ¿no?. ¿Por qué?... no sé, de lo que traigo en mis genes y de mis familiares, o de mis progenitores hasta lo que yo espero de mis hijos porque muchos gurises acá tienen hijos también y ¿qué espero de ellos y qué les puedo aportar? Entonces me parece que les da ese tiempo o ese espacio de reflexión que es lo primero. Y que también lo vemos en los gurises que no logran hacer esa básica de reflexionar y sentarse a pensar sabemos que después el funcionamiento, o la evolución no va a ser la mejor o bueno, o los gurises van a necesitar siempre como una contención especial ¿no? Gurises con bajo nivel ya hemos visto, o con esquizofrenia bastante complicas que no tienen esa posibilidad de... de pensarse así pero la gran mayoría yo creo que hacen cambios y hacen procesos, se sientan, se piensan, se angustian, se preocupan, se... se arrepienten, en muchas cosas, capaz que en otras no pero, y ahí es donde me parece que aparece el cambio cuando uno empieza a ver todo esto... Y poder sacar algo positivo en el sentido de entender que eso no lo van a modificar porque acá magia no hacemos y nada de lo que pasó se va a cambiar pero sí se trabaja desde ahí, lo que ya hicimos no vamos a cambiar nada, vamos a cambiar de acá para adelante y me parece que es por ahí los cambios. Y siempre son graduales y siempre son con idas y vueltas ¿no? No es nada lineal es como capaz una semana bien y adelante y una semana para atrás. En esto de los tratamientos nada es como muy lineal siempre es para adelante y para atrás.

A: Me decías hace un ratito en esto de lo importante que es la estabilidad y la estructura, me hablaste específicamente de la medicación, de este porcentaje de gente que por ahí no toma la medicación por no tener esa estructura que lo habilite. En ese sentido ¿pensás que hay cambios también en los usuarios después? Estando acá está esa estructura, una vez que salen ¿te parece que eso se puede sostener?

IC4: Y yo trato de... pero ya de mi rol de psiquiatra como de hacer hincapié, porque viste vienen con mucha expectativa con respecto a la medicación ¿no? Si me puedo ir sin nada de medicación es la clásica pregunta. Esquizofrénico, ¿me puedo ir sin medicación? Y no, seguramente no. A no ser (se ríe) que alguien descubra la cura en estos días y que esté alguna pastilla que cure la esquizofrenia sino vas a tener que hacer un tratamiento seguramente que dure toda la vida. A veces aclarar esas cosas de la medicación. Los estabilizadores en muchos de ellos van a tomarlo durante mucho tiempo. Y, nada igual yo creo que también es parte del tratamiento tener un poco de

conciencia porque muchas veces esa poca adherencia en el afuera a la medicación es porque a veces no entienden por qué la están tomando o cuál es el objetivo o si, también a veces vienen con el tema de la polifarmacia, vienen tomando mucha medicación con efectos molestos porque la sedación muchas veces es muy molesta ¿no? Entonces estás todo el día como para abajo porque están sedados entonces, son cambios que yo trato de hacer también en el correr del tratamiento de sacar por lo menos la mayoría de los gurises logro bajar bastante porque en esa seguridad y estabilidad también logras mejorar muchos aspectos que te permiten sacar mucha medicación. Todo lo que es, yo que sé...medicación para dormir también si vos vas a un entorno de tranquilidad, el gurí tiene una cama, se puede balar, se acuesta en un horario... se da toda una higiene del sueño que capaz en su casa o donde vivía no se daba y eso también porque permite hacer movimientos buenos con respecto a la medicación. Pero es importante y yo creo que muchas veces explica el mal funcionamiento afuera y la diferencia. Porque a veces estar en un residencial y estar afuera, si vos lo pensás así, ¿qué cosas vos garantizás seguro? Es por ahí. Después ta' tenés el espacio terapéutico pero no todos lo aprovechan y a veces el que no lo aprovecha igual le va bien. Entonces, vos también tenés que pensar que hay aspectos que no dependen tanto de los técnicos sino de la estructura que hace su efecto y el movimiento. Que también es para pensarlo ¿no? ¿Qué tanto de nosotros hablando cambiamos y qué tanto cambia tener un plato de comida, una ducha? Y alguien que me diga `vo' esto está bueno, hay que hacerlo, vamos a hacerlo', que me ordene la cabeza que afuera nadie me ordenó. Yo creo que un conjunto de todo obviamente, y va a ser muy difícil poder separar qué me da más resultado que no, también lo tengo claro pero igual me parece que hay diferencia.

A: Está buenísimo esto que me decís porque tiene que ver con el objetivo de la investigación. Tratar de conocer a partir de lo que los usuarios egresados plantean ¿no? Identificar cuáles son esos cambios subjetivos. La diferencia entre lo subjetivo y lo psíquico tiene que ver con algo que dijiste que ahora te voy a preguntar un poquito más de eso. Pero esos cambios subjetivos que ellos identifican a partir del tratamiento porque es esto que decís vos capaz que tiene que ver más con una cama caliente y no con todo lo que se le habla.

