

ABORDAJES TERAPÉUTICOS DESDE EL ANÁLISIS DEL DISCURSO DE LA FARMACODEPENDENCIA

Cecilia R. Satriano*

Resumen

Uno de los objetivos de este estudio fue encontrar criterios que se adecuaron y que, a la vez, fueran empleados como mecanismos propios de los modelos de comunidad terapéutica, que permitieran evaluar la efectividad del tratamiento. La escogencia de este abordaje terapéutico se realizó con base en los resultados obtenidos en estudios previos que indicaron la efectividad del modelo.

El diseño del estudio contempló tres aspectos con el propósito de obtener resultados más amplios: 1) Estudio del modelo; 2) reconstrucción del programa; y 3) Indagación en los pacientes que han interrumpido su terapéutica. El estudio se realizó en la Asociación de Voluntarios para el Cambio del Drogadependiente (AVCD) que funciona en la ciudad de Rosario (Argentina) desde 1982. Se discute el abandono como fenómeno para evaluar el modelo de tratamiento y se plantean algunas conclusiones como una primera aproximación analítica al modelo.

Palabras claves: Comunidad terapéutica, modelo, abandono

Abstract

One of the main objective of this research was to find out some criteria which being suitable and, at the same time, used as appropriate mechanisms of the

Fecha de recepción: Diciembre 18 de 1998

* Psicóloga. Docente e investigadora de la Carrera del Investigador Científico, Facultad de Psicología. Miembro del Programa Interdisciplinario de Análisis de Datos, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. (E-mail: Satriano@Cyberia.net.ar.)

model of the therapeutic community, allowed the evaluation of the treatment effectiveness. The selection of the therapeutic approach was carried out based upon the results of previous studies which indicated the model effectiveness. The design of the research involved three main aspects aiming at obtaining more general results. They were as follows: 1) The study of the model; 2) Re - construction of the program; and 3) Investigation of the patients who have dropped the treatment.

The study has been carried out in the Association of Volunteers for the Drug - addict Change (AVCD) in Rosario (Argentina) an organization which has been functioning since 1982. The withdrawal as a phenomenon to evaluate the treatment is discussed. Some conclusions as a first analytical approach to the model are also proposed.

Key words: Therapeutic community; Model; Withdrawal

EVALUACIÓN DE UN MODELO DE ABORDAJE TERAPÉUTICO EN DROGADEPENDENCIA

1. Introducción

A partir de los resultados obtenidos en la indagación realizada acerca de los "Abordajes terapéuticos en drogadependencia",¹ se puso de manifiesto que dos de los principales problemas observados eran la falta de evaluación de los programas vigentes y las interrupciones o abandonos de los tratamientos. Por estas razones nos pareció importante realizar una evaluación de un modelo de abordaje, cuyas características permitiesen conocer la eficacia del tratamiento, pero en base al segundo de los problemas. Es decir, poder determinar la relevancia y efectividad de la terapéutica a partir de los casos registrados como abandonantes.

Los programas más convenientes para llevar a cabo este estudio fueron aquellos cuyos modelos de abordajes están basados en el enfoque de comunidad terapéutica, porque éstos están estructurados en base a un marco conceptual lo suficientemente amplio y con características muy sistematizadas, que permiten ubicar con claridad el inicio y el final del tratamiento.

En estas instituciones encontramos que a pesar de que el modelo de

¹ SATRIANO, C. (1996). Abordajes terapéuticos en drogadependencia. Representaciones acerca de las terapéuticas en el campo de las toxicomanías. Informe final PID/96. Universidad Nacional de Rosario.

comunidad terapéutica es de por sí un interesante dispositivo para evaluar el proceso y el progreso terapéutico, no se utilizan de manera efectiva los mecanismos que este abordaje brinda para realizar un verdadero programa de seguimiento, mediante el cual se puedan extraer algunos indicadores de la eficacia del tratamiento. Al respecto, lo que observamos fueron criterios de evaluación muy subjetivos y otros muy generales, en los cuales sólo se medía la adaptación de los pacientes al programa a través de su conducta y de su comportamiento.

Por otra parte, estas instituciones utilizan como criterios de la efectividad terapéutica algunas pautas empleadas en Europa: la disminución en el consumo de drogas, de los actos delictivos y el aumento de la productividad, ya sea en el estudio o en el plano laboral. Según el contexto actual de nuestro país, el tercer aspecto no puede ser un indicador válido, puesto que el mercado laboral se ha reducido considerablemente, lo cual ha dificultado la entrada en los lugares de producción a jóvenes con estas características.

Por esta razón, uno de los principales objetivos que llevaron a realizar este estudio fue encontrar criterios que se adecuaran y que, a la vez, fueran empleados como mecanismos propios de estos modelos terapéuticos, los cuales permitiesen evaluar la efectividad del tratamiento. En primera instancia, la búsqueda de las experiencias de los principales programas en este sentido fue de gran utilidad para conocer algunas normas de procedimientos. Pero esto no implicaba replicar esas experiencias, sino, más bien, encontrar caminos propios.

2. Algunos antecedentes en la evaluación de programas de tratamiento en drogadependencia

Las investigaciones acerca de la eficacia de los tratamientos en drogadependencia suelen estar basadas en estudios de seguimiento. Algunas de las preocupaciones actuales al respecto son poder determinar la efectividad de los programas y la eficacia de las terapéuticas, además de conocer las consecuencias de éstos en los pacientes.

En este sentido, existen importantes antecedentes de estudios que han investigado los cambios producidos por algunos modelos terapéuticos, entre los cuales encontramos indagaciones descriptivas, tales como las de Lexiton y Kentucky (1935), Riverside Hospital (1949), Guardia (1953), y otros que han utilizado observaciones transversales, como O'Donell (1964), Guar-

dia y González (1986), Bosch Ferriz (1985), en los cuales se ha podido detectar algunos indicadores que permiten evaluar los cambios producidos por el tratamiento².

Estas investigaciones posibilitaron, a la vez, incorporar ciertos criterios para la evaluación de los procesos terapéuticos que muestran la mejora de los pacientes. Uno de los indicadores más difundidos en todos estos programas de seguimiento es, sin lugar a dudas, la disminución del consumo de drogas. Sin embargo, encontramos que la eficacia de los tratamientos, descrita en esos estudios, tiene relación directa con las estrategias metodológicas aplicadas. Es decir, la principal meta es el cese o disminución del consumo, de ahí que los métodos terapéuticos que adoptan tienden a obtener estos objetivos.

Posturas más actuales, como las de Comas, Canón y Hernández (1991)², revelan que la eficacia depende de las respuestas que el paciente pueda dar al tratamiento, sobre todo teniendo en cuenta la conducta de éste durante y después de finalizada la terapéutica. Los programas de seguimiento y la metodología aplicada constituyen modelos de evaluación muy interesantes. Estas experiencias realizadas durante el año siguiente a la admisión mostraron que el tratamiento era eficiente, porque al cabo de ese tiempo los pacientes se mantenían en abstinencia.

En estos casos, los criterios para evaluar la eficacia se basaron en el cese del consumo sostenido en el tiempo. La aplicación del programa de seguimiento dio buenos resultados, pero esto se debió a que en la mayoría de las instituciones donde se llevó a cabo eran comunidades terapéuticas. En estos estudios se utilizaron algunos de los indicadores que forman parte del modelo teórico de abordaje, como es la abstinencia parcial o total a las drogas, lograda mediante la combinación de diversos recursos terapéuticos.

En este sentido, encontramos que a partir de los años 70 las comunidades terapéuticas se han convertido en un eficaz modelo de tratamiento para la drogadependencia porque, en primera instancia, brindan una mayor contención terapéutica, en base a la modalidad organizativa y de funcionamiento. Los estudios de Collier y Hijazi (1974)³, Pin, Martin y

² COMAS, D. y col. (1991). *Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica*. Madrid, Editorial Fundamentos.

³ COLLIER, W. (1974). A followup study of former residents of a therapeutic community. *A International Journal of Addiction*, 9, p. 805-826.

Walsh (1976)⁴ han coincidido acerca de los cambios y mejoras de los sujetos que han sido tratados con esta modalidad. Los programas de seguimiento, aplicados posteriormente a la alta terapéutica, demostraron que al cabo de un año de haber finalizado el tratamiento, estos individuos no consumían más drogas, o al menos habían variado sus conductas impulsivas.

Por su parte, O'Donnell (1964)⁵, Guardia y González (1986)⁶, Boch y Ferriz (1985)⁷, e investigaciones más recientes como las de Comas, Carrozi y Hernández (1991)⁸ corroboraron la efectividad del modelo de comunidad terapéutica aplicada en tratamientos de drogodependientes. Estos estudios plantean que el modelo comunitario terapéutico arroja un balance favorable en comparación con otras medidas de tratamientos de las toxicomanías, pues ha evidenciado que es efectivo como estrategia terapéutica (De León, 1984)⁹.

En general, el objetivo principal de estos tratamientos es la disminución o la abstinencia completa a la droga, y no solamente la desintoxicación médica, como lo hacen los programas del *National Institute on Drug Abuse*. Este efecto también es el resultado de la implementación de múltiples terapéuticas que se complementan, las cuales permiten además otros cambios de comportamiento y de actitudes, mediante los cuales se evalúa la efectividad de la terapia.

Otros de los criterios más utilizados para la evaluación de tratamientos en drogadependencia es la permanencia en los programas. Las estrategias de intervención que utilizan los modelos de comunidad terapéutica son organizadas y planificadas para conseguir que los pacientes permanezcan el mayor tiempo posible en el tratamiento, hasta producir modificaciones significativas a nivel de la subjetividad, además de cambios en el consumo.

⁴ PIN, E., MARTIN, J. y WALSH, J. (1976). A followup study of 300 ex clientes of drug free narcotic treatment program in New York city. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 3, p. 397- 407.

⁵ O'DONELL, J. A. (1964). A followup of narcotics addicts, morality, relapse and abstinence. *America Journal of Orthopsychiatry*, 34, p. 948 - 954.

⁶ GUARDIA, J. (1986). Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. Palma de Mallorca.

⁷ BOSCH, M., FERRIZ, P. y col. (1985). Seguimiento de 152 toxicómanos tras dos y cuatro años. Cruz Roja de Barcelona. Barcelona.

⁸ Ob. cit. (1991).

⁹ DE LEÓN, G. (1984). The therapeutic Community: Study of effectiveness. U.S. Department of Health and Human Services, Publication N° (ADM) 84-1286. Washington.

En este sentido, Comas (1991) afirma que la retención en el tratamiento es una de las variables de mayor incidencia en la recuperación de los pacientes toxicómanos.

Las investigaciones que en la actualidad evalúan la eficacia de los tratamientos lo hacen contrastando distintos modelos de abordajes y determinando si el modelo terapéutico logra obtener los objetivos que se proponen, o si las técnicas de intervención que aplican son efectivas. El diseño que se utiliza en la mayoría de los estudios es longitudinal, y dichos estudios están basados, sobre todo para los dos casos últimos, en el seguimiento periódico de los cambios de conducta de los pacientes, y además se incluyen otros indicadores, como cese del consumo, disminución de los actos delictivos y la ocupación laboral o formación.

3. Fundamentos, objetivos y propósitos del estudio

En la indagación sobre "Abordajes terapéuticos en drogadependencia" realizada en la ciudad de Rosario encontramos que en ningún caso existen evaluaciones, tanto de eficacia como de eficiencia, de los tratamientos. Por esta razón creímos oportuno realizar una investigación de alguno de los modelos existentes. La selección del tipo de modalidad fue realizada en base a los resultados obtenidos en el estudio previo, considerando que los programas de comunidad terapéutica podían ser los más adecuados. La elección de este tipo de abordaje estuvo sostenida por otras experiencias, las cuales indicaban que estos modelos suelen ser más efectivos debido a que permiten obtener cambios importantes durante la terapéutica y después de ésta.

Los abordajes de comunidad terapéutica se presentan como modelos complejos, contrariamente a lo que en algunos programas de este tipo se observa, es decir, presentan enfoques rígidos, estratificados y lineales. Su complejidad se debe a que en ellos se articula un entramado de actividades, normas y estrategias que se constituyen, de manera horizontal y transversal, en un sistema múltiple. En este sentido, la comunidad terapéutica conforma una sólida estructura, y agrupa categorías y conceptos de distintas disciplinas, lo cual constituye todo un paradigma en el ámbito de los tratamientos.

El diseño del estudio acerca de la evaluación del modelo de tratamiento no se enfocó de acuerdo con los criterios planteados por las investigaciones mencionadas, es decir, ni de manera transversal, como puede ser el estudio

de una estratégica técnica utilizada en el abordaje, ni longitudinal, como sería el seguimiento en el tiempo de los pacientes en tratamiento. Tampoco la población que se consultó fue solamente la constituida por los terapeutas, a pesar de que es frecuente encontrar en las investigaciones de este tipo que la evaluación siempre se centra en los pacientes, pero nunca se incluye la labor de los profesionales que, con sus obstáculos y dificultades, bien pueden producir inconvenientes en el proceso terapéutico.

Por estas razones, en nuestro caso la indagación incluyó tres aspectos, con el propósito de obtener resultados más amplios:

1. El estudio del modelo, ya sea en sus aspectos teóricos como de funcionamiento.
2. La reconstrucción del programa terapéutico desde los profesionales que intervienen en el tratamiento.
3. La indagación en los pacientes que han interrumpido su terapéutica, evaluando los resultados obtenidos en ellos mientras duró el tratamiento.

El primer punto, el estudio del modelo terapéutico, fue necesario porque cada abordaje de comunidad terapéutica puede desarrollar un programa de estas características, aun basándose en programas reconocidos, pero acomodándolos a diversas circunstancias contextuales, tales como los aspectos socio-culturales, económicos, históricos, antropológicos, etc.

En este sentido, los resultados obtenidos en el estudio previo dieron acabadas muestras de estas consideraciones, porque en esas instituciones encontramos diversas formas de interpretar el modelo teórico estructural y diferentes orientaciones terapéuticas.

Por otra parte, si elegimos la comunidad terapéutica fue porque, de la totalidad de programas consultados, algunos de éstos estaban en vías de reformulación del modelo terapéutico, y otros no habían podido identificar con claridad cuáles eran los obstáculos encontrados en la puesta en práctica del programa. Sólo en aquellas instituciones que utilizaban como marco estructural y de funcionamiento el modelo de comunidad terapéutica pudieron reconocer cuáles eran su dificultades y mostrar también algunos de los beneficios más significativos de este tipo de abordaje.

El segundo aspecto, la reconstrucción del modelo desde los terapeutas, sirvió a nuestros fines fundamentalmente por dos razones. La primera,

porque esto nos permitía conocer más profundamente la modalidad del tratamiento y los cambios y/o modificaciones efectuadas al propio modelo teórico. Pero además para conocer las opiniones en cuanto a su efectividad y eficacia, con base en los resultados obtenidos y los obstáculos del programa.

Los pacientes que habían abandonado representaron el eje principal de la evaluación, porque además de constituir uno de los fenómenos más comunes a todos los programas terapéuticos en drogadependencia, son la evidencia más notable, o la contracara, de la eficiencia de un tratamiento. Por esta razón quisimos conocer no solamente los resultados de la terapéutica, sino además los contextos y situaciones por las cuales los pacientes tomaron la decisión de abandonar.

El último de los objetivos propuestos en el diseño fue aplicar una metodología acorde con la investigación. Para este propósito consideramos diversas técnicas, mediante las cuales pudiésemos ubicarnos en un contexto amplio, como es el modelo de abordaje, detectar los obstáculos de la transferencia del mismo y visualizar a la vez los resultados de las intervenciones. En este sentido, consideramos un enfoque cualitativo como el más adecuado, y previmos un diseño lo suficientemente amplio, pero que pudiera servir de guía para los componentes y momentos de la investigación.

4. Definición del universo de estudio

El proyecto de evaluación del modelo de comunidad terapéutica fue ofrecido en cada una de las tres instituciones, pero sólo una se mostró dispuesta a probar su eficacia. Esta resistencia no tuvo mayores explicaciones que las señaladas en las conclusiones de ese trabajo.

Los criterios de selección de programas terapéuticos acordes con los objetivos previstos para la indagación fueron:

- Un programa de tratamiento basado en el modelo de comunidad terapéutica.
- Un funcionamiento no menor a cinco años de antigüedad.
- Inclusión del investigador en el programa y en el equipo terapéutico.

La evaluación de un programa de tratamiento de la drogadependencia, abordado desde el modelo de comunidad terapéutica, tuvo como escenario la Asociación de Voluntarios para el Cambio del Drogadependiente

(A.V.C.D.), institución que funciona en la ciudad de Rosario desde 1982.

Dicha asociación puede ser definida brevemente como un centro de prevención y tratamiento orientado en el modelo de comunidad terapéutica que propone el Proyecto Hombre (Italia). El equipo terapéutico está compuesto por psiquiatras, psicólogos, técnicos en minoría y familia, musicoterapeutas y estudiantes de psicología.

En el caso de esta institución, la modalidad residencial no implica un régimen de internación completa, como en muchas comunidades terapéuticas, sino que el funcionamiento se adecúa a lo que se conoce como Centro de Día.

La función social de esta modalidad es la rehabilitación de personas adictas, la cual genera, paralelamente en su desarrollo, una cultura diferente en el seno mismo de la comunidad. Esto se promueve a través de una continuidad terapéutica, reforzada instrumentalmente por actividades no tradicionales, las cuales tienen como objetivo producir cambios en los sujetos a través de la autoayuda.

El programa terapéutico de A.V.C.D. ha modificado ciertos elementos de este enfoque, y los ha adaptado a ideas más actualizadas, en cuanto a los objetivos que se pretenden lograr en la terapéutica, como es la moderación de la ingesta. Por este motivo, el propósito del tratamiento es utilizar los instrumentos del modelo pero con la finalidad de poder desentrañar los aspectos más profundos de la relación de dependencia de los sujetos toxicómanos, y posibilitar cambios subjetivos que permitan construir proyectos futuros y una forma de vida diferente.

Como en cualquier comunidad terapéutica, el abordaje del tratamiento se divide en fases o momentos: Admisión, tratamiento psico y socio terapéutico y reinserción socio-cultural. Estas fases tienen objetivos propios, con criterios delimitados para cada momento del proceso, que a la vez se articulan entre sí.

5. El enfoque metodológico y los procedimientos empleados en el estudio

Como perspectiva metodológica se eligió procedimientos en los cuales se pudiera obtener un tipo de análisis cualitativo. Por lo tanto, se diseñó un plan de trabajo que permitiese recolectar la información, con el propósito

de articular dos tipos de contextos: el situacional y el convencional.

El primero está compuesto por toda la red de relaciones que intervienen en el contexto institucional y que posibilitan, a la vez, el despliegue de las técnicas metodológicas acordes con los objetivos buscados. El contexto convencional estuvo compuesto por la red de relaciones lingüísticas que se extrajeron a partir de esas técnicas. Mediante la articulación de ambos contextos se pudo ir dando un significado a la información y al material recolectado durante la investigación.

Por su parte, la elección de un enfoque cualitativo tuvo como sostén teórico los desarrollos de Taylor y Bogdan¹⁰, para quienes la investigación cualitativa es aquella “*que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable*”.

En el caso de este estudio, los datos iban a ser, principalmente, las representaciones, conceptos e ideas que tuviesen los terapeutas y el grupo de abandonantes, aunque no se descartaba otro tipo de registros.

En este sentido, cuando se realizó la elección de las estrategias para nuestra investigación se tuvo en cuenta que estas acciones estuviesen determinadas por el planteamiento del problema de investigación, es decir, que existiese una relación entre la naturaleza del objeto y las perspectivas teóricas, porque era lo que iba a orientar las estrategias metodológicas.

Como uno de los objetivos del estudio fue aplicar una metodología capaz de evaluar un programa bajo los criterios seleccionados, por esta razón la búsqueda de un enfoque apropiado fue decisivo. Ray Rist (1977)¹¹, por ejemplo, fue uno de los autores consultados. Él señala que “*la metodología cualitativa, a semejanza de la metodología cuantitativa, consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos*”, y plantea que este procedimiento puede ser utilizado de múltiples maneras. Uno de los aspectos que destaca Rist del enfoque cualitativo es el lugar del investigador, el cual debe participar en el mismo contexto donde se realiza el trabajo.

¹⁰ TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. España, Editorial Paidós.

¹¹ RIST, R. (1977). On the relations among education research paradigms: From disdain to detente. *Anthropology and Education*, 8 (2).

Herbert Blumer (1969)¹², por su parte, decía que “tratar de aprehender el proceso interpretativo permaneciendo distanciado como un denominado observador “objetivo” y rechazando el rol de unidad actuante, equivale a arriesgarse al peor tipo de subjetivismo: en el proceso de interpretación, es probable que el observador objetivo llene con sus propias conjeturas lo que le falte en la aprehensión del proceso, tal como él se da en la experiencia de la unidad actuante que lo emplea”.

Son numerosos los teóricos que plantean que el investigador es el instrumento de la recolección y el análisis de los datos, pero en el caso de las investigaciones cualitativas, su participación funda la indagación (Strauss y Corbin, 1990; Andrade, 1987).¹³

El protagonismo en el contexto institucional y la función que a partir de la perspectiva cualitativa tiene el propio investigador, fueron razones más que suficientes para orientar esta investigación. La inclusión del investigador en las actividades de la institución fue aceptada sin inconvenientes, pero también fue necesario testear el diseño del proyecto que habíamos elaborado inicialmente, para que el equipo del programa pudiera comprometerse en la tarea. En consecuencia, se reformularon algunos objetivos y propósitos, los cuales no variaron significativamente el proyecto, sino que, por el contrario, ello redundó en la participación de los profesionales.

Entre los distintos procedimientos cualitativos se eligió el enfoque de la *Grounded Theory* por los alcances que posibilita, es decir, esta metodología permite que el investigador construya sus propias teorías de la realidad que indaga a partir de una perspectiva más compleja del problema. En este sentido, nuestro objetivo no era solamente hacer una interconexión entre los diferentes aspectos del modelo que se iba a evaluar, sino ir desarrollando, en el proceso de la indagación, los indicadores y las categorías mediante las cuales pudiésemos conocer la eficacia del tratamiento.

Después de conocer los principales ejes estructurales de la comunidad terapéutica de A.V.C.D., nos incluimos en las reuniones de equipo, para poder ir desagregando algunos de los problemas más relevantes en cuanto

¹² BLUMER, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

¹³ ANDRADE, S. y otros (1987). *Métodos cualitativos para la evaluación de programas*. Watertown, The Pathfinder Fund.

al funcionamiento del programa. Detectamos tres obstáculos importantes:

1. La falta de reuniones de equipo en las que se pudiera conocer las actividades que realizaban los pacientes diariamente.
2. La falta de un programa de seguimiento de los pacientes, mediante el cual se pudiese ir evaluando el proceso y el progreso terapéutico.
3. La falta de coordinación entre las distintas fases del tratamiento.

Estos problemas incidían en el manejo efectivo del programa, pero a la vez implicaban efectos sobre los pacientes. El primer conflicto reconocido por los terapeutas era el de los abandonos del tratamiento, sobre todo en los últimos momentos de la terapéutica. Es decir, debido a la falta de coordinación entre los espacios terapéuticos y a la carencia de un programa de evaluación permanente, se producían inconvenientes que eran evidenciados en los pacientes, razón por la cual algunos interrumpían su terapia.

El efecto del abandono, entonces, no sólo coincidía con el diseño previsto para evaluar el modelo de tratamiento, sino que además era visto como una preocupación importante por los terapeutas, quienes puntuaron una serie de interrogantes relacionados con el problema:

- ¿En qué momento se producen más abandonos?
- ¿Existe una relación entre el efecto de abandono y el contexto terapéutico?
- ¿Cuáles son los obstáculos que se producen durante la terapéutica para que los pacientes abandonen el tratamiento?

Por otra parte, la preocupación por los abandonos significaba una diferencia importante con otros programas de abordaje similares, porque habíamos encontrado en la investigación anterior (Abordajes terapéuticos en drogadependencia) que existe una aceptación o una naturalización del fenómeno, por considerarlo un efecto más de las conductas habituales, de inestabilidad y falta de compromiso, que se atribuyen a los propios pacientes. Es decir, estas conductas eran incluidas, en algunos casos, como parte del perfil del drogadicto, y de esta manera se justificaba la falta de una evaluación de los programas de tratamiento.

En este sentido, la interrupción en los tratamientos en drogadependencia constituye uno de los aspectos más descuidados por los modelos terapéuticos, no solamente por la falta de implementación de programas de seguimiento, sobre todo durante y después de terminada la terapia, sino porque los

terapeutas suelen atribuirles la responsabilidad en el proceso únicamente a los pacientes (Satriano, 1996).¹⁴ Con lo cual existía una relación con la hipótesis que inicialmente elaboramos, en la que consideramos que *las interrupciones son el efecto de algunos obstáculos no detectados por los terapeutas durante el tratamiento*. Por esta razón, una vez más se afirmaba la importancia de evaluar el modelo a través de las representaciones de los sujetos que habían abandonado la institución.

Por otra parte, los procedimientos del enfoque metodológico elegido nos iban guiando en las estrategias de acción para la recolección de los datos, que luego analizaríamos. La primera fue la elaboración de una lista de jóvenes que habían interrumpido su tratamiento, teniendo en cuenta tres criterios:

1. Sujetos que hubiesen abandonado el programa en la fase de reinserción.
2. Sujetos que no tuvieran un tiempo menor a seis meses ni mayor de un año desde el momento de la interrupción del tratamiento.
3. Que estos sujetos tuviesen conocimiento del alcance de la investigación y quisieran acceder a participar voluntariamente.

5.1. *Recolección de los datos*

Desde el punto de vista metodológico, el enfoque de la *Grounded Theory* está compuesto por una serie de procedimientos que se inician desde el momento mismo de la recolección de los datos, los cuales, mediante su sistematización, nos permitieran posteriormente el análisis, porque en la investigación cualitativa la recolección de los datos constituye el soporte material de los procedimientos siguientes.

Teniendo en cuenta los criterios seleccionados para la elección de los sujetos abandonantes, la elaboración de la lista duró varios meses, porque se utilizaron distintas fuentes que confluyeron en este aspecto. En este sentido, pusimos especial énfasis en el perfil de cada uno de los jóvenes, porque teníamos en cuenta los inconvenientes que podían producirnos *a posteriori*, además resaltamos la importancia de los momentos de la recolección de los datos, sobre todo cuando se trata de estudios de campo,

¹⁴ SATRIANO, C. (1996). El problema de los abandonos en los tratamientos de drogadependencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, V, p. 225-238. Buenos Aires.

en los que se requiere de las entrevistas como técnica básica de recolección.

Por estas razones recurrimos a distintas fuentes que nos fuesen guiando en la selección de cada uno de los futuros entrevistados. En primer lugar se registraron las estadísticas de los pacientes que habían abandonado el programa en el último año y medio, analizando caso por caso, para poder depurar la lista de los que habían interrumpido. En esos registros se pudo comprobar que el número de pacientes abandonantes no sobrepasaba el 10% respecto de los que permanecían en tratamiento. Ese porcentaje no es considerado significativo, puesto que, según algunos estudios internacionales, la deserción en los momentos últimos de los tratamientos de este tipo oscila entre un 8 y 10%.¹⁵

Una vez obtenidos los primeros nombres, el paso siguiente fue testearlos con los distintos terapeutas que habían participado en el tratamiento. El objetivo fue no sólo su identificación sino, además, obtener un perfil más singularizado y, a la vez, considerar la factibilidad de la convocatoria. La lista fue depurándose hasta su consolidación definitiva.

La tercera fuente de información fueron los registros de archivo de esos sujetos, en los cuales se analizaron los antecedentes y el contexto familiar, la planificación diaria y otros datos que figuraban en la historia clínica.

Desde la perspectiva metodológica empleada, los distintos procedimientos realizados hasta llegar a obtener la lista definitiva se fundamentaron en los lineamientos planteados por Strauss y Corbin, quienes dicen que la recolección de la información puede requerir de otras fuentes que no sean las principales, y el investigador puede recurrir a las denominadas auxiliares (1990).¹⁶

Para la recolección de los datos se utilizaron entrevistas semidirigidas como recurso técnico. En el caso de los profesionales, las preguntas no estaban guiadas de antemano, pero para los sujetos abandonantes fue necesario incluir seis tópicos, mediante los cuales pudiésemos obtener distintas representaciones acerca de la experiencia en el tratamiento, pero a la vez conocer

¹⁵ COMAS, D., CARRÓN, J., HERNÁNDEZ, M.I. y col. (1991). *Los estudios de seguimiento* (Una experiencia metodológica). Madrid, Editorial Fundamentos.

¹⁶ STRAUSS y CORBIN (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory procedures and techniques*. Sage Publications, The International Publishers, Newbury Park London, New Delhi.

los problemas que los llevaron a interrumpir. Las preguntas se orientaron con base en los siguientes aspectos:

1. Percepción del abandono del tratamiento.
2. Cambios producidos a partir de la permanencia en el programa.
3. Aspectos que no se han modificado a pesar del tiempo de tratamiento.
Críticas al programa.
4. Representación de sí mismo antes y después de la experiencia terapéutica.
5. Lugar que ocupaba la droga en su vida.
6. Expectativas respecto al tratamiento.

5.2. Conformación de la muestra

Según los criterios de la *Grounded Theory*, la segunda estrategia cualitativa es el muestreo teórico.¹⁷ Se denomina así al proceso que descubre, se desarrolla y se verifica, a través de la recolección de datos, con el fin de generar teoría. Este procedimiento, mediante el cual el investigador selecciona, codifica y analiza su información, se va haciendo de manera continua y sistemática, relacionándolo con el fenómeno de estudio. Estos pasos van guiando al analista en la búsqueda de los datos, para que luego pueda desarrollar su teoría tal como surge.¹⁸ Sus autores (Glaser y Strauss, 1967; Glaser, 1978, Strauss, 1987; Strauss y Corbin, 1990) han definido este enfoque como un método inductivo para desarrollar modelos teóricos.

El muestreo teórico es un proceso de selección de los datos que se van a recolectar, el cual es guiado y controlado por el modelo teórico emergente. Por ese motivo, el criterio para la selección de la muestra no es probabilístico sino intencional. En la evaluación del modelo de tratamiento se elaboró una lista definitiva de veinticinco personas, quienes representaban un poco más del 50 % del total de abandonantes del programa, entre los años 94 y 95.

Para la aplicación de este tipo de muestreo fue necesario elegir cuidadosamente los grupos participantes en el estudio, como también aquellos que servirían para la comparación. El criterio teórico, en este sentido, fue el

¹⁷ La profundidad del muestreo teórico hace referencia a la cantidad de los datos recolectados sobre un grupo y, en consecuencia, a las categorías que se descubren en el estudio.

¹⁸ GLASER, B. y STRAUSS, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago, Aldine Publishing Company.

que delimitó a los grupos, es decir que éstos debieron ser incluidos sin utilizar un punto de vista estructural, sino siguiendo un propósito teórico que fuera relevante para el estudio.

En este caso, la intención de la investigación fue obtener información del grupo de pacientes abandonantes, comparándolos simultáneamente con el grupo de profesionales, siguiendo con lo que se denomina, según el enfoque de la *Grounded Theory*, estrategias sucesivas para la acción.

Primeramente se hicieron algunas entrevistas que luego fueron analizadas, haciéndoles ciertos ajustes e incluyéndoles otros tópicos, por ejemplo, la pregunta acerca de las expectativas que los sujetos tenían respecto al tratamiento. El propósito se debió a que, al comparar las apreciaciones de los terapeutas con las historias clínicas, encontramos que algunos individuos no podían ser considerados como abandonantes del tratamiento, sino que se les había dado de alta por haber logrado el cese o disminución del consumo de drogas.

Este dato, que surgió previamente a las entrevistas con el grupo de abandonantes, fue importante porque evidenciaba un descuido de los terapeutas, al no tener en cuenta los objetivos manifestados por algunos de los sujetos al comienzo del tratamiento, y tal como figuraban en las primeras entrevistas de admisión. En este sentido, los profesionales no solamente dejaron de lado los propósitos de los pacientes respecto de la terapéutica, sino que además descuidaron sus propios relevamientos que constaban en las historias clínicas.

Cada una de las entrevistas fue testeada con los profesionales, con el propósito de determinar cómo se producían las interrupciones, si ocurrían en un momento especial de la terapéutica y a qué atribuían ellos los abandonos. De la misma manera se procedió para indagar los otros tópicos que se incluían en la guía de preguntas. A partir de ese momento se trabajó articulando la recolección de los datos desde tres aspectos diferentes: las representaciones de los abandonantes, las representaciones de los terapeutas y desde el marco teórico del modelo de tratamiento.

El proceso de recolección de información, en este sentido, estuvo siempre controlado por los conceptos emergentes, que según los criterios del enfoque metodológico pueden ser tanto sustantivos como formales. Al respecto, Strauss y Corbin (ob.cit.) han planteado que mediante el estudio de distintas

áreas sustanciales o concretas de una indagación, el investigador puede extender una teoría sustancial y convertirla en formal. Para poder lograrlo, estos autores señalan la necesidad de cumplir con cuatro criterios bien diferenciados, los cuales son centrales en este tipo de enfoques, y cuya finalidad es el juzgamiento y la aplicabilidad de la teoría al fenómeno en estudio. Esos criterios son:

1. Si la teoría es inducida cuidadosamente, a partir de los datos de la realidad que se estudia, es posible entonces que se ajuste a esa área sustantiva.
2. Si se ajusta a la realidad del fenómeno, ha de ser comprensible tanto para los sujetos en estudio como para una determinada actividad profesional.
3. Si los datos son comprensibles y la interpretación conceptual es amplia, la teoría construida debe ser abstracta e incluir suficientes variaciones para hacerla aplicable a otros contextos que guarden relación con el fenómeno de estudio.
4. La teoría desarrollada debe proveer control respecto de la acción que se promueva. En tal sentido, y luego de tener en cuenta estos cuatro elementos, resulta una articulación entre las hipótesis que proponen relaciones entre los conceptos, los cuales van a ser utilizados para guiar la acción, pero a la vez estos conceptos son derivados de forma sistemática de los datos relacionados con el fenómeno.

5.3. El abandono como fenómeno para evaluar el modelo de tratamiento

5.3.1. La representación del abandono como dimensión para el análisis

Lo primero que surgió en la indagación a los terapeutas fue esta inquietud: ¿por qué estos sujetos habían interrumpido la terapia en la fase de reinserción, luego de cumplir durante tantos meses con el tratamiento? Al analizar las posibles causas se obtuvieron, como primeros resultados, los diferentes aspectos que caracterizaban a los abandonos.

Antes de detallar las distintas dimensiones resultantes se establecerán las diferencias conceptuales entre el *abandono o interrupción y la deserción del tratamiento*. El abandono, además constituir una categoría de análisis en esta investigación, fue definido como un efecto previsto durante el proceso terapéutico, el cual puede deberse a obstáculos que no son advertidos en el tratamiento. La deserción, en cambio, implica una valoración moral ante el hecho de que los pacientes se vayan del tratamiento y en quienes recae un

juicio negativo sobre esta decisión. En este sentido, aquellos que no terminan su terapia son vistos como desertores de un programa, por lo tanto quedan por fuera del mismo, razón por la cual estos programas no incluyen el abandono como un hecho posible.

El interés de conocer las *representaciones* de los terapeutas al respecto incluyó los significados que ellos otorgaban a la interrupción del tratamiento. En este sentido, la definición de enunciados de creencias nos sirvió para poder determinar la perspectiva desde la cual se ubicaba el equipo, y conocer además las representaciones ideológicas alrededor de las cuales se establece el consenso para las intervenciones en el tratamiento. Consideramos que la representación que se tenga respecto del problema que se aborda significa la elaboración del grupo, en este caso terapéutico, sobre lo que debe llevar a cabo, siendo, además, lo que va a definir los objetivos y los procedimientos específicos para sus miembros (Jodelet, 1984).¹⁹

La significación de los terapeutas respecto del fenómeno del abandono permitió, desde la perspectiva de la investigación, conocer aspectos más relevantes del modelo de tratamiento y asimilar algunas categorías para clasificar las circunstancias en las que éste se producía. Esto requirió una actividad de construcción y reconstrucción constante entre los relatos de los distintos terapeutas para poder determinar las dimensiones implícitas. Es decir, la dimensión de contexto dado por la influencia del modelo de comunidad terapéutica, y la dimensión propia de cada uno del equipo mediante la cual se pudieran conocer las ideas y la ideología que tenían respecto del fenómeno.

Desde un punto de vista metodológico, el procedimiento utilizado para analizar las representaciones del abandono se denomina codificación. La *codificación*, en una indagación cualitativa, es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos (Taylor y Bogdan, 1992). Específicamente, codificar es el procedimiento mediante el cual se extraen ideas, pasajes, conceptos o formulaciones, interpretaciones y proposiciones significativos de un texto, con el propósito de articular analíticamente el material.²⁰

¹⁹ JODELET, D. (1984). "La representación social: Fenómeno, concepto y teoría." En *Psicología social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. S.Moscovici. España, Paidós.

²⁰ En la primera etapa, el investigador codifica los incidentes de sus datos para establecer las categorías de análisis. En este momento se relevan las distintas apreciaciones de los grupos consultados, para que sea

En la primera aproximación para analizar el abandono, éste fue considerado como un efecto negativo del modelo de tratamiento, e inicialmente los terapeutas lo ubicaron desde lo que denominamos posteriormente como la **dimensión psicológica**, a la que adicionaron otra dimensión que incluía la **modalidad de abordaje**. Es decir, en el proceso de objetivación de la representación obtuvimos:

1. Una dimensión psicológica, que incluye a los terapeutas y a los sujetos que interrumpieron el tratamiento.
2. Una modalidad de abordaje, relativa a los terapeutas.

5.3.2. Dimensión psicológica del abandono

Tanto desde la perspectiva de los sujetos que habían interrumpido su tratamiento como de los terapeutas, los **abandonos**, en un primer nivel del análisis, son vistos como un acontecimiento que ocurre por:

En primera instancia se destacan las **presiones familiares** de diversa índole (esta categoría será desarrollada en el punto 5.3.3.), las cuales aparecen cuando se generan:

- Cambios significativos en relación al consumo.
- Desinterés del grupo familiar en apoyarlo.
- Por problemas económicos.

La segunda circunstancia más notable fue la referente a cuestiones de **índole laboral**. Este aspecto no fue profundizado demasiado, por considerarse el perfil de los jóvenes que concurren a ese programa institucional. Se trata, en general, de sujetos entre 17 y 30 años, semiocupados o desocupados, que en su mayoría dependen económicamente de sus padres. En este sentido, esta institución no recibe ayuda económica de ningún organismo, y además los tratamientos de comunidad terapéutica requieren de una continuidad

posible anotar las categorías que vayan surgiendo, y a la vez llevar un control de los grupos de comparación en los cuales ocurre el incidente. Las recomendaciones de Glaser y Strauss son que mientras se codifica un incidente para establecer una categoría se deben comparar los incidentes previos al mismo y en diferentes grupos codificados en la misma categoría. Una de las particularidades de este método es que rescata las particularidades de cada caso. Por esta razón se debe estudiar cada uno de los datos extraídos para, de esta manera, poder precisar los distintos incidentes, con el propósito de que sirvan en las comparaciones pertinentes. De éstas resultan las propiedades teóricas de las categorías. GLASER, B. y STRAUSS, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York, Aldine Publishing Company.

diaria, durante aproximadamente un año. Por esta razón, las cuestiones de índole laboral pueden ser un obstáculo atendible, aunque no se tenga en cuenta para un análisis.

El tercer elemento señalado como causante de las interrupciones fueron las *recaídas*. Al respecto, los terapeutas plantearon que los abandonos pueden deberse a recaídas en las drogas, y observaron que ocurren con mayor frecuencia en los procesos intermedios del tratamiento, es decir, durante los cambios de fases, pero que la intensidad aumenta en los momentos finales del programa. Estas situaciones originan que el progreso terapéutico se detenga, precisamente porque producen en los pacientes una verdadera sensación de fracaso que los lleva a ubicarse en falta con el programa.

En este aspecto, el modelo de tratamiento de A.V.C.D. centra la terapéutica en las condiciones relativas al mantenimiento de los cambios subjetivos, los cuales comienzan a notarse después que desaparece la compulsión al consumo de drogas. Por esta razón, entre los miembros del equipo existe un consenso acerca de que las recaídas son hechos esperables dentro del proceso terapéutico. No obstante, la aparición de estos episodios son vistos como *fracasos de las intervenciones* del programa. Por lo tanto, cuando se producen hechos de estas características, los terapeutas sienten que el modelo falla en sus objetivos, lo cual les produce una fuerte valoración negativa respecto a su actuación profesional como al tipo de abordaje que utilizan.

Es decir, las *recaídas* son un indicador válido que debe tenerse en cuenta en la evaluación de modelos de comunidad terapéutica, no solamente porque la aparición de estos episodios produce efectos en los pacientes, sino también porque acarrea consecuencias importantes sobre los terapeutas. En primer lugar, pueden ser un indicador para analizar la efectividad de *las modalidades de intervenciones* que se utilizan durante el tratamiento y, en segundo lugar, porque estos hechos indican que pueden existir fallas o descuidos en los mecanismos de sostén subjetivos que se implementan en el modelo y que sólo son detectados con claridad en la última fase del programa.

La evaluación de la eficacia de las intervenciones debe llevarse a cabo mediante distintos mecanismos, pero debe ser un proceso constante y continuo a lo largo del tratamiento. En este aspecto notamos que en el programa desarrollado en A.V.C.D. deben existir modalidades de intervención que no se adecúan correctamente a lo que es la finalidad del tratamiento de comunidad terapéutica, precisamente porque los pacientes no pueden lograr

un autocontrol, según los objetivos del modelo original.²¹

Al respecto, Marlatt y Gordon (1985)²² plantean que en el modelo terapéutico basado en el autocontrol se deben incluir los antecedentes situacionales y del entorno del sujeto adicto, creencias y actitudes respecto del consumo. No obstante, es posible esperar que aparezcan situaciones de recaídas. Estas recaídas deben ser consideradas como un efecto de los momentos de transición que manifiestan algunos sujetos durante el proceso de cambio, por lo tanto deben analizarse las posibles causas y circunstancias cuando ocurren durante el tratamiento. En este sentido, estos autores diferencian dos momentos de aparición:

- a) La primera caída, o efecto de "violación de la abstinencia".
- b) La re-caída.

La primera afecta la representación que los sujetos tienen de sí, en tanto capaces de abstenerse del consumo. Este hecho afecta su autoestima, lo cual conduce a culparse por no poder mantener los cambios esperados. La segunda caída se refiere a repetir el consumo, dependiendo tanto del período de la abstinencia como del propio compromiso con la terapéutica.

Las estrategias de intervención dependerán de las diversas consideraciones que puedan hacerse de las recaídas, es decir, de la forma como puedan ser valoradas por el equipo encargado del tratamiento. Porque pueden ser entendidas como *fracaso del progreso terapéutico* o como episodios esperables en el transcurso del tratamiento, pero lo que no debe dejarse de lado su análisis, lo cual implica conocer esas determinaciones y circunstancias a que se referían Marlatt y Gordon.

Desde un punto de vista teórico, las recaídas son acontecimientos que deben ser tenidos muy en cuenta por los terapeutas, porque representan una señal mediante la cual los pacientes manifiestan detenimiento del progreso terapéutico, por lo tanto indican un *efecto de deterioro*. Este efecto de deterioro, si bien siempre está presente en cualquier tratamiento psicoterapéutico, es importante en estos casos porque, como vemos, puede determinar la interrupción o abandono, o producir una sensación de fracaso,

²¹ Modelo socioterapéutico del Progetto Uomo (1984). Roma.

²² MARLATT, G. y GORDON, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York, The Guilford Press.

tanto en los pacientes como en los terapeutas. Pero, por otra parte, estos descuidos pueden convertirse en iatrogenia, en tanto son efectos del deterioro del tratamiento, y se corre el riesgo de evaluarlos de manera negativa, como sucede cuando las recaídas no son consideradas episodios esperables.

Otras de las observaciones que surgieron al respecto fueron que las recaídas y los abandonos del programa aumentaban en los cambios de fases. Estas dos apreciaciones nos llevaron a indagar en esos momentos, para poder analizar más profundamente qué ocurría con los terapeutas que, a pesar de haber observado estos hechos, no implementaban medidas para su solución. Cuando se los consultó acerca de los criterios utilizados para el cambio de fase, pudimos conocer que esas normas de evaluación no estaban lo suficientemente ajustadas por todo el equipo.

Resumiendo hasta aquí, se considera a las recaídas como uno de los aspectos que pueden incidir en la decisión de interrumpir el tratamiento, puesto que aparecen con mayor frecuencia en los cambios de fase del programa terapéutico.

Las recaídas, como indicador negativo de la eficacia de una terapéutica, pueden ser entendidas de dos maneras diferentes a la hora de evaluar un programa de estas características, es decir:

1. Si *las recaídas son consideradas como efectos esperables dentro de un proceso terapéutico*, deben ser incluidas como uno de los efectos negativos del tratamiento, por lo tanto consideradas como posibles o esperables. Esto significa que los terapeutas deben estar atentos cuando aparecen estas manifestaciones.

Por otra parte, las recaídas pueden deberse a diversas situaciones:

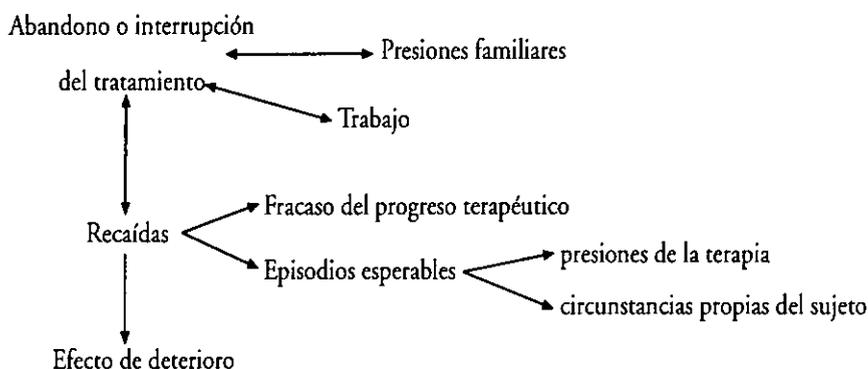
- *A presiones dentro de la misma terapia.*
- *A presiones o circunstancias del propio sujeto y su entorno.*

No obstante, si aparecen hechos de drogas en el proceso terapéutico, este acto puede adquirir un sentido positivo, en tanto manifiesta modificaciones en la subjetividad de los pacientes, porque cambia la significación de la relación de éstos con la droga. En este caso suele suceder que la compulsión haya desaparecido, aunque se mantenga una relación con el consumo, pero cuyo sentido está circunscrito como una respuesta frente a circunstancias que resultan angustiantes para estos

individuos.

2. Si las *recaídas son vistas como un indicador del fracaso terapéutico*, en cambio, la aparición del fenómeno dentro de un tratamiento va a producir diversos sentimientos, tales como rabia, decepción o resentimiento, tanto en los pacientes como en los terapeutas. En este sentido, estos acontecimientos pueden intervenir de manera decisiva, ya sea porque los pacientes interrumpan el tratamiento al sentir un aumento de la sensación de fracaso o porque sea una causa de expulsión del programa.

En el diagrama siguiente se muestra los intentos de teorizar acerca del abandono, a partir del proceso inductivo seguido en la *Grounded Theory*. Las relaciones que se establecen podrían esquematizarse de la siguiente manera:



Los resultados obtenidos, a partir de la codificación de las representaciones de los terapeutas, en cuanto al abandono, entendido como una variable dependiente en el análisis, derivaron principalmente en dos aspectos conceptuales, los cuales fueron de utilidad en la evaluación, es decir, *la dimensión propia de la modalidad de abordaje* (o modelo terapéutico) y *la dimensión psicológica*.

Desde el punto de vista de los procedimientos metodológicos empleados, esto significa que a partir de diferenciar estos conceptos surgió lo que se denomina una teoría sustantiva, derivada de la experiencia obtenida en el programa y del marco teórico, en parte realizada conjuntamente con el

equipo. Esto nos demuestra, como ya lo dijimos, que la codificación es esencial en cualquier procedimiento cualitativo, porque permite operar sobre los datos, para luego proceder a su análisis.

La fragmentación de la información, en este caso, posibilitó el surgimiento de algunos conceptos importantes de la evaluación del modelo terapéutico, a partir de identificar el fenómeno del abandono como el principal problema que tenían en este programa. Después de analizar de manera articulada esos datos, pudimos obtener otros, los cuales fueron el producto de una nueva lectura de los resultados de los datos iniciales más el procedimiento de análisis.

Si se destaca el valor de la codificación es porque los conceptos que resultan de ella tienen como función resaltar el problema de manera más profunda, aunque nunca se convierte en la fuente explicativa del fenómeno. Es decir, si en *las representaciones del abandono* que enunciaron estos profesionales aparece con claridad que existen por los menos dos aspectos que deben tenerse en cuenta como obstáculos del tratamiento, tanto desde los pacientes como desde los terapeutas, y esto no significa que quede demostrado la eficacia del modelo y sus alcances terapéuticos, sino que los procedimientos utilizados hasta aquí sólo nos permiten elaborar nuevas estrategias para continuar la indagación.

5.3.3. *Las representaciones según los sujetos abandonantes*

El material obtenido en las entrevistas con los sujetos que habían interrumpido su tratamiento se agrupó según las categorías previstas en el diseño, con el objetivo, como se recordará, de indagar acerca de sus representaciones.

Según lo que plantean Taylor y Bogdan (1992),²³ desde el punto de vista metodológico se deben agrupar las categorías para luego establecer un mínimo de interpretación, que permita obtener algunos conceptos respecto del problema que se investiga.

Los datos realzados, en este aspecto, destacaron la importancia de las representaciones de los sujetos abandonantes y las diferentes determinaciones

²³ TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. España, Paidós.

que influyeron en ellos para que interrumpieran la terapia cuando estaban por finalizar su tratamiento en la institución.

La guía de preguntas que formaban las entrevistas se orientaron en este sentido y apuntaron a determinar cuáles eran las percepciones que tenían los sujetos acerca de la experiencia obtenida durante todo el proceso terapéutico. Se indagaron aspectos más profundos sobre la utilidad de la terapéutica, tales como las representaciones que tenían de sí mismos y cómo veían el problema del consumo antes y después de la experiencia del tratamiento.

Como ya se indicó, los sujetos entrevistados fueron veintidós en total, los cuales mostraron interés por participar con sus opiniones en la evaluación del modelo. Muchos de ellos manifestaron que a pesar de abandonar el tratamiento solían tener contacto esporádico con los profesionales del programa.

En una primera lectura de los resultados obtenidos, las respuestas fueron divididas en dos dimensiones básicas:

1. La responsabilidad del abandono, atribuida fundamentalmente al programa de tratamiento (13 individuos).
2. Situaciones personales, familiares o laborales, que influyeron en la determinación de interrumpir el tratamiento (9 individuos).

El objetivo de esta agrupación consistió simplemente en relacionarla con la hipótesis general de la investigación porque, en este sentido, la función del procedimiento fue orientar los pasos siguientes, ya que el propósito era determinar los distintos aspectos que, desde estos sujetos, habían producido obstáculos durante su tratamiento e influyeron en el abandono.

Esta primera aproximación nos permitió tener una idea muy general de los aspectos que habían incidido negativamente en el tratamiento, pero además determinar con mayor precisión los contextos que dieron lugar a esa decisión. Es decir, en el estudio se pudo categorizar las causas más frecuentes, pero además precisar los momentos de estancamiento o imposibilidad de avanzar en el tratamiento. Los dos conceptos importantes y que aparecieron con bastante frecuencia en las respuestas fueron: sensación de *confusión* y de *fracaso*. Ambos fueron considerados como indicadores válidos para la evaluación del tratamiento porque, como bien lo señalan Weiss y

Sampson,²⁴ el agravamiento de la sensación de confusión o una mala relación terapéutica suelen derivar en la interrupción de un tratamiento.

Según los criterios básicos de la propuesta metodológica de Glaser y Strauss, la recolección de los datos y el análisis de éstos deben ser procesos interrelacionados. Por esta razón fue conveniente analizar con los profesionales esta inquietud: ¿por qué algunos de estos sujetos manifestaban que el tratamiento los confundía?

Según el punto de vista de los terapeutas, la confusión podría ser un obstáculo producido en la misma relación terapéutica, indicador que se agregaba, por otra parte, a los ya mencionados (ver punto 5.3.1). La razón que expusieron fue que el tipo de relación terapéutica es la que puede dar lugar a que el tratamiento se convierta en modelo idealizado para los pacientes, y responder éstos desde su perspectiva. Es decir, una modalidad de relación en la cual los jóvenes adecúan sus acciones a las expectativas de los terapeutas. Uno de los profesionales dijo que *"las fantasías que suelen aparecer con mayor frecuencia en los jóvenes es que deben lograr un grado de optimización moral, porque si no sienten que transgreden las normativas del programa. El sentimiento que produce cualquier tipo de transgresión que sobrevenga es semejante a la representación que ellos tentan de sí antes de comenzar el tratamiento. El trabajo terapéutico se basa, fundamentalmente, en que puedan diferenciar entre lo que es correcto o no, estableciendo marcas o delimitaciones que apuntan al análisis impuesto de "ser" ese ideal"*.

En este sentido, la *sensación de fracaso* manifestada por algunos de los sujetos aparecía como un indicador válido que debía ser tenido en cuenta en la evaluación del tratamiento, porque en tanto la terapéutica era vista como no propia, cualquier violación de las normas era sentida como incumplimiento al programa.²⁵

Si bien estas consideraciones relacionan las interrupciones con la significación que tiene el tratamiento en tanto éste es visto como un lugar de resguardo para los pacientes. En este sentido, llama la atención que los

²⁴ WEISS, J. y Sampson, H. (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*. New York, The Guilford Press.

²⁵ Weiss denomina a esta situación egodistónica, es decir, cuando los pacientes se tratan de adecuar a los requerimientos de los terapeutas, lo cual genera en ellos consecuencias importantes, como aumento de la ansiedad, confusión y culpa (1985, ob. cit.).

terapeutas no hayan adoptan medidas para cambiar esta situación, porque además de ser un obstáculo, al ser identificado el programa como ideal, los profesionales demuestran resistencia a cuestionar su propio modelo de abordaje, y descuidan los efectos importantes que recaen sobre los pacientes y depositan en ellos toda la responsabilidad de la función terapéutica. Es el tipo de estrategias que promueve una relación en la que los terapeutas representan el lugar del ideal, como garantes únicos del tratamiento, por lo tanto bien pueden ser considerados como un impedimento al progreso de un tratamiento.

Autores como Cancrini, Malagoli-Togliatti y Meucci (1975)²⁶ han estudiado algunos fenómenos que suceden al respecto, y han denominado “enamoramiento súbito” al vínculo de apego que manifiestan los pacientes drogadependientes en relación con su tratamiento. Los pacientes manifiestan cambios terapéuticos importantes pero dirigidos a la figura idealizada del terapeuta. Estos autores señalan que cuando se produce este fenómeno, los terapeutas, sobre todo los de menor experiencia, suelen pasar por alto el tipo de vinculación afectiva que se transfiere a la terapia, y ponen en riesgo el tratamiento, porque en caso que esta situación no sea claramente advertida por los profesionales, puede ocasionar que los pacientes abandonen el tratamiento.

Cancrini y col. plantean que cuando esta particular forma de identificación con el tratamiento es advertida por los terapeutas, éstos agilizan algunas maniobras para “desembarazarse de la situación,” pero esto puede traer aparejado, como consecuencia, que los pacientes se sientan como si se les ha abandonado. Las explicaciones que dan estos autores remiten a una interpretación un tanto circular, pero lo válido de estas observaciones es que destacan el obstáculo de mantener la transferencia sólo a nivel imaginario.

El *tipo de relación terapéutica* que se construye durante el tratamiento fue considerado como un indicador para la evaluación del modelo. Si bien fue detectado a partir de las entrevistas con los abandonantes, fue incluido como un elemento importante para ser analizado por el equipo de profesionales, al ser advertido posteriormente como otro de los obstáculos del programa, precisamente porque el modelo de comunidad terapéutica tiene

²⁶ CANCRINI, L., MALAGOLI- TOGLIATTI, M., MEUCCI, G. (1975). *Droga, chi, come, perché ma soprattutto: Che fare?* Firenze, Sansoni.

un forma de funcionamiento estratificado que puede inducir a este tipo de relaciones.

Cuando se analizó con el grupo de los abandonantes la *sensación de confusión* que les producía el tratamiento, éstos pudieron especificar que había ocurrido durante la terapia individual, durante la cual, como efecto de las interpretaciones de los terapeutas, habían sentido que se culpabilizaba a sus padres por su problema de drogas, o se empleaban términos que no entendían (narcisismo, fálico, etc). Estas situaciones les producían confusiones o sentimientos de angustia que se fueron agravando hasta perder la confianza en el programa terapéutico, razón por la cual habían dejado el tratamiento.

Al considerarse el tipo de intervenciones como un obstáculo negativo de la terapia, sobre todo por las consecuencias manifestadas por algunos de los ex pacientes, fue cuando se consultó a estos profesionales, con el propósito de determinar ¿cuál era la relación entre la terapia individual y el abandono?

Las respuestas obtenidas no fueron muy satisfactorias, puesto que todas hacían referencia a los fundamentos epistemológicos de la teoría a la cual estaban identificadas, o a las dificultades propias de los pacientes. Sin embargo, surgió un dato relevante, el cual incidía directamente en esta cuestión: todos estos terapeutas rechazaban el modelo de comunidad terapéutica.

En consecuencia, la *confusión* fue considerada como un indicador importante en la evaluación del modelo de tratamiento, precisamente porque puede incidir en el efecto del abandono, que si bien aparece en los pacientes, tiene su origen en las resistencias propias de los terapeutas al contexto donde trabajan (Meyer, 1995).²⁷ Pero, además, la emergencia de esta sensación de confusión es un indicador que pone en evidencia las consecuencias negativas de ciertas interpretaciones de los terapeutas, las cuales no son más que sus propias falencias de formación, porque, tal como sucedió en este caso, ellos habían producido una ideologización del tratamiento.

Cualquiera de las fallas que se detectan en el tratamiento son respon-

²⁷ MEYER, A. (1995). Investigación en Psicoterapia: Problemas y métodos. Trabajo desgrabado y no publicado. Ponencia realizada en el Ciclo de Profundización 95-96: *Problemáticas de la investigación en Psicología Clínica*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.

sabilidad de los terapeutas, y en este sentido es una falta grave cuando no se intentan adoptar medidas para modificarlas, porque estos descuidos repercuten directamente sobre los pacientes. En este programa se presentaron numerosos hechos que evidenciaron las sensaciones que aparecieron posteriormente en los pacientes y que mostraron ese efecto de deterioro que ya mencionamos: el incumplimiento con los compromisos asumidos en el programa, desinterés por las actividades, quejas constantes por la rutina de la terapéutica, etc.

Todas estas manifestaciones las categorizamos como *efecto de deterioro* porque indican las diversas formas de señales que muestran un detenimiento del proceso terapéutico.

El *cese del consumo*, por su parte, también era un elemento que debía tenerse en cuenta en la evaluación del modelo, y en algunos casos había incidido en la determinación del abandono. Por esta razón, consideramos importante incluirlo como indicador de los resultados del tratamiento, ya que se relacionaba con las expectativas que habían llevado a muchos de estos jóvenes a pedir ayuda terapéutica. Al interrogarlos sobre esta cuestión, la mayoría manifestó que el objetivo de iniciar el tratamiento había sido dejar la droga.

Este dato fue corroborado por los terapeutas, quienes comentaron que los abandonos son más frecuentes cuando aparece en el sujeto la creencia de que la droga ya no es un problema en su vida, pero también cuando debe renunciar a una imagen de sí como drogadicto para ubicarse en otro lugar en esa historia familiar. Por lo general, en las etapas más avanzadas del tratamiento, cuando se ha despejado la droga como sostén subjetivo, y aparecen estos individuos en una posición distinta, teniendo que planificar un futuro y crear un entorno propio, es cuando aparecen en ellos nuevamente sensaciones de angustias, y si estas sensaciones son muy intensas, pueden llevar al abandono.

Entre los casos registrados, fueron muy pocos los jóvenes que no habían dejado de consumir, pero aun así evaluaban esto como un cambio importante, porque no registraban conductas impulsivas que los llevaran a drogarse como antes de la experiencia del tratamiento. En este sentido, el cese de la compulsión fue considerado un logro obtenido a partir del tratamiento. No obstante, ellos reconocían que el no haber podido dejar el consumo, durante los momentos de la terapia, les había ocasionado muchos

problemas. Algunos de estos jóvenes manifestaron en las entrevistas que se sintieron excluidos del grupo al ser honestos y contar sus episodios con drogas.

En relación con esta cuestión aparecieron dos contradicciones que se generaban específicamente a partir de las intervenciones que hacían los terapeutas. La primera, ocasionada a raíz de una de las pautas del programa como es la *honestidad*, que es uno de los valores más importantes que se transmiten como herramientas del programa. La segunda contradicción está determinada por una de las normas del modelo y en la cual se prohíbe hablar de drogas en la institución.

Cuando en algunos de los espacios terapéuticos los jóvenes expresaban ideas acerca de drogas, esas representaciones fueron señaladas como "actitudes sucias". Es decir, las normas y pautas institucionales producían conflictos en ellos, puesto que si ocultaban algún hecho relacionado con drogas eran juzgados como deshonestos, pero si contaban estos episodios eran valorados negativamente. Estas contradicciones fueron también identificadas como otro de los obstáculos del programa que se originaban en los propios lineamientos del tratamiento.

En este sentido, encontramos que al interior del modelo de comunidad terapéutica existía una diferencia entre *las pautas y las normas*, que se contraponían por la falta de preparación de algunos de los miembros del equipo. Pero también hallamos que el programa delimitaba los espacios del adentro y del afuera, de manera que la institución quedaba comprometida como un lugar de resguardo y protección. Muchos de los jóvenes afirmaron que estas demarcaciones tan extremas habían precipitado su decisión de abandonar el tratamiento. Al ser consultados los terapeutas, señalaron esto como uno de los principales problemas en el equipo, porque si el programa se presentaba como un adentro para estos sujetos, por medio del cual, a través de los procedimientos de equilibrio y control que instrumentaban, era visto como sistema ideal que sólo se podía mantener dentro de los límites de la institución.

Por otra parte, al ser identificada la institución como modelo ideal, producía una delimitación muy antagónica, en la cual "el fuera representa el mundo complejo, en donde los sujetos con estas características se desequilibran".

La cuestión que surgió fue si es a partir de esta forma de estructuración del modelo terapéutico que se producen los obstáculos que se observan en los sujetos de la fase de reinserción.

El *cese del consumo*, entonces, puede ser un indicador válido para la evaluación del modelo, siempre que sus estrategias terapéuticas que se implementen para tal propósito no produzcan situaciones de conflicto en los pacientes. Es decir, primeramente los terapeutas deberían tener claro si solamente es el logro de la abstinencia la única expectativa que tienen los pacientes del tratamiento, puesto que en el caso de cesar el consumo, esto significaría para algunos el final de la terapéutica. En segunda instancia, las recaídas en drogas, si son consideradas como episodios esperables, deberían analizarse cuando aparecen y no establecer interpretaciones atributivas que generan sentimientos de confusión, culpas, etc.

Las últimas de las cuestiones ligadas al abandono se agruparon bajo el nombre de *presiones familiares*. Cada una de las categorías incluidas en este indicador era semejante a las manifestadas por los terapeutas, razón por la cual ni los *cambios en relación al consumo*, ni el desinterés del grupo familiar, ni los problemas económicos fueron necesarios de analizar. En cambio, las *recaídas* sí merecieron un tratamiento particular, porque implicaban las propias percepciones de los jóvenes al respecto (Marlatt y Gordon, 1985).

En las entrevistas, algunos de los sujetos manifestaron que se habían sentido decepcionados del tratamiento, luego de haber tenido nuevamente experiencias con las drogas. La sensación de frustración que acompañó el episodio no fue tenido en consideración por los terapeutas porque, como ya se mencionó, eran acontecimientos esperables. No obstante, las razones que dieron algunos de estos profesionales fue que se producían como reacción negativa de los jóvenes ante el inminente abandono de la institución, o por tener que afrontar situaciones futuras sin la protección y contención del programa.

Estas explicaciones no eran más que interpretaciones subjetivas de los propios terapeutas. En ningún caso los episodios de recaídas fueron analizados con los pacientes. Por estas circunstancias y debido a la imposibilidad de interrogar nuevamente al grupo de los abandonantes, decidimos intervenir en los grupos de reinserción en calidad de observadoras no participantes.

En varias de las sesiones, algunos de estos jóvenes manifestaron haber reincidido en drogas. Estos episodios se producían, coincidentemente, luego que se les levantaba desde el programa la prohibición de consumir alcohol y drogas.

Cuando los sujetos se enfrentaban nuevamente con algún episodio de estas características, las intervenciones terapéuticas contextualizaban el acto, y determinaban el tipo y las cantidades del mismo. En consecuencia, sólo se evaluaba cuál había sido la actitud de los sujetos, y si existía algún riesgo que los llevara nuevamente a la dependencia.

Los dos aspectos que aparecían como comunes a los pacientes era que, al describir los hechos, éstos habían notado que habían tenido una fuerte *sensación de frustración* y un elevado nivel de *angustia*. Al preguntárseles acerca de cuál había sido la impresión que recordaban, luego de beber alcohol o consumir drogas, los jóvenes respondieron: "La misma imagen de drogadicto que teníamos antes de entrar al tratamiento".

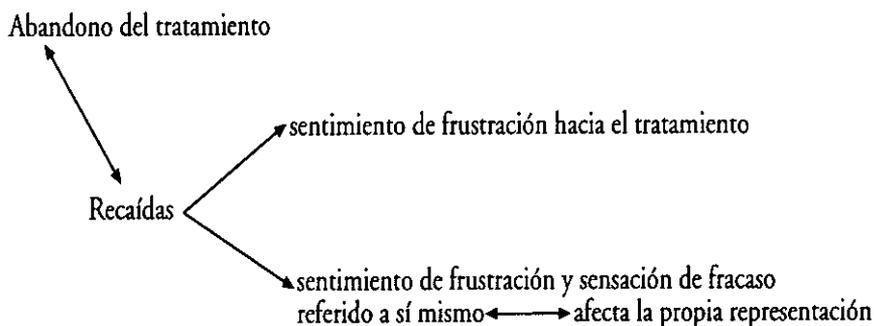
Es decir, a pesar de que para los terapeutas las *recaídas* eran consideradas como episodios esperables, para los pacientes estos acontecimientos eran percibidos de manera diferente. En primera instancia, porque estaban en la etapa final del tratamiento, y esto significaba que tanto las herramientas incorporadas en la experiencia como las normas y las pautas del programa deberían haberles servido para enfrentar situaciones con drogas que antes no podían frenar.

En segundo lugar, las representaciones que los pacientes seguían teniendo como adictos significaba que los cambios subjetivos que habían logrado durante el proceso del tratamiento no eran suficientemente efectivos; no por el levantamiento de la abstinencia, sino por los sentimientos de arrasamiento que experimentaban. Pero, además, por las simples razones de identificar a la institución como un lugar idealizado, contrapuesto a los espacios que ofrecían las drogas.

En este sentido, las *recaídas* durante el tratamiento es un aspecto importante que debe ser analizado por los terapeutas, porque tal como nos lo demostraron los dos grupos, volver a consumir es un acto que hace renacer en los sujetos una imagen de sí mismos que no había desaparecido por completo.

A pesar del tiempo de terapia, la fuerte identificación con la droga y la función, como sostén subjetivo, sigue existiendo. Sobre todo teniendo en cuenta que el tratamiento en esta institución no brinda espacios terapéuticos individuales donde se puedan analizar los elementos estructurales más significativos de la historia personal y el valor existencial de la función de las drogas en la vida de estos sujetos.

En el siguiente diagrama se muestran las conclusiones a las que llegamos en relación con la decisión de interrumpir el tratamiento desde los sujetos abandonantes:



6. Algunas conclusiones y primera aproximación analítica

6.1. Resultados obtenidos a partir del análisis del modelo de tratamiento

En la comparación entre los grupos que participaron en esta investigación se identificaron las dimensiones pertinentes a la eficacia del tratamiento como a la representación del fenómeno del abandono.

Lo expuesto hasta aquí sólo constituyen algunas de las desagregaciones más importantes de este rico material, el cual nos ha permitido extraer algunas codificaciones que posibilitaron, además, dar coherencia a los procedimientos metodológicos implementados y obtener una formalización más adecuada en el trabajo de investigación.²⁸

²⁸ De todos modos, el método de comparación constante tiene procedimientos precisos que requieren de una cierta sistematización. Por esta razón consta de cuatro etapas que deben ser respetadas: 1)- Comparar incidentes que puedan ser aplicables a cada categoría. 2)- Integrar las categorías y sus propiedades. 3)- Circunscribir la teoría. 4)- Generar la teoría.

Para el análisis de los datos utilizamos el método de comparación constante, porque es, desde el punto de vista técnico, el que nos podía brindar la aplicación de comparaciones y, al mismo tiempo, el análisis de la información, con el propósito de generar teoría. La sistematización del material extraído a partir de la recolección de los datos fue uno de los requisitos fundamentales del procedimiento, para el cual se realizaron de manera conjunta la codificación de los datos y los niveles teóricos emergentes.

Las comparaciones, en este sentido, permitieron establecer los cortes de los datos, con el propósito de generar propiedades que resultaron en categorías, desde los cuales se ubicó el tipo de contexto, tanto institucional, organizacional como terapéutico.²⁹

Desde el punto de vista metodológico, a través de los cortes de datos pudimos obtener una continua corrección de la información que recabamos, mediante una comparación simultánea, y realizando el análisis sobre los datos en que se basaba nuestra teoría. De este procedimiento resultó el descubrimiento de las causas subyacentes de los hechos que se estudiaron, lo cual generó, en consecuencia, algunas propiedades de las categorías.

Los grupos estudiados, por su parte, fueron el producto de una elección que se ajustaba a la relevancia teórica del diseño de la investigación. Por esta razón permitieron determinar las diversas propiedades de las categorías mencionadas y establecer las relaciones entre sí.

Los resultados obtenidos sirvieron posteriormente para un análisis comparativo que permitió intercambiar los indicadores y desarrollar, a la vez, un extenso rango de indicadores para las categorías y las propiedades.³⁰

La modalidad de abordaje fue una de las dimensiones utilizadas en la codificación, la cual sirvió a los fines de orientar la indagación. A partir de allí se pudieron determinar los distintos aspectos (o sub-dimensiones) del

²⁹ El corte de datos es determinado por la visión que tenga el investigador para comprender una categoría y desarrollar sus propiedades. Esta es, entonces, una de las ventajas respecto al muestreo estadístico, porque permite desarrollar una saturación de la categoría sin límite alguno en la técnica de recolección de datos, ni en la forma en que éstos son usados. De esta manera, el investigador trabaja buscando datos de los diferentes grupos, teniendo en cuenta las diversas condiciones estructurales de cada uno de ellos. En tal sentido, este método permite una flexibilidad en las técnicas que se utilizan para la recolección de los datos.

³⁰ Desde un punto de vista metodológico, este tipo de procedimiento conforma la quinta regla básica del enfoque cualitativo de la *Grounded Theory*.

programa de tratamiento, según este modelo terapéutico. Es decir, desagregamos los elementos que forman el programa de abordaje: la duración y la frecuencia del tratamiento, la composición y perfil del equipo, la modalidad terapéutica, los objetivos y propósitos que el modelo pretende lograr con las intervenciones que utiliza, etc.

El estudio del contexto institucional, las formas organizativas y de funcionamiento, indagadas a partir del grupo de profesionales, fueron las que permitieron detectar ciertos inconvenientes del modelo de tratamiento y las consecuencias en los pacientes. En este sentido, las fallas no estaban en la elección de las estrategias de intervención sino que, fundamentalmente, se reducían a dos cuestiones:

1. La *preparación profesional* no estaba acorde con los requisitos necesarios para implementar este tipo de intervenciones. Un ejemplo era que ninguno de los terapeutas conocía aspectos específicos de la terapia en grupos, sin embargo todos coordinaban grupos de esta índole. Confundían dinámica y terapia grupal, por lo cual las intervenciones eran pobres en interpretaciones y en la resolución de algunos conflictos.

El otro ejemplo fue el programa denominado socioterapéutico, espacio recreativo y de actividades de soporte de las intervenciones terapéuticas. Este subprograma estaba a cargo de estudiantes de psicología, los cuales no eran supervisados ni recibían apoyo profesional cuando se presentaban ciertas circunstancias. Ellos se conducían según el criterio del sentido común, y no habían recibido, aparte de su práctica cotidiana, ninguna formación conceptual que avalara y reforzara el tipo de intervenciones. Este problema se evidenció en las respuestas de los abandonantes cuando hacían referencia a lo sucio que se sentían al transgredir una norma o pauta del programa, por ejemplo.

2. La segunda dificultad se relacionaba con el *marco teórico*, porque el abordaje de comunidad terapéutica no era una modalidad compartida por todo el equipo. Pero además se agudizaba este problema cuando se detectó que algunos de los miembros no conocían, a pesar de los años de permanencia en la institución, el modelo de referencia en todos sus alcances y extensión. Es decir, no tenían una capacitación previa en abordajes de este tipo. La sospecha de esta dificultad fue lo que nos indicó la conveniencia de reconstruir el modelo de tratamiento desde cada uno de los profesionales que coordinaban los distintos espacios del

programa. Los resultados obtenidos al respecto indicaron que esta falencia se debía a la falta de articulación entre ellos, lo cual impedía conocer lo propio de cada tipo de intervención y los criterios que fundamentaban el paso de una fase a otra.

Desde la perspectiva metodológica de la *Grounded Theory* se plantea no partir de supuestos *a priori* para que los investigadores demuestren que sus ideas son factibles, es decir, si se ajustan o funcionan, y no que traten de demostrarlas. En este sentido, Glaser y Strauss aclaran que el término "ajuste" significa que las categorías deben ser fácilmente aplicables, sin forzarlas a los datos que se estudian, porque deben surgir de éstos (1967).

Al respecto, cuando decidimos evaluar un modelo de tratamiento basado en un abordaje de comunidad terapéutica desconocíamos las implicaciones a las que nos llevaría el estudio, sobre todo porque, a pesar de las recomendaciones de los autores mencionados, especulábamos respecto a que nuestra hipótesis iba a ser fácilmente demostrable.

La complejidad de generar teoría a partir de los datos nos demostró posteriormente la riqueza que ofrece el enfoque. Un buen ejemplo de esto nos lo brindaron las primeras observaciones al programa, en las cuales se detectaron que algunos de los problemas que incidían en las interrupciones de los tratamientos se originaban en las dificultades propias del equipo.

Las notas registradas en aquellos momentos fueron chequeadas muchas veces, porque además de saber que existían fallas en la comunicación entre sus miembros, se agregaba un obstáculo mayor: la manera en que estos profesionales se ubicaban frente a la demanda de atención. Concretamente, la definición que utilizaron fue que "actuaban sobre las urgencias que traen los pacientes o sus familiares".

Después de detectar algunos de los inconvenientes que obstaculizaban la efectividad del tratamiento a lo largo de la investigación, podemos afirmar que actuar en la urgencia es lo mismo que responder desde la demanda de los pacientes. Por esta razón, pudimos analizar, junto con el equipo profesional, la alteración de la función terapéutica que se producía, porque se contraponen con los propios fundamentos teóricos de este tipo de modelo de abordaje. Fue sólo en esos momentos cuando los terapeutas pudieron advertir los límites propios del enfoque de comunidad terapéutica, y si bien el modelo no excluye como actividad la terapia individual, las cuestiones

explicadas anteriormente hacían de esto una falencia.

Retomando cuestiones técnicas de la metodología aplicada, habíamos planteado que la generación de la teoría sustantiva surge a partir de la formulación de las categorías básicas y que las propiedades que podamos descubrir de éstas nos permiten establecer las diferencias que aparecen en un grupo, para luego compararlo con otros. El análisis comparativo nos permitió enfatizar algunos criterios teóricos emergentes. De las diferencias entre los datos obtenidos entre los terapeutas y los sujetos abandonantes se pudo detectar no solamente que las dificultades de los tratamientos en drogadependencia son, en definitiva, obstáculos que se generan a partir de los propios terapeutas, sino que además pudimos especificar cuáles eran esos descuidos. Con lo cual ciertas afirmaciones que responsabilizan, de una u otra manera, a los sujetos drogadependientes de los fracasos en estos tratamientos quedan refutadas porque, como bien se puede observar, lo primero que deberíamos evaluar es el grado de preparación de muchos de estos profesionales.

Por otra parte, los resultados obtenidos como consecuencia de la implementación de la metodología elegida fueron de una amplia cobertura y permitieron detallar algunos aspectos encontrados en el análisis de los datos: las uniformidades, las variaciones, las condiciones, las causas y consecuencias, las probabilidades de relaciones, las estrategias y los procedimientos, además de orientarnos el camino para la elaboración de la teoría (Strauss, 1987).³¹

En este sentido, a pesar de que no estaba previsto en los objetivos iniciales de la investigación, con la elección de este procedimiento metodológico quedaron demostrados los beneficios de su aplicación. Sobre todo en estudios como éstos que indagan acerca de la efectividad de las terapéuticas, porque permiten obtener un amplio panorama, en consonancia con los contextos y con la modalidad del abordaje. Porque, siguiendo ciertos pasos establecidos, el investigador puede pasar de la descripción a la interpretación y la teoría y a través de los conceptos y proposiciones construir las categorías para el análisis, de lo cual surgen además las sub-hipótesis sobre los niveles formales y sustantivos, las cuales deberá desagregar para posteriormente agruparlas,

³¹ STRAUSS, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge, Cambridge University Press.

de acuerdo con un ordenamiento lógico que permitirá guiar sus pasos dentro de la indagación.³²

La descripción de estos procedimientos forma parte de lo que, desde el punto de vista del enfoque, conforma la tercera regla básica, la cual determina el desarrollo de las categorías relacionales. Para tal efecto, en la investigación pudimos establecer algunos de los rangos, las propiedades, las dimensiones y las variaciones, y además tener en cuenta las condiciones contextuales de cada categoría y sus interacciones producidas a partir de la codificación. De esta manera y guiados por el marco teórico pudimos articularlas a la teoría emergente, lo cual generó, en consecuencia, un marco teórico específico.

6.2. *Algunos resultados del análisis del abandono*

El problema del abandono de los tratamientos en drogadependencia constituyó el aspecto central de esta investigación, porque a través de éste pudimos conocer acerca de la eficacia o no de la terapéutica. Se manejaba la hipótesis de que este fenómeno se producía a raíz de algunos aspectos que son descuidados por los terapeutas durante el tratamiento. Al indagar más profundamente las opiniones y puntos de vistas de los profesionales, se pudo comprobar que la formulación especulativa era coincidente, porque existía una serie de dificultades al respecto, las cuales se convertían en obstáculos para el proceso y progreso terapéutico.

En este sentido, nos sentimos satisfechos con los resultados del estudio, pero no por haber confirmado nuestra "razón" sino porque pudimos encontrar un valor explicativo al fenómeno y, además, generar en cierta medida un cuerpo sistemático de proposiciones metodológicas, susceptibles de confirmación en otros programas de tratamiento similares.³³

Por otra parte, la comprobación de la hipótesis inicial nos permitió realizar

³² El método de comparación constante permite trabajar con varias hipótesis que sintetizan los distintos niveles de generalidad. Es decir que la teoría es generada a partir de las definiciones de las categorías y de las propiedades, pero no tiene como finalidad aseverar un hecho ni construir una teoría universal del estudio. Sólo busca la saturación de los datos, porque el interés del método está colocado en generar muchas categorías y propiedades, como también nuevas hipótesis.

³³ Si las operaciones de la práctica valen lo que vale la teoría que las fundamenta, es porque la teoría debe su posición en la jerarquía de las operaciones al hecho de que actualiza la importancia epistemológica de la razón sobre la experiencia. BOURDIEU, P. y col. (1975). *El oficio de sociólogo*. España, Siglo XXI editores, p. 91.

algunas reflexiones que posteriormente se convirtieron en otras hipótesis. En primer lugar, la relación entre el abandono de los pacientes y las fallas terapéuticas nos podría indicar, por ejemplo, que al interior del equipo no había consenso respecto de los objetivos del tratamiento. Pero también que no hubiese una real aceptación del problema de drogadependencia por parte de los pacientes, lo cual indicaba la existencia de obstáculos, debido a la forma de transmisión del modelo de comunidad terapéutica, es decir, a problemas suscitados a partir de las estrategias de intervención y de la falta de programas de seguimiento. La tercera cuestión fue el supuesto que el modelo no producía cambios subjetivos importantes.

A partir de aquí trabajamos con cada uno de los profesionales que tenían a su cargo grupos de las distintas fases, y aparecieron tres aspectos importantes que formaron las sub-hipótesis a las que hicimos referencia:

La primera fue que el abandono o la interrupción del tratamiento puede producirse por diferencias en las representaciones que tienen los terapeutas y los pacientes respecto de lo que cada uno considera terapéutico.

La segunda supuso que las dificultades que se presentan durante el proceso del tratamiento pueden deberse a obstáculos de los propios terapeutas, ya sea a su escasa formación profesional o por el modelo teórico o el paradigma con el que intentan abordar la terapéutica.

La tercera, derivada de las dos primeras, fue que los abandonos podrían ser realmente faltas terapéuticas, pero ocasionadas por los propios pacientes.

Estas tres sub-hipótesis derivaron en categorías que se debían indagar, tales como: el modelo de tratamiento, la preparación y formación del equipo terapéutico, y aspectos relacionados con el proceso y progreso terapéutico. En relación con este último punto se pudo constatar que el equipo no había podido definir, en todos esos años de aplicación del modelo de comunidad, cuestiones de relevancia como son los criterios de alta terapéutica. Con lo cual se determinó que no sólo en muchos casos los pacientes se habían dado de alta como consecuencia de un obstáculo que se advertía a nivel conceptual entre los profesionales, sino que, además, quedaban en consideración los criterios utilizados hasta esos momentos para evaluar realmente la eficacia de las intervenciones en cada fase del tratamiento.

Con base en la experiencia que nos ofreció un estudio como éste, podemos

afirmar que la falta de definición de los *criterios de altas transitorias* (en cada cambio de fases) es un obstáculo importante que los terapeutas deben tener en cuenta, porque define las altas definitivas. En este sentido, cualquiera de los elementos que figuran en el modelo teórico de comunidad terapéutica, para cada cambio de fases, sólo son aproximaciones conceptuales, las cuales dejan en libertad a los terapeutas para que puedan definir más exhaustivamente los criterios que convengan en cada caso. Ningún programa puede usarlos como pautas acabadas. En tal aspecto se requiere un verdadero consenso entre los pares.

Por otra parte, estas fallas en la aplicación de un modelo terapéutico tan complejo pueden producir graves confusiones en los pacientes respecto de su ubicación en el tratamiento, que los lleve a sentir deseos de fuga o a incrementar sus sentimientos de frustración por no obtener una alta definitiva desde la institución. Con lo cual se instalaría desde la acción terapéutica un efecto iatrogénico, al aparecer la culpa en los sujetos, por considerarse responsables de la interrupción del tratamiento, pero a la vez por ser definidos como abandonantes dentro de las estadísticas del programa.

En nuestro estudio, por ejemplo, los profesionales habían rechazado durante mucho tiempo su responsabilidad en cuanto a los efectos que los tratamientos ocasionaban en los pacientes, porque la información acerca de la falta de definición de los criterios evaluativos para el cambio de fases fue obtenida sólo a partir de comparar las respuestas de los abandonantes. A partir de ahí, cuando se observó que en algunos casos el mismo paciente se había dado de alta, ya sea porque el objetivo del tratamiento se había cumplido o porque eran altas definitivas decididas por él, fue cuando se pudo ampliar el rango y desarrollar las propiedades de las categorías de este grupo.³⁴

Si bien las comparaciones más simples son, desde la perspectiva metodológica, aquellas que se realizan entre los grupos de tipo sustantivos, porque generan una teoría de estas características, el objetivo del análisis comparativo se realizó, a juzgar por las apariencias, entre grupos disímiles. El propósito, en este sentido, fue encontrar una interconexión entre lo que no se mostraba como comparable con lo aparentemente comparable, con la finalidad de

³⁴ GLASER y STRAUSS (1990, ob. cit.) plantean que la manera de obtener el rango es mediante la comparación de todos los grupos seleccionados en el estudio, y carece de importancia el hecho de que sean diferentes o asimilables. Lo importante es que los datos sean pertinentes a una categoría.

lograr una teoría general formal.

Por otra parte, este tipo de procedimiento de comparación entre similitudes y diferencias permitió mantener un control continuo, capaz de descubrir categorías al operar sobre relaciones de las propiedades teóricas. Porque es indudable que las comparaciones entre los grupos permiten que el investigador vaya procediendo a la vez sobre los niveles conceptuales y sobre los grupos seleccionados.

La comparación de los grupos permitió, en nuestro estudio, lograr una maximización o minimización de las diferencias y similitudes que los datos nos ofrecían, para descubrir luego las categorías que sirvieron para controlar la relevancia teórica.

La *sensación de fracaso*, como representación primera del abandono, es un aspecto que comparten ambos grupos. Otros de los conceptos de características similares fueron las proyecciones de un grupo responsabilizando al otro de la interrupción del tratamiento. Para los dos grupos, los obstáculos en la *relación terapéutica*, por ejemplo, habían producido efectos que luego recaían en diversas actuaciones en los pacientes, pero también en los mismos profesionales. Sólo cuando se minimizaron las diferencias se pudieron obtener las propiedades básicas de cada una de las categorías, por medio de las cuales se llegó a algunos resultados de la eficacia del programa.

Cuando se le preguntó al grupo de abandonantes que describieran algunos de los cambios que habían advertido a partir del tratamiento, las representaciones más relevantes al respecto fueron que pudieron empezar a hablar, a expresar lo que sentían, a discernir con el otro y a aceptarlo.

Si bien las modificaciones en los pacientes fueron evaluadas por los terapeutas en su momento, lo hicieron a través de los criterios establecidos desde el modelo teórico del abordaje. Es decir, desde el cumplimiento de las pautas y normas, pero no desde la propia opinión de los sujetos. No obstante, estas consideraciones indicaban que había similitud en las opiniones de ambos grupos, en las cuales el modelo terapéutico era reconocido como efectivo, precisamente porque indicaban algunos cambios importantes desde la perspectiva subjetiva, y los logros que habían podido obtener a partir de la ayuda terapéutica.

Lo mismo sucedió cuando se les preguntó sobre algunos aspectos en los

que no habían tenido resolución durante el tratamiento. La mayoría de las respuestas apuntaban a cuestiones más profundas y personales, por ejemplo, de la historia familiar. Esto indicaba no una falla del tratamiento sino una carencia del programa de incluir terapia individual como espacio terapéutico regular.

En este sentido, los profesionales advertían este obstáculo, a la vez que reconocían las limitaciones en los objetivos del tratamiento, pero la falta de recursos económicos era una imposibilidad real. Por otra parte, los terapeutas que mantenían estos espacios se habían retirado de la institución, sobre todo por cuestiones de desacuerdos de tipo ideológico.

En ese mismo tópico se incluyeron las críticas al programa. Los aspectos que más resaltaron los jóvenes fueron: la duración del tratamiento, las características fundamentales de la estructura del modelo, como la planificación, las pautas y las normas, la verticalidad y rigidez del funcionamiento, la modalidad represiva, las presiones, la separación entre el adentro de la institución y el afuera, la prohibición de hablar de las drogas, los rituales excesivos, la falta de espacios individuales.

La razón por la cual fue conveniente minimizar las diferencias entre los grupos de comparación se debió a una necesidad metodológica, puesto que permitió establecer una definición más completa de las condiciones de existencia de las categorías emergentes. De esta manera, se pudo lograr la determinación y precisión de esas categorías más relevantes del problema del abandono y objetivar algunos aspectos subjetivos.

Cuando insistimos en la importancia de que los jóvenes que integraban este grupo expresaran sus opiniones y evaluaran el modelo de tratamiento, fue porque eran ellos quienes más podían informar acerca de la efectividad del programa. Esto implicaba, además, que aparecieran en su discurso elementos de valor para un posterior análisis.

A través de los enunciados de los sujetos se descubrió, además, algunos descuidos clínicos importantes que se generaban por esa falta de preparación en las intervenciones terapéuticas grupales. En este sentido, la minimización de las categorías fue el procedimiento que permitió conocer más detalladamente estos problemas. Luego, se debió maximizar las diferencias encontradas entre los grupos de comparación, y se aumentó la probabilidad de recolectar más datos diferentes respecto de cada una de las categorías.

Cuando comparamos, por ejemplo, la función de la droga en la vida de estos sujetos, es decir, la representación que tenían de sí mismos y el lugar que ocupaba en su vida el consumo, encontramos importantes relaciones con las representaciones desde los terapeutas. Una de estas similitudes fue que a través de las experiencias con drogas estos sujetos habían podido proveerse de una identidad, porque la sustancia fue las que les dio un valor existencial.

La segunda similitud fue las relaciones con los padres. Al respecto surgieron dos aspectos importantes en ambos grupos: el primero, que los padres eran reconocidos como uno de los obstáculos más importantes del tratamiento, porque eran quienes regulaban la estabilidad emocional y económica de los jóvenes. El segundo aspecto indicaba el tipo de lazo paterno-filial, caracterizado fundamentalmente por fallas en la estructuración vincular.

Las constantes desagregaciones realizadas en el proceso de la investigación fueron guiadas por las recomendaciones de Glaser y Strauss, quienes claramente plantearon que *"mientras el analista trata de comprender la multitud de diferencias, tiende a desarrollar las propiedades de categorías rápida y densamente, integrándolas dentro de una teoría que posee niveles diferentes de generalidad conceptual, de tal modo que delimita el alcance de la teoría"* (1965).³⁵⁻³⁶

Mediante el método comparativo se pudo arribar a estas formulaciones interpretativas desarrolladas a partir de ubicar algunos conceptos surgidos del análisis de los datos, con la finalidad de elaborar una teoría al respecto (Gallart, 1992),³⁷ (Glaser y Strauss, 1969).

En este sentido, los criterios de relevancia teórica utilizados para la comparación entre los grupos actuaron como control durante los momentos de la recolección de los datos, en tanto se siguió con los pasos y determinaciones que exige este enfoque metodológico, como son la búsqueda continua, el análisis y la reflexión constante de los diferentes datos recolectados.

³⁵ GLASER, B. y STRAUSS, A. (1965). *Awarenes of Dying*. Chicago, Aldine Publicaciones.

³⁶ La delimitación de la teoría es un paso que se produce, como consecuencia de la comparación constante, en dos niveles: en la teoría y en las categorías. Al limitarse la teoría, en la medida en que las modificaciones se reducen, ésta se solidifica. De manera que se establece una lógica que integra e interrelaciona las categorías (1965, ob. cit.).

³⁷ GALLART, M. A. y col. (1992). *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Centro Editor de América Latina.

En la evaluación del programa de tratamiento se consideró de gran utilidad los procedimientos empleados, porque permitieron detectar rápidamente los obstáculos y puntos de conflictos, y adoptar distintas intervenciones que produjeron cambios importantes en la forma de operar de los terapeutas.

Por otra parte, a pesar de que los sujetos abandonantes que participaron en el estudio no representaban más que la mitad de los que habían abandonado en los últimos dos años, los resultados obtenidos a partir de su colaboración fueron estimados como suficientes. En este sentido, coincidimos con el equipo de terapeutas que habíamos arribado a un buen nivel de análisis, por lo tanto no se siguieron agregando más casos.

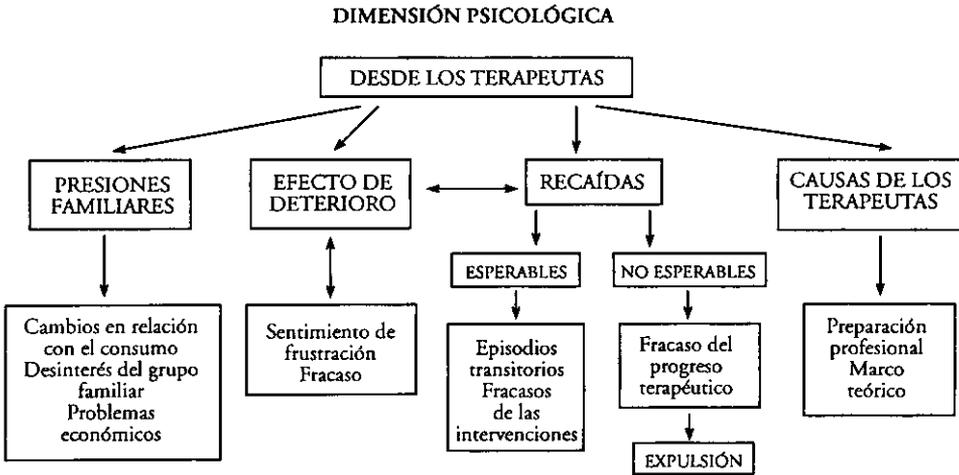
Desde el punto de vista metodológico, la *Grounded Theory* señala que se llega a la saturación teórica cuando se articulan la recolección y el análisis de los datos y sólo posteriormente se buscan nuevos grupos, con el objetivo de obtener datos sobre otras categorías que son de interés en la investigación.

En nuestro caso, los grupos posibles para ser comparados para una evaluación más completa del modelo de tratamiento son los jóvenes que actualmente están en la fase de reinserción.³⁸ Pero como el seguimiento de estos procedimientos fue sistemático y permitió llevar un control de la información y generar algunos conceptos teóricos, además de un análisis más profundo del discurso de los abandonantes,³⁹ las categorías desarrolladas hasta aquí fueron consideradas como completamente saturadas. Es decir, tanto los indicadores señalados como las categorías que emergieron a partir del análisis pueden servir para construir un instrumento adecuado para la evaluación de programas que tengan las características del modelo presentado.

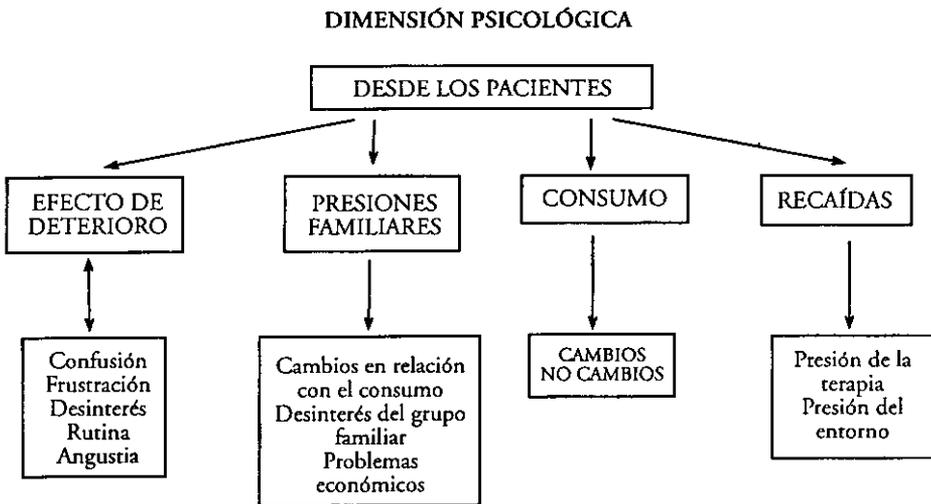
³⁸ Si bien la saturación teórica es una preocupación constante en cualquier investigación, en aquellos estudios cualitativos esto se dificulta mucho más porque no es posible saber la cantidad de grupos necesarios para el análisis. Además, en las indagaciones de este tipo los grupos surgen de acuerdo con los objetivos y propósitos de cada indagación. Por esta razón, sólo al final de una investigación es cuando se pueden contabilizar los grupos consultados.

³⁹ Ver trabajo sobre El problema de los abandonos en los tratamientos en drogadependencia. SATRIANO, C. (1996). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, V, p. 25-238.

Cuadro 1. Dimensión psicológica, desde los terapeutas



Cuadro 2. Dimensión psicológica, desde los pacientes



Referencias

- ANDRADE, S. y otros (1987). *Métodos cualitativos para la evaluación de programas*. Watertown, The Pathfinder Fund.
- BOURDIEU, P. y col. (1975). *El oficio de sociólogo*. España, Siglo XXI editores.
- BOSCH, M. FERRIZ, P. y col. (1985). Seguimiento de 152 toxicómanos tras dos y cuatro años. Cruz Roja de Barcelona. Barcelona.
- BLUMER, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- CANCINI, L., MALAGOLI-TOGLIATTI, M., MEUCCI, G. (1975). *Droga, chi, come, perché ma soprattutto: Che fare?* Firenze, Sansoni.
- COLLIER, W. (1974). A followup study of former residents of a therapeutic community. *A International Journal of Addiction*, 9.
- COMAS, D. y col. (1991). *Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica*. Madrid, Editorial Fundamentos.
- DE LEÓN, G. (1984). The therapeutic Community: Study of effectiveness. U.S. Department of Health and Human Services, Publication N° (ADM) 84-1286. Washington.
- GALLART, M. A. y col. (1992). *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Centro Editor de América Latina.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1965). *Awarenes of Dying*. Chicago, Aldine Publishing Company.
- (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago, Aldine Publishing Company.
- MEYER, A. (1995). Investigación en Psicoterapia: Problemas y métodos. Trabajo desgrabado y no publicado. Ponencia realizada en el Ciclo de Profundización 95-96: *Problemáticas de la investigación en Psicología Clínica*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.
- GUARDIA, J. (1986). Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. Palma de Mallorca.
- MARLATT, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York, The Guilford Press.
- Modelo socioterapéutico del Progetto Uomo (1984). Roma.
- O'DONELL, J. A. (1964). A followup of narcotics addicts, morality, relapse and abstinence. *America Journal of Orthopsychiatry*, 34.
- PIN, E., MARTIN, J. y WALSH, J. (1976). A followup study of 300 ex clientes of drug free narcotic treatment program in New York city. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 3.
- RIST, R. (1977). On the relations among education research paradigms: From disdain to detente. *Anthropology and Education*, 8 (2).
- SATRIANO, C. (1996). Abordajes terapéuticos en drogadependencia. Represen-

raciones acerca de las terapéuticas en el campo de las toxicomanías. Informe final PID/96. Universidad Nacional de Rosario.

SATRIANO, C. (1996). El problema de los abandonos en los tratamientos de drogadependencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, V. Buenos Aires.

STRAUSS, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York, Aldine Publishing Company.

— (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge, Cambridge University Press.

STRAUSS y CORBIN (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory procedures and techniques*. Sage Publications, The International Publishers, Newbury Park London, New Delhi.

TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R., 1992. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. España, Paidós.

WEISS, J. y SAMPSON, H. (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations and Empirical Research*. New York, The Guilford Press.