

Reflexiones metodológicas sobre la inmersión al campo con población en recaída en el consumo de drogas: un estudio preliminar

O. Carolina Illán-López

Doctorante en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara (México)

Recibido: 06/01/2014 · Aceptado: 04/07/2014

Resumen

Objetivo: Reflexionar sobre las dificultades metodológicas que surgieron en la inmersión al trabajo de campo con población usuaria de drogas en proceso de recaída.

Método: Análisis reflexivo sobre la experiencia en trabajo de campo en un estudio cualitativo con población de usuarios de drogas con recaídas en el consumo, durante un periodo de dos años.

Resultados: Partiendo de las experiencias en trabajo de campo, se desarrollan las temáticas: a) el concepto de la recaída en el consumo de drogas; b) usuarios de drogas como población de difícil acceso y; c) la práctica clínica e investigación en el ambiente institucional.

Conclusiones: Aprovechamiento de espacios institucionales de atención a usuarios de drogas como escenarios de investigación, así como un papel activo y flexible en los investigadores para adaptarse a las condiciones asociadas al fenómeno adictivo.

Palabras Clave

Adicción, recaída, población oculta, servicios de salud.

— Correspondencia a: _____
O. Carolina Illán-López
E-mail: carol_illan@yahoo.com.mx



Abstract

Objective: To reflect on the methodological difficulties arising in the immersion in fieldwork with a drug-using population in the process of relapse.

Method: A well-thought-out analysis on the experience in fieldwork in a qualitative study with a population of drug users undergoing relapse, for a period of two years.

Results: The following themes are developed, on the basis of the experiences in fieldwork: (a) the concept of a relapse into drug use; (b) drug users as a population with difficult access; and (c) clinical practice and research in the institutional environment.

Conclusions: Use of institutional areas of care for drug users as research scenarios, as well as an active and flexible role among the researchers to adapt to the conditions associated with the addiction phenomenon.

Key Words

Addictions, relapse, hidden population, health services.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de campo es el sello distintivo de la investigación cualitativa (Given, 2008), donde el campo, más allá de un contexto físico, se construye a partir de la concepción del objeto y los recursos propios del método (Vieytes, 2009), e implica una inmersión subjetiva, desde donde el investigador busca comprender el punto de vista del sujeto o grupo estudiado a través de la empatía (Guber, 2005).

En el ámbito de las ciencias sociales, los usuarios de drogas son considerados una población de difícil acceso para el estudio de esta problemática (Lindsay, 2005) y, en el contexto mexicano, hay que añadir dificultades propias de la sociedad y la cultura, el sistema de atención a la salud y el poco hábito a la investigación. Posiblemente relacionado con

la sobrecarga de trabajo en la atención, la falta de capacitación en metodología y el propio interés del personal.

De tal forma, en una sociedad donde prevalece el estigma al usuario como falto de deseo por dejar el consumo (Chang, Chen, Shen y Yu, 2009; Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2005), donde comienza a modificarse el acceso a tratamiento para los usuarios (Secretaría de Salud [SSA], 2008) y prevalece aún el estereotipo del usuario de drogas en la visión profesional (Gaete, 2007; CIJ, 2005), es valioso reflexionar sobre el entorno que rodea a los usuarios como un escenario para investigación. Más aún, en un momento socio-histórico en el que las políticas públicas fomentan la atención e investigación en adicciones (SSA, 2008) y que dichas dificultades, contrariamente, obstaculizan la indagación sobre el tema.



En este contexto, inicié la labor de trabajo de campo sobre un proyecto cualitativo cuyo tema central fue la recaída en el consumo de drogas ilegales, concepto problemático en el área de las adicciones.

A partir de mi experiencia como terapeuta en centros de atención pública especializada en adicciones y con formación en la prevención del consumo de drogas, realicé el trabajo de campo en centros de atención ambulatoria que se extendió por dos años debido a las diversas dificultades del escenario y que serán referidas más adelante.

Es preciso mencionar que, contrariamente, el contexto de atención a usuarios de drogas que conocí como terapeuta, fue muy distinto al ingresar a campo con el rol de investigador. Encontré dificultades no sólo por el perfil de la población, sino también poca claridad de la conceptualización del proceso de la recaída en el consumo de drogas, del mismo ambiente institucional con mis colegas y, además, las barreras de comunicación entre directivos y personal de la institución para la identificación de informantes. Asimismo, dificultades personales que se conjuntaron generando diversos impedimentos en el trabajo de campo.

Con base en las experiencias durante la realización del estudio, el objetivo del presente escrito fue analizar y reflexionar sobre las dificultades metodológicas que surgieron en la inmersión al trabajo de campo con población usuaria de drogas en proceso de recaída.

Concepto de recaída en el consumo de drogas

La recaída es una fase al interior del proceso del consumo de drogas, por lo que no se pue-

de analizar parcializándola sino concibiéndola dentro de su propio contexto: las adicciones.

Sin embargo, el término de recaída presenta la dificultad de tratarse de un concepto poco exacto, por lo que algunos autores la definen según diversos elementos como la temporalidad de remisión antes de recaer (Marissen, Ingmar, Waters, Blanken, van den Brink y Hendriks, 2006), el tipo de droga que se consume, la modalidad del tratamiento o los objetivos del tratamiento (Wesson, Havassy y Smith, 1986).

Esta falta de claridad dificulta la comunicación entre profesionales, tanto en el área clínica como en el área de investigación. Sobre esta última, algunos debates han sido sobre el significado de la recaída, y el nivel de uso de drogas necesarias para que el usuario consuma de nuevo (Connors, Maisto y Donovan, 1996; Donovan, 1996; Miller, 1996). Además, el cálculo de las tasas de recaída varía según la definición utilizada, el método de detección y el método elegido para calcularlas (Wesson, Havassy y Smith, 1986). Por esto mismo, no existen datos claros sobre la magnitud del fenómeno y esto no ha sido considerado en las encuestas nacionales e internacionales, pues no se contempla en ellas la medición de la prevalencia de recaídas.

El *National Institute on Drug Abuse* (2000) define la recaída en el consumo de drogas como la reanudación del uso de sustancias después de un intento de dejar de consumir. Se considera un fenómeno común en muchos trastornos crónicos, incluyendo la adicción, que requiere frecuentes ajustes conductuales y/o farmacológicos para tratarse de forma efectiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994) la define como la acción de volver a



beber o a consumir otra droga tras un período de abstinencia, acompañada a menudo de la reinstauración de los síntomas de dependencia. Ambos conceptos parten del modelo médico (Smyth y Wiechelt, 2005).

Otros autores la consideran como un estado de crisis con diversos síntomas (Büchele, Marcatti y Rabelo, 2004), un evento discreto en el que se vuelve a consumir (Wesson, Havassy y Smith, 1986), o como un proceso complejo que se produce con el tiempo, y que da como resultado la reanudación del uso de drogas acompañado de malestar emocional y psicológico (Smyth y Wiechelt, 2005; Gorski, 1990). Esta reanudación puede ser, retomando el patrón de consumo previo, o el uso diario durante un número específico de días secuenciales o un exceso en el consumo en un lapso corto de tiempo que produzca que el usuario requiera de una atención médica inmediata. (Wesson, Havassy y Smith, 1986).

Para Wesson, Havassy y Smith (1986), la recaída no es un hecho espontáneo, sino un proceso individual, no necesariamente secuencial y, aunque en esencia sugiere que es similar para muchas personas, propone que hay diferencias entre los distintos procesos del consumo de drogas. El tiempo o la secuencia de los procesos varían de una persona a otra, dependiendo de la estructuración del patrón de consumo asumido, el tipo de adicción y las redes de apoyo social, así como las estrategias de afrontamiento interiorizadas durante el tratamiento.

Las recaídas a menudo son precedidas por un período de participación en las prácticas que ayudan a establecer la recaída (Adams y Warren, 2010).

Splits, caída y recaída

Algunos autores diferencian entre recaída y caída, esta última denota una ocasión aislada de consumo de alcohol o drogas (OMS, 1994). Al respecto, clínicos e investigadores han reconocido que las caídas ocasionales pueden ocurrir sin retorno al patrón regular de consumo (Waldorf, 1983).

Pallab, Tripathi y Hem (2002) definieron a la caída como el uso de la droga de impacto por un periodo de uno a tres días, mientras que la recaída es el volver al patrón de consumo previo después de un periodo de abstinencia, al menos 4 o 5 días continuamente en una semana por un periodo mínimo de 1 semana.

Marlatt (1985) explica que el usuario de drogas experimenta primero una caída que se define como el episodio inicial de consumo después de un período de abstinencia. La caída puede contribuir al aprendizaje de nuevas habilidades para evitar el uso de sustancias o desencadenar una recaída completa. Según este marco, se produce una mayor probabilidad de recaída cuando un individuo con habilidades de afrontamiento inadecuadas experimenta con una situación de "alto riesgo" (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2008; Stetson, Beacham, Frommelt, Boutelle, Cole, Ziegler y Looney, 2005; Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia-Conyer, 2001). En este sentido, en la recaída se reanuda un nivel pre-tratamiento de abuso de sustancias (Smyth y Wiechelt, 2005).

El término "recaída" se refiere a un episodio significativo, más que una caída temporal, en el cual una persona en recuperación vuelve a patrones de comportamiento pre-



viamente asociados con su adicción (Adams y Warren, 2010).

Subtipos de recaídas

Algunos autores clasifican a la recaída en subtipos. Según la temporalidad de abstinencia, Brown, Lejuez, Kahler y Strong (2002) consideran la recaída inmediata cuando el usuario no puede mantener la abstinencia más de 24 horas. Mientras que en la recaída tardía, la abstinencia dura por lo menos tres meses o más.

Arendt, Rosenberg, Foldager, Sher y Munk-Jørgensen (2007) denominaron a la recaída parcial como el consumo de la droga de impacto menor de una vez por semana, aunque se abuse de otras sustancias. La recaída completa como el consumo de la droga de impacto más de una vez por semana, además del uso de otras sustancias.

Sin embargo, independientemente de cómo se defina la recaída y sus clasificaciones, su ocurrencia es muy común entre los usuarios en recuperación, por lo que la prevención de la recaída es un componente necesario del tratamiento de la adicción (Smyth y Wiechelt, 2005).

Partiendo de esta dificultad conceptual, inicié el trabajo de campo decidiendo optar por la conceptualización de recaída desde el modelo médico. Esta decisión la tomé debido a: a) el objetivo del estudio era analizar las primeras recaídas, más cercanas al inicial proceso de caída, y más lejanas de la recaída crónica presente en la dependencia severa; b) la apertura del concepto facilitaba en gran medida la localización de informantes y; c) pese a la dificultad conceptual, el proceso de la recaída es el mismo en los distintos conceptos.

Usuarios de drogas como población de difícil acceso

Las poblaciones de difícil acceso u "ocultas" son aquellas para las que no existe un marco de muestreo estable y, con las que generalmente hay dificultades para el acercamiento debido a que son grupos estigmatizados y/o con comportamientos ilícitos (Iguchi, Ober, Berry, Fain, Heckathorn, Gorbach, Heimer, Kozlov, Ouellet, Shoptaw y Zule, 2009; Lindsay, 2005). Los usuarios de drogas son considerados una población oculta, pero a la vez, las personas pertenecientes a otras poblaciones de difícil acceso, como indigentes o personas con VIH, tienen mayor riesgo de consumo de sustancias (Lambert y Wiebel, 1990).

Las características propias del grupo de consumidores que han dificultado el trabajo clínico y de investigación son principalmente su estilo de vida errático y personalidad inestable (Taylor y Kearney, 2005). Por esto, gran parte de los usuarios presentan diversas conductas de riesgo y fácilmente desertan del tratamiento.

Además, se añade el hecho de que la población en cuestión puede tener otras razones para ocultarse, por ejemplo, el ser mujer (Goode, 2000), o padre de familia (Taylor y Kearney, 2005), o vivir una vida clandestina (Peterson, Reisinger, Schwartz, Mitchell, Kelly, Brown y Agar, 2008). Esto dificulta aún más su identificación y su posible participación en proyectos de investigación (Lindsay, 2005).

Respecto a las dificultades de acceso e inmersión al campo con población de usuarios de drogas, Taylor y Kearney (2005) describieron dificultades que enfrentaron en el campo: a) miedo de los usuarios de drogas sobre las



implicaciones de su participación en el estudio; b) pérdida de informantes por separaciones familiares asociadas al consumo y la violencia intrafamiliar; y; c) limitaciones propias del escenario institucional, como el ambiente inadecuado para el establecimiento de una relación cordial y de confianza con los informantes, el poco éxito en la identificación de posibles candidatos para el estudio tanto por medio de su clave individual como con el personal de la institución, y que algunos servicios de salud fueran muy protectores para permitir el acceso a sus usuarios para el estudio, por la vulnerabilidad de los consumidores.

Asimismo, otra cuestión que problematiza el acceso a los informantes es el escenario donde se les busca. Se considera una mayor dificultad para acceder a la población consumidora cuando se busca a los informantes fuera del contexto de tratamiento (Peterson, *et al.*, 2008), ya que por una parte su identificación como usuarios de drogas se complejiza, así como el contactarlos después del primer acercamiento. El mismo perfil de los usuarios que no se encuentran en tratamiento, puede llegar a ser más inestable (Kelly, 2010; Taylor y Kearney, 2005).

Sin embargo, en nuestro país, la modalidad de tratamiento también puede tener implicaciones para la inmersión al campo. La dificultad inicia con la autorización institucional para poder realizar el estudio, ya que el trámite puede ser prolongado. Asimismo, una vez obtenida la autorización, el escenario de tratamiento es muy variable. En el tratamiento residencial, la población se puede considerar cautiva para el estudio, sin embargo, la mayor cantidad de establecimientos son de atención particular;

y los retos suelen ser de índole bioético, al presentarse varias irregularidades al interior de estos centros y por esta misma razón se problematiza el acceso a ellos.

El tratamiento ambulatorio profesional es de asistencia pública y la atención se encuentra regulada por normas oficiales. Sin embargo, los usuarios de estos centros se caracterizan por su inestabilidad para mantener su asistencia al tratamiento, razón que puede implicar la pérdida de informantes en el contexto académico.

Se han documentado diversas estrategias para facilitar el acceso al campo con la población usuaria de drogas. Entre ellas se encuentran el establecimiento de una sintonía psicológica y emocional (*rapport*), los muestreos no probabilísticos, y la flexibilización de la estrategia de muestreo (Kelly, 2010; Taylor y Kearney, 2005).

Existe una discusión sobre los beneficios de los muestreos tradiciones contra los cualitativos para solventar las dificultades referentes a las poblaciones ocultas. Los muestreos aleatorizados con los beneficios de generalización de resultados, pero también puede ser una estrategia costosa y requiere de un marco muestral amplio para poder excluir a algunos usuarios de drogas como informantes (Iguchi, *et al.*, 2009). Mientras que el muestreo en la investigación cualitativa tiene gran relevancia como base para la construcción del proyecto (Kelly, 2010), y utilizando las técnicas de muestreo cuantitativas buscando asegurar la calidad, se podría invalidar el estudio cualitativo (Morse, 1991).

Los procedimientos de muestreo en investigación cualitativa no son prescritos de forma



tan rígida como en los estudios cuantitativos. Esta flexibilidad en el muestreo, sin embargo, puede confundir a algunos investigadores y generar errores (Coyne, 1997), y en ocasiones no se comprenden sus implicaciones hasta que el investigador se enfrenta al campo (Kelly, 2010).

Otra implicación significativa del muestreo no probabilístico cualitativo se refiere a la importancia de la validez externa por medio del tamaño de la muestra y la calidad de la información, debido a sus consecuencias para la toma de decisiones y generación de acciones preventivas y de intervención. Este es el caso de la investigación sobre el uso de drogas (Kelly, 2010).

Para el trabajo de campo del proyecto sobre recaída en el consumo de drogas, utilizamos dos fases de muestreo: el primero, por conveniencia (Coyne, 1997), donde elegimos una población en la que no sabíamos con precisión cuántos tendrían las características buscadas. Y la segunda fase, por bola de nieve (Morse, 1991), donde un informante nos refería a una red de informantes.

Se decidió esta estrategia de muestreo debido a que contábamos con una población relativamente cautiva al aplicar la primera fase de muestreo en centros de tratamiento ambulatorio de adicciones. La segunda fase de bola de nieve, se planteó para agilizar más la identificación de informantes.

Consideramos que la estrategia de muestreo fue adecuada, debido a que permitía la identificación de un mayor número de informantes, a diferencia de otros muestreos cualitativos como el teórico, o caso control. Sin

embargo, las dificultades enfrentadas en campo, tanto del perfil de los usuarios de drogas, como la cultura institucional, dificultarían el acceso pese a la estrategia muestral planteada.

Práctica clínica e investigación en el ambiente institucional

Diversos autores señalan los beneficios de realizar investigación en centros de atención primaria en salud, como el acceso a la información sobre los usuarios de los servicios y sobre las mismas instituciones proveedoras, la relación entre profesionales de la salud y pacientes, la historia clínica, la entrevista, la familia, la comunidad, la educación, los trastornos más comunes, la promoción y la prevención, entre otros fenómenos (Ocampo, 2006). Además, la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos más fácilmente que los conseguidos en universidades, en la práctica privada o con voluntarios (Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010).

Otro beneficio al interior de este escenario es que la investigación en atención primaria se contempla como una de las funciones básicas que debe desarrollar el equipo de la institución (Cevallos, Garrido, López, Cervera y Estirado, 2004).

Sin embargo, en contraste a mi experiencia al incursionar al campo, la principal oposición que encontré fue la poca cultura hacia la investigación en los centros de atención primaria en adicciones, razón por la que el personal de la institución no estaba sensibilizado hacia el proceso del estudio, y de inicio no facilitaron la identificación de informantes.

Esta desarticulación entre clínica e investigación ha sido tema de debates desde tiempo



atrás, y diversos autores han problematizado esta cuestión. Entre ellos, Becoña (1999) enlistó diversas dificultades que observó entre el campo clínico y la investigación en adicciones, entre las que destacó la escasa incidencia de la investigación en la práctica clínica; la falta de difusión de procedimientos efectivos de la investigación a la práctica clínica; el entrenamiento clínico y metodológico; el poco acceso y la falta de interés de los clínicos sobre los avances científicos en el área clínica; y, la percepción de eficacia de la intervención clínica en la investigación y práctica clínica. La mayoría de estos problemas se mantienen en la actualidad en nuestro contexto, a excepción reciente de la difusión de procedimientos estandarizados.

Estas dificultades se relacionan en parte con la conceptualización de la investigación de manera escindida de la práctica clínica y educativa, así como un requisito incomodo durante la formación académica (Ocampo, 2006). Esta imagen puede fomentar el extrañamiento y distancia ante agentes externos que ingresan a la institución para realizar labores metodológicas, ya que desde esa concepción, las metas del clínico y del investigador parecieran lejanas la una de la otra.

Sin embargo, en México se ha iniciado el impulso hacia la psicoterapia basada en evidencias, principalmente en la clínica especializada en adicciones, situación que acerca más a ambas áreas. Actualmente, se ha fomentado la aplicación de los modelos estandarizados en la Universidad Nacional Autónoma de México (CONADIC, 2008), lo que puede beneficiar y promover la cultura de la investigación, siempre que no se fomente únicamente la reproducción de los modelos de tratamiento.

Hoy, si el personal de salud tuviera el interés por realizar tareas de investigación debe superar otras dificultades distintas a las mencionadas anteriormente. Durante el avance en el trabajo de campo, un terapeuta me expresó el interés por la labor de investigación, sin embargo, refirió la falta de capacitación institucional sobre metodología, pese a existir un área de investigación al interior de la institución. Además, de la dificultad de mediar entre el tiempo de atención a pacientes para poder realizar estudios y el no encontrar a un experto en metodología con quien pudiera asesorarse, situación por la que no había podido aventurarse a investigar pese a tener la apertura del escenario.

Entre las diversas causas documentadas que han obstaculizado la realización de investigación por parte del personal de salud, la principal ha sido la presión asistencial (Castuera-Gómez y Talavera, 2013; Ocampo, 2006; Cevallos, Garrido, López, Cervera y Estirado, 2004). También se ha argumentado la escasez de tiempo (Elizondo, Giunta, González, Dawidowski, Figar y Waisman, 2012; Ocampo, 2006; Cevallos, Garrido, López, Cervera y Estirado, 2004), las deficiencias estructurales, la ausencia de líneas de investigación (Ocampo, 2006; Cevallos, Garrido, López, Cervera y Estirado, 2004), la falta de incentivos, falta de preparación y la ausencia de motivación (Elizondo, Giunta, González, Dawidowski, Figar y Waisman, 2012; Cevallos, Garrido, López, Cervera y Estirado, 2004), falta de asesoramiento, falta de especialistas en metodología, falta de tutores, y falta de recursos económicos (Elizondo, Giunta, González, Dawidowski, Figar y Waisman, 2012; Ocampo, 2006).



Sin embargo, Castuera-Gómez y Talavera (2013) consideraron que es responsabilidad del personal administrativo y de los diseñadores de los sistemas de salud promover ambientes propicios para que el personal de salud realice investigación clínica y publique sus resultados. Para esto es necesario fortalecer los comités de investigación y bioética, para asegurar también la calidad del trabajo, y el respeto a la ética asistencial, así como a la ética en investigación (Valdez, Lifshitz, Medesigo y Bedolla, 2008).

La creación de un ambiente propicio para que el personal de salud haga investigación facilitaría la generación de conocimiento lo que incidiría también en la calidad de la atención (Castuera-Gómez y Talavera, 2013).

Experiencias en la inmersión al campo

Este artículo parte de la experiencia en dos escenarios distintos, donde se realizó la búsqueda de informantes para un estudio cualitativo sobre la recaída en el consumo de drogas.

Desde el inicio de esta labor, se fueron encontrando distintos desafíos que fueron entorpeciendo el avance; estos retos fueron tanto conceptuales, como propios de la cultura institucional, del perfil de los usuarios de drogas, y de índole personal.

En la primera institución, a la que se acudió para solicitar el permiso para la realización del estudio, era un organismo ya conocido personalmente con anterioridad como contexto clínico, pero al que por primera vez acudía un sujeto externo con fines de investigación. El trámite tuvo una duración de seis meses, en los

cuales se presentó el proyecto ante el Comité de Investigación y Ética, y dieron su aprobación fijando un centro de tratamiento de adicciones como primera sede para el estudio.

En el establecimiento