IC4: ¡Claro! Lo que pasa que con gente tan carenciada trabajamos en general, digo hemos tenido familias que han tenido como posiciones económicas más... digo, mejores sin tanto problemas pero la gran mayoría tiene problemas económicos y socioculturales, yo que sé. Entonces me parece que a veces nosotros logramos darle ese mínimo, que estaría bueno que todos lo tengan afuera también pero sabemos que no tienen, entonces a veces también es difícil ver eso porque hay gurises acá que no tienen la

alimentación que tienen acá, que no tienen las instalaciones que tienen acá, que no tienen... Entonces eso tampoco podemos ser ajenos. Eso tiene un movimiento en los gurises. Y hay que tenerlo en cuenta. Y muchas veces en la adhesión al tratamiento también puede tener que ver esto ¿no? Por eso, no sé. Son como muchas cosas.

A: Mencionabas hace un rato que hay muchas expectativas de los usuarios cuando llegan a raíz de lo farmacológico, de la medicación, y decías que una clásica es el irse sin tomar medicación. ¿Aparecen otras expectativas?

IC4: No, esa es la principal, como dejar la medicación o entender que yo voy a estar bien cuando no tenga que tomar medicación, o a veces en esto de la conciencia de enfermedad con respecto a la patología psiquiátrica también, a veces pensar que todo es culpa del consumo, ta que si yo dejo de consumir se me va a ir, entonces eso es importante aclararle que la esquizofrenia no me surgió por el consumo, tampoco. Si bien hay investigaciones que dicen que puede adelantarse, aparecer síntomas antes, pero nadie puede asegurar que porque yo consumí, un consumo problemático me surgió una esquizofrenia, eso no, nunca lo va a decir nadie ¿no? Pero pueden aparecer síntomas o ser más difícil su tratamiento pueden ser diferentes las características pero es una enfermedad que está ahí y que cuando se vaya el consumo, si se logra trabajar sobre eso y la persona decide no consumir más, va a estar ahí. Seguramente con una mejor evolución, con un pronóstico mejor pero no va a dejar de estar ahí. Después también lo que tienen trastorno del humor o impulsividad, empeora realmente la impulsividad y el trastorno del humor con el consumo pero no significa que porque yo no esté consumiendo no vaya a tener trastorno del humor o no vaya a tener impulsividad ¿no? Ni hablar el bajo nivel intelectual puedo dejar de consumir pero no va a haber grandes cambios en mi nivel. Si bien nosotros hemos visto gurises que dejan de consumir y que a veces el bajo nivel es más porque no han tenido gente que los... más por falta de estimulación que por otra cosa, pero ta. Y no va a modificarse eso. Entonces, de esa misma manera mucha medicación o alguna medicación que siempre va a tener que mantenerse, o por lo menos en esta etapa, nunca se sabe para adelante, yo que sé, después se irá viendo, cada uno tendrá su seguimiento pero en una primer instancia. Lo que si trato de ser claro es lo que sí vamos a sacar, vamos a sacar los sedativos, la medicación para no dormir pero esto no lo vamos a sacar. También para jugar con las cartas sobre la mesa ¿no?

A: Si. Entonces en esto de las expectativas, en realidad sí se hacen ajustes...

IC4: Ajustes siempre hay porque además los gurises vienen de situaciones de agudeza en general o de internaciones en centros psiquiátricos y ahí la psiquiatría funciona

mucho en la medicalización, las situaciones agudas se medicalizan mucho. Entonces gurises que toman pila de medicación porque llegaron, estaban en una desintoxicación, no podían dejar de consumir, estaban recontra alterados, venían mucho tiempo sin tomar su medicación habitual entonces ahí también se utilizan dosis mayores que después con la estabilidad vos podés modificar bastante. Pero eso por las características del centro que siempre vienen los gurises, el gran porcentaje vino de otras instituciones psiquiátricas en su mayoría ¿no? O salas de psiquiatría, hospitales psiquiátricos entonces ya de por sí vinieron muy medicalizados. Algunas experiencias tenemos de que vienen de la casa o estaban esperando en la casa. Pero también en general vienen bastante medicalizados porque también tenían internaciones previas y después terminaron en la casa más por un tema de organización y de esperar un lugar para empezar. Pero se ve sí que la medicación es como... y es la máxima preocupación porque a veces también todo el estigma que tiene tomar medicación que lo traen ellos gente joven, son gurises jóvenes que tienen que tomar medicación, también sabemos que a los jóvenes les gusta poco tomar medicación o sentir que necesitan medicación para sentirse bien y a veces también o lo ponen en el mismo nivel del consumo ¿no? `Mirá yo cambié una droga por otra´ que te dicen ¿no? `Mirá antes consumía esto y ahora´ Entonces uno trata de explicarle que esto pasaría a hacer un tratamiento y lo otro no... Es difícil a veces explicarlo ¿no? (Se ríe) Pero ta es real `mirá todas las pastillas que tomo ahora para no consumir.´ Y ta a veces uno va por las consecuencias, pero esta pastilla, vos salís a robar o tenés un millón de quilombo por esta pastilla seguramente no, por lo otro no. Entonces por este lado vos le mostrás la diferencia, pero en realidad son drogas las dos y ellos lo tienen claro.

A: ¿Ha pasado alguna vez que estas expectativas de ellos de no tomar medicación alguna vez se cumple? ¿Te ha pasado alguna vez?

IC4: Y si ha pasado pocas veces pero ha pasado...

A: ¿Lo podés asociar en esto de que hoy diferenciabas tres grandes grupos, en relación a los diagnósticos?

IC4: Lo que pasa que el que tiene diagnóstico de esquizofrenia, que tiene certificado el diagnóstico somos realistas de que no va a poder. Podrá estar un tiempo sin antipsicótico pero sería iatrogénico en realidad o sería una mala praxis que no tenga un antipsicótico de sostén por más que se sienta bien. Después con los trastornos de la personalidad y hemos, yo recuerdo de gurises que se han ido sin medicación que han venido con estabilizadores que vos ves que no son muy impulsivos o que la impulsividad tenían mucho que ver o los cambios del humor tenían mucho que ver con el consumo y

se mantuvieron estables. También esto al tener procesos más prolongados te da tiempo de irlo viendo, le saco el estabilizador y lo veo, a las tres semanas veo que anda bárbaro y le saco el otro y vemos, y si vemos que se empieza a poner picante también nos da esa posibilidad los procesos largos. Y otra cosa que ellos no acceden afuera pero por un tema de dificultades y mas que ya tiene salud pública que a veces no tienen un psiquiatra de cabecera o tienen un psiquiatra pero lo pueden ver cada tres meses ¿no? Yo si bien a veces no soy prolijo con las historias pero los veo a los gurises y los conozco y la parte farmacológica la voy repasando semana a semana cuando hago las indicaciones entonces es como algo que tengo muy presente y puedo ir haciendo ajustes ir esperando cambios que afuera a veces no logran hacer entonces capaz que un gurí que se va con la medicación que se va hoy seguramente va pasar, no para siempre porque es mucho, per mucho tiempo porque el psiquiatra lo va ver cada tres meses, le va preguntar cómo está y si está bien no va hacer movimientos para ver si le puede sacar algo, `ah está bien con esto que siga´ ¿no? Funciona un poco así la cabeza afuera también en la policlínica y eso, `ta anda bien con esto no le voy a tocar nada´. Porque además no lo puedo ver a la otra semana a ver si cambié algo y cambió. No, lo voy a ver a los tres cuatro meses. Entonces a veces jugás a lo seguro. Ta si anda bien acá. Pero acá nos da la oportunidad esa de ir modificando y tenemos alguna experiencia de gurises que se han ido sin medicación. Tenemos alguna experiencia de gurises con duda también de diagnósticos ¿no? En esto de, a veces un gurí qué pensás qué va a tener que tomar, porque tiene una esquizofrenia, toda la vida antipsicóticos nos ha pasado bueno probar algún movimiento para verificar diagnósticos también. Que a veces han salido bien, a veces han salido mal.

A: Hoy mencionaste algunas características que no cambian. Que los relacionabas con esto más estructural el diagnóstico, ¿con qué tiene que ver esto de lo que no cambia?

IC4: Y tiene que ver con eso con la estructura, con los diagnósticos ¿no? hay cosas que son para siempre, o para mucho tiempo, no sé si para siempre pero sí. Y que la medicación no modifica, digo modifica conductas y síntomas pero no modifica la estructura entonces... si tenés un diagnóstico de esquizofrenia y es un diagnóstico que está bien hecho puede estar sin síntomas y es lo que se busca y es lo que busca la farmacoterapia y la terapia general pero va a estar ahí.

A: Así que bueno desde tu formación como psiquiatra, como médico psiquiatra si entendés que esto de lo estructural no se puede cambiar... por lo menos no a corto plazo decías recién.

IC4: Si, no a corto plazo y no las cosas que tienen que ver más con... no sé con el eje uno (se ríe) ahí ya me voy más a la psiquiatría más dura... (A: Ah bueno pero contame.) No no la psiquiatría es como que se trata de marcar como en ejes diagnósticos y hay algunas cosas que son como estáticas ¿no? Bueno ta, yo tengo un diagnóstico de esquizofrenia y eso no lo voy a modificar, puedo modificar otros ejes qué tienen que ver con mis estresores con cosas más de la salud médica que yo puedo modificar porque puedo mejorar este... puedo mejorar cosas con respecto a mi... a mi forma de vincularme o a la forma de comunicarme ¿no? cosas así que se pueden. Pero después el eje uno como que es... no se cómo explicarlo es como la base o el, eso lo más profundo de mi estructura no sé como mis cimientos entonces eso está ahí esas cosas me las voy a poder modificar. Si tengo un trastorno del humor grave y bueno, capaz que puedo estar estable mucho tiempo pero, pero no deja de estar ahí. Si tengo una esquizofrenia puedo estar estable mucho tiempo, siempre va a depender de muchas cosas ¿no? De que haga tratamiento, de que tenga una vida saludable, de que no consuma tóxicos, yo que sé...

A: ¿Mencionaste salud médica recién a que te referís con eso?

IC4: No eso, controles y otras medicación yo que sé, que tengan que ver con cosas médicas, hipertensión, diabetes, colesterol, yo que sé, otras cosas que a veces no tenemos en cuenta nosotros porque tenemos una población muy joven pero también las personas más grandes deberían.

A: Ya algo me mencionaste hoy, me fuiste contestando pero te lo pregunto por si te surge alguna otra cosa. ¿Por qué consideras que hay características que cambian? Me hablaste de la estructura, de la estabilidad, de todo esto. De esto que sí cambia, ¿qué te parece que hace que cambie? ¿Qué cosas del tratamiento inciden en estos cambios para que se den?

IC4: Y... y cambiar, tiene que cambiar en el sentido que si hay un proceso tiene que haber un cambio si no como que no hubo proceso. Y nosotros los vemos día a día los cambios. Yo creo que son pocos los gurises que logran hacer procesos y no hacen cambios, alguno con más intensidad que te sorprenden, que vos decís, `vo` mirá este pibe es otro', y hay otros que es muy moderado o leve pero me parece que movimientos hay. Es necesario además porque, en la evolución el que no hace cambios así como, no sé si radicales pero sí movimientos grandes... no sé capaz que es como más personal, en sí todo es personal (se ríe) no digo pero más como, no sé... me parece que... es complicado el tema del consumo me parece ¿no? O por lo menos nosotros estamos acostumbrados a ver gente complicada con el consumo, muy complicada.

Entonces yo creo que ninguno que no haga grandes movimientos no va a lograr una estabilidad y que se la mantenga en el tiempo. Porque yo puedo hacer cero movimiento y salir y especular con eso, bueno hice un tratamiento, no sé qué, pero si yo no hice, en realidad, también en general se manejan, la gente vuelve al mismo medio, son pocos los que hicieron un tratamiento y después se van a ir a otro lugar diferente o van a cambiar de trabajo ¿no? En general el afuera es muy parecido al del momento complicado entonces si el cambio no fue muy interior y muy de la persona, va a ser difícil sostenerlo después afuera. Porque el afuera en general es muy muy parecido o, a veces cuando la familia está muy comprometida puede haber más en el entorno capaz más en el núcleo si cambios también, que también obviamente son importantes pero después el barrio va a ser el mismo, la movida de la vuelta va a ser la misma. Muchos ta', hacen movimientos, hacen en esto cambios importantes, de cambiar los amigos, los compañeros ¿no? Que hay gurises acá que te dicen que no lo van a hacer y ya sabes que les va a ir mal porque si yo me sigo juntando con la misma gente, es probable que sí, que vuelva a lo mismo. Entonces, a veces yo veo por ahí el tema de los cambios que son los que te van a garantizar realmente el afuera, una fuera distinto.

A: O sea que tiene que ver con cambios profundos, con este compromiso de hacer cambios profundos a nivel personal, del usuario pero también importante los cambios afuera.

IC4: Claro porque esos cambios profundos te llevan, porque si vos cambiaste realmente Y tienes otras expectativas de tu vida y otros intereses, afuera vas a tener que cambiar porque el afuera tuyo era muy diferente, era juntarte con gente que estaba en la misma que vos. Entonces ya esos movimientos de bueno `ta' con este pibe no me voy a juntar más porque yo tengo otras expectativas de mi vida y tengo otras, o tengo otros proyectos ahora que no van de la mano de esto' entonces ahí... Este, que también es difícil ¿no? Porque también, en tu barrio, con gente a veces que te vinculaste hace muchos años porque ninguno acá viene que consume hace tres meses, la mayoría consume hace muchos años ¿no? A veces, hemos tenido gurises acá que han estado más de la mitad de la vida consumiendo ¿no? Entonces es como, por eso yo creo que... pero también ellos lo entienden así o por lo menos yo trato que les quede claro ahí, que los movimientos son mas allá de acá, porque acá también lo repito varias veces con ellos, acá es muy fácil dejar de consumir, acá si el objetivo es ese digo dejar de consumir, acá es facilísimo. La mayoría de ellos logra dejar de consumir acá adentro. El tema es afuera. Y yo creo que va por ahí, en esos movimientos grandes, internos y con el afuera.

A: En esto hoy mencionabas también que en esta diferencia de lo que cambia y no cambia está esto de la estructura, de la personalidad esto como lo más duro, los

cimientos que no cambia, pero sí hay como otras características que puede cambiar que si pudieses como enumerar algunas de esas que has observado, a partir de tu experiencia acá, que sí cambian.

IC4: Y primero, como el autoestima y el amor propio ¿no? Algo que tenga que ver con 'bueno, yo quiero ser algo diferente'. Son gurises que vienen muy baqueteados también en eso ¿no? Como muy dolidos. Porque también a veces yo que sé, al que no pasó por eso cuesta imaginarse pero una persona que vendió toda su ropa para consumir, que se metió en líos, que violento a otras personas ¿no? Porque muchos de ellos tuvieron que robar, o rapiñar, o que violentó a su propia familia, o que... Entonces, yo creo que eso es como, como tocar fondo ¿no? Por lo menos muchos de estos gurises tocaron fondo y yo creo que los cambios que sí pueden hacer es recuperar su autoestima y sentirse que bueno que son personas que pueden... sentirse bien con ellos mismos. Me parece que ahí, el primer movimiento va por ahí, como levantarlo ¿no? Yo siento que vienen como en el piso y bueno ta' lo levanto y le muestro que vale la pena también, en esto porque afuera a veces es difícil imaginarse que valga la pena hacer. Porque el consumo no deja de ser un momento de placer para ellos, si bien trae atrás un montón de quilombos y cosas pero capaz que es el momento de placer del día, pude dar una pipazos y capaz que de las veinticuatro horas fueron quince minutos que lo pude disfrutar y me sentí bien. Y después es una desgracia atrás de otra. Entonces a veces no entender que hay atrás de ese consumo que buscan algo que no lo están encontrando por ningún otro lado y me parece que es parte de esos cambios nosotros poder mostrarle, bueno capaz que no lo podés vincular a un pipazo, también entender eso que ese placer inmediato y muy intenso es muy artificial y que es difícil o imposible de sostener. Pero bueno capaz que es el único momento. Entonces capaz que con placeres chiquitos que vos le puedas dar por otros lados, en distintas cosas y en esto vuelvo a lo de la estructura ¿no? Dormir en una cama caliente es un placer, con una sábana limpia o dormir en, comer todos los días, tener las cuatro comidas, tener un momento de dar la tele un programa que me guste o escuchar un tema que me guste o tener acceso a una computadora o tener acceso a un educador que me contenga cuando me siento mal o un montón de otras cosas que también te puedan dar placer o bienestar y que empieza a borrar un poco ese placer tan artificial, no porque esto no sea artificial, pero es artificial en otro sentido ¿no? Y no los meten en tantos problemas.

A: Me estás nombrando justo algunos aspectos del tratamiento que inciden en los cambios, ¿se te ocurre algún otro? Hablaste de la estructura, me hablas ahora de los educadores...

IC4: Yo hablo mucho de la estructura porque es como lo más objetivo. La estructura es recontra objetivo, es esto esto, después depende de cada usuario lo que le puedas sacar de provecho a las otras instancias que son más subjetivas, a los encuentros terapéuticos ni hablar, que tiene que ver con la subjetividad. Hay gurises que seguramente no le ven provecho, no le sirve o no llegan a profundizar porque no se abren o porque son muy desconfiados porque también. Y bueno y después el contacto con los educadores, la forma de vincularse hasta con otros usuarios porque a veces puede ser también muy buena. Pero sí, yo creo que los educadores en eso es como el principal cambio, tener una referente, un adulto en general ¿no? Aunque los gurises que están viniendo ahora son bastante adultos también, capaz que antes era más, se notaba esa diferencia de gurises más adolescentes y tener un adulto referente estable que muchas veces en la casa no había un adulto, con los límites claros, con un montón de cosas que debería tener que no las tuvo y que marca mucho de las características desde adolescente después también. Pero esa seguridad, ese acompañamiento y... más que nada eso como tener la escucha y la referencia. Me parece que eso, que también depende del usuario después si lo va a usar o no. Sabemos que hay usuarios que pasan muy desapercibidos y que son recontra perfil bajo y que nunca piden nada y hay otros gurises que son muy demandantes y algunos que aprovechan más los espacios porque se piensan mucho más y otros que en general te hablan de cosas más superficiales. Pero, pero obviamente que eso hace también al tratamiento de cada uno. Y en esos cambios en general yo creo que los que más profundizan en los espacios terapéuticos y en los encuentros con otras personas son los que pueden hacer esos movimientos de los que hablamos hoy, más a largo plazo y que más perduran.

A: Hoy me trajiste algún porcentaje, alguna estadística. Más o menos, según tu opinión, ¿cuánto crees que se sostiene afuera? En la experiencia de si vuelven o no, no sé en esto que decís de lo que se puede sostener o no, más o menos ¿cuánto te parece? Si tuvieses que hacer como un pronóstico de cuánto se puede sostener.

IC4: La minoría son los que hacen cambios ¿no? La gran mayoría yo creo que, o por lo menos a veces también depende de los procesos que tengan ¿no? También nos ha pasado de gurises que han pasado varias veces y que también ves la evolución y que ves que a medida que tienen más procesos arriba hacen como más cambios o por lo menos... me parece que los que han vuelto o lo que han tenido... dentro de sus posibilidades ¿no? Tenemos gurises que ves que vuelven y que a veces están peor, pero por un deterioro también, propio de su enfermedad muchas veces, mental y por no haber podido sostener cosas básicas como tomar la medicación y por seguir consumiendo obviamente. Pero es como, sí yo creo que el porcentaje es bajo y a medida

que vayan a veces haciendo más procesos. A veces también tiene que ver con la edad, hay gurises muy jóvenes que vos ves que le va a faltar mucho o que están muy inmaduros en esto que a veces decimos que están muy verdes para hacer el tratamiento o que no, realmente no. A veces el consumo tampoco ha tenido las consecuencias que sí ha tenido en gurises mas grandes que le ha generado realmente consecuencias graves en sus vidas y también obviamente eso se ve en la decisión de cambiar eso. Pero yo creo que el porcentaje es siempre menor.

A: ¿Cómo es esto de la presencia de la inmadurez en relación a la posibilidad de cambios?

IC4: No y tiene que ver con algo obviamente mismo de la forma de pensarse, obviamente no le puedes pedir lo mismo a un pibe de 15 que a uno de 30 y también por la cantidad de experiencias que tenga. Un chico de 15 capaz que puede estar complicado del consumo pero a veces son consumos de poco tiempo, a veces son meses o a veces algún año. Entonces las consecuencias de ese consumo no son tantas como para, a veces el motor de cambio o lo que realmente te dice tengo que cambiar es porque miras para atrás y ves un desparramo de cosas ¿no? Entonces no es lo mismo el desparramo de tres meses que estuve haciendo cualquiera, un verano que se me fue de las manos que 10 años ¿no? De desparramos y de no lograr nada. Entonces no...me parece que eso tiene que ver. Y también los procesos previos porque a veces los gurises sólo tuvieron esos espacios para poderse pensar en tratamientos o internaciones. Entonces también los que tuvieron más momentos, porque a veces también que difícil acceder a una psicoterapia afuera. Entonces también a veces decís este pibe los únicos momentos que pudo hacer una psicoterapia fue cuando estuvo internado después o estuvo afuera o no lo pudo pagar o no lo pudo sostener o simplemente no existía el recurso. Entonces también a veces nosotros esperamos de los gurises afuera movimientos o otros cambios que tampoco les estamos dando las herramientas y se van con lo que se llevan puesto de acá pero después también la realidad afuera es otra Y a veces también la adaptación a esa realidad, al no tener un acompañamiento, que eso también podría hacer una crítica o algo pensado de mejorar ¿no? Poder garantizar un acompañamiento por lo menos hasta seis meses en el afuera o tres meses o no sé, lo que se pueda pensar por lo menos poner espacio psicoterapéutico para poder trabajar así como trabajé acá en Chanaes sobre los conflictos de la diaria y la dinámica el día, en algo muy armado y muy estructurado, y el afuera que es mucho más caótico, más necesita es acompañamiento de poder ordenarme un poco algo que venía tan ordenado como muy grande el cambio ¿no? Dejo de tener una vida muy ordenada y una psicóloga o un psicólogo atrás, para después

pasar a un espacio donde está mucho más desordenado y no tengo ni un momento en la semana para poder sentarme a pensar 'bueno, es por acá, es para allá o qué estoy haciendo o qué quiero hacer'.

A: Hay una falta ahí en el sistema (IC4: Sí yo creo que sí) por lo menos en la red, en la Red Nacional de Drogas, en relación a eso.

IC4: Sí, yo creo que el pronóstico se va a medir ahí, en el afuera Y en esos primeros meses seguro porque también la frustración es grande de salir, de tener muchas expectativas, de venir de no sé qué y encontrarme con un lugar totalmente diferente y qué a veces es como '¡ah vuelvo a empezar! No estoy consumiendo pero vuelvo a la misma casa, al mismo barrio, el mismo no sé qué'. Entonces a veces un acompañamiento no sé, me parece un acompañamiento ahí con ese shock que es el primer tiempo de la nueva adaptación en el afuera, me parece que sería re valioso tener es acompañamiento.

A: Última pregunta por ahora. ¿Qué es esperable que aparezca en los procesos de tratamiento?

IC4: Y esperable que aparezca... Y crisis, no sé cambios, angustias. Digo en esto si los cambios son profundos y son como sacudones ¿no? Tiene que sacudirte un poco de todo esto. Las historias en general son bastante complicadas y los gurises tienen mucha cosa para trabajar. El general antes del consumo, el consumo siempre termina siendo un condimento de una historia horrible ¿no? Que la mayoría de las veces ya viene de antes con... con abuso, con abandono, con negligencia, un montón de cosas que el consumo termina haciendo ahí, pero me parece que tiene muchas más cosas para trabajar la mayoría de los gurises que llegan acá. Y en esos movimientos si son reales va a haber angustias, va a haber malestar, va a haber crisis, por eso te digo, necesarias ¿no?

A: Te voy a hacer una pregunta de yapa, que no está en los planes pero te la voy a hacer ya que estamos y veré después si amerita o no usarla porque es un terreno escabroso en el cual pensé que me iba a meter en la tesis al principio Y después eché marcha atrás. Por eso no apareció antes y te la voy a hacer ahora. ¿Qué concepción tenés de patología dual? ¿Qué pensás vos? En este terreno que tenemos muy controvertido entre patología dual, lo comórbido, un término muy nuevo que todavía no está muy claro, que no existe en los manuales diagnósticos, ¿cuál es tu concepción?

IC4: Y en general dentro de la psiquiatría la comorbilidad y la dualidad van como, a veces se nombran hasta indiferentemente, no se pone como un... Nosotros que trabajamos en esto vemos que hay como una interrelación y no son como dos cosas

separadas simplemente. Yo creo que la mejor definición de dualidad es eso de son dos cosas pero a la vez están conectadas de cierta manera que no son... Porque la comorbilidad es también tengo diabetes y tengo colesterol ¿no? Pero acá va más porque tiene que ver con cosas más, en eso más de la estructura y muchas veces esa estructura también puede ser causa y consecuencia del consumo, entonces por eso es como mucho más, más escabroso seguramente. Y en algunos gurises es como más marcado una dualidad y en otros más marcado una comorbilidad, que decís, no, esto es una comorbilidad. A veces tiene que ver hasta con el tiempo, un chico que tiene esquizofrenia y a los 30 años empieza a consumir vos decís bueno pero esto es una comorbilidad porque en realidad venía hace 10 años que es esquizofrénico y nunca consumió y ahora, yo que sé, porque se vinculó con gente que consume se ve que está consumiendo pero no es como que. Pero gurises que a veces empezaron enseguida hasta las dos cosas al mismo tiempo, porque muchas veces también en esto de la dualidad nos da hasta en el bueno, empezó consumir Y empezó con síntomas psicóticos Y se dio todo, se termina dando el diagnóstico ¿no? A veces el diagnóstico de esquizofrenia y trastorno por consumo en el mismo momento, buen este pibe tiene un trastorno por consumo pero también tienes una esquizofrenia Y todo aparece junto Y los síntomas están recontra entreverados Y bueno hemos visto gurises hasta mal diagnosticados. Vienen por eso, en ese entrevero y en eso tan embarrado que no sabes qué es una cosa qué es otra, pero es complejo. Igual, no sé, yo trato a veces de no ponerme exquisito con las definiciones porque después cuando lo traes a lo terapéutico y al tratamiento, no sé si vos manejas distinto, vos te enfocas en el usuario y no te interesa tanto si... Es un usuario que tiene tremendo problema con drogas y tiene un consumo y digo, tiene una patología psiquiátrica y después no sé, las características de esa patología psiquiátrica y qué tiene que ver con el consumo y qué va antes y qué va después, ya no te interesa tanto porque vos tenés el ahora, que es esto, está pasando esto y esto. Porque a veces también te metes en definiciones, o tratar de ver bueno esto es... Yo que sé, pero me sirve a lo práctico realmente me hace la diferencia si yo digo `ah no, eso es patología dual y voy a hacer esto y si es comorbilidad hago esto otro´. Capaz que no, hago lo mismo.

A: Te iba a preguntar eso ¿pensás que los tratamientos serían diferentes?

IC4: No, yo creo que sería más difícil la patología dual por eso, por esa interrelación y eso tan entreverado que lo hace más complejos o más difícil pero, pero el abordaje es el mismo. Vas a usar los mismos fármacos y después vas a hacer, no sé, no es que vas a hacer algo muy diferente. Por eso digo a veces llegar ese diagnóstico, ah no, esto es patología dual, como que se puede abrir una puerta diferente a un montón de cosas y

no es así entonces me parece que sí saber que más complicado por eso mismo, se da más como una entereza lo pienso yo lo dual. Como una cosa que no queda tan claro que es parte de psiquiatría que es parte del consumo, pero más como conceptual después me parece que lo práctico no hace tanto la diferencia. Sí saber que el pronóstico capaz va a ser peor y va a ser más difícil pero después en el ahora...

A: Decías recién algo que tiene que ver con los diagnósticos, con los malos diagnósticos. En ese sentido ¿cómo se manejan los tiempos desde la psiquiatría, desde tu rol? Porque me has hablado de los procesos largos que se hacen en el centro, de usuarios que viene con procesos previos, o a veces desde sus casas con alguna excepción que nombraste por ahí. Y bueno en estos ajuste de la medicación, en todo el combo de todo esto que me fuiste mencionando, cómo manejás vos esto del tiempo. También me dijiste, bueno capaz que ajusto un poco la medicación para verificar un diagnóstico o no, ¿ahí en esto cómo se maneja? Si bien me decías recién que poco importa...

IC4: No, igual yo creo que el tiempo en la psiquiatría es vital porque como nosotros nos manejamos con la clínica, como no hay estudios, yo no te puedo sacar sangre y ver si sos esquizofrénico, tengo que verte, conocerte, ir viendo adelante. Entonces en eso la posibilidad de tener procesos prolongados te da mucha más certeza. Entonces yo creo que a veces los malos diagnósticos o los diagnósticos apresurados, tienen que ver con eso con poco tiempo, internaciones, con situaciones agudas, con mucha mezcla ¿no? Gurises que tienen una intoxicación, psicosis tóxica. O bueno es una esquizofrenia o es una psicosis tóxica. Es una psicosis tóxica en un esquizofrénico. No es ninguna de las dos, son las dos, entonces... Pero ta', también entiendo la inmediatez de las internaciones en agudo que vos tenés que tomar decisiones en el momento y hacer diagnóstico presuntivo o no, pero también de momento. Entonces yo termino de entender en esa situación vos hiciste el mejor diagnóstico que podías. Pero ta` después me parece que como es parte del proyecto rever los diagnósticos y poder cuestionarlos. La mayoría viene con diagnósticos claros porque además hay algunas cosas que vienen de antes Y a veces una persona tuvo tantas internaciones por esquizofrenia que ta` ya tenés claro que es un diagnóstico esquizofrenia más allá del consumo o no consumo. Pero el tiempo nos da una gran mano en ese sentido. Que a veces también los procesos cortos o gurises que se van que a veces vos decís, éste gurí no me queda bien claro y se fue a los tres días y te quedaste con la duda. A veces también la frustración nuestra va con gurises que entendés que podrías haber hecho más desde otro, porque a veces también tener un diagnóstico claro te va ayudar mucho en el tratamiento. Entonces ya partir de un diagnóstico que no es claro, ya te está limitando. Entonces a veces con

gurises que vos ves que el diagnóstico no es claro lo que precisás ahí es tiempo, pero a veces los gurises no te dan el tiempo que vos querés.

A: A eso mismo iba, a preguntarte cómo en esos casos, en relación al buen diagnóstico o al mal diagnóstico, ¿cómo incide en el tratamiento acá? Más allá del tiempo, o más allá de todo esto que me contabas recién de los ajustes, de verificar. En el caso por ejemplo que llega alguien que en realidad te das cuenta que el diagnóstico no estaba tan acertado, y bueno de repente no era la dualidad o no era esquizofrenia. Ahí, dentro del tratamiento, dentro del centro ¿cómo se maneja esto? Entre el que sí vino con un diagnóstico acertado y va a estar tanto tiempo, ¿y el que no?

IC4: Y yo creo que te da más seguridad más certeza y... a la hora de hacer estos movimientos ya te digo que yo voy a la baja de mucha cosa. Si yo tengo claro qué diagnóstico tiene puedo hacer esos movimientos. Si yo tengo dudas no voy a ir por ahí. O a veces vas como con otros tiempos o tomando otros recaudos entonces. Yo creo que el diagnóstico es esencial para poder hacer un buen tratamiento. Porque vos partís de ahí, no solo la psiquiatría ¿no? En la vida. Partís de un diagnóstico para después hacer un proyecto o hacer un algo. Si no tenés claro después, es como la... como la salida, si no tenés claro dónde estoy parado, es como eso, dónde estoy parado, éste es mi diagnóstico ahora. Por suerte la gran mayoría son diagnósticos claros, no hay mucha, muchos problemas con eso. Son las excepciones, las excepciones y también siempre hay un fondo de... no sé si esperanza es la palabra, pero viste a veces vienen gurises con diagnóstico de esquizofrenia y vos decís, 'pa' este pibe no tiene un diagnóstico de esquizofrenia'. Y es como un diagnóstico fuerte, pesado, esquizofrenia una enfermedad recontra complicada, deteriorante, que evoluciona, que te genera un montón de cosas Y a veces vos decís ¿este pibe, no tendrá otra cosa? Pero eso ya a veces va mas por lo que te pasa a vos con el usuario, la expectativa que tenés y no sé, la esperanza de que no tenga una esquizofrenia, que a veces si está ahí un poco de fondo.

A: La fantasía de curación de los técnicos.

IC4: ¡Claro! La fantasía y las esperanzas que uno tiene. Y nos ha pasado. Son pocas pero nos ha pasado esquizofrénicos que se van sin esquizofrenia.

A: Y en esto, para este usuario en este ejemplo que viene con un diagnóstico que no es el acertado. ¿El tratamiento se hace igual o cambia algo? Una vez que vos verificadas que éste no era, ¿es para afuera o se genera, se hace algo distinto en ese sentido, cambia algo en lo concreto del tratamiento?

IC4: No. Nosotros en eso no. Porque en general eso te lleva tiempo también, no es que tampoco enseguida resolviste. Entonces son gurises que cuando más o menos vos

estás cerrando el diagnóstico llevan varios meses Y tampoco decís al final no era una esquizofrenia se tiene que ir de acá, vaya al Portal Amarillo. No lo vas a hacer nunca.

A: O sea que en esta especificidad del centro de patología dual no implica que En el caso de que lleguen personas que no cumplen como con esto queden por fuera del proceso.

IC4: No porque sería una maldad. `Ah mirá, descubrí que no, te tenés que ir porque no`. Es como espantoso (se ríe) estamos trabajando con personas, entonces ahí ya se genera un vínculo, un proceso que tiene más que ver, más allá de la enfermedad psiquiátrica que tenga o no, el problema de consumo seguramente lo tiene y que si él viene a hacer un proceso, a trabajar sobre eso no tiene sentido sacarlo.

A: No sé si hay algo más, algo que te haya quedado... Yo te hice un montón de preguntas más.

IC4: No, no se me ocurre. A esta hora de la mañana no se me ocurre nada. (Se ríe.)

A: Ya te despertaste. Bueno, muchas gracias. Cualquier cosa después hablamos de nuevo.

IC4: Suerte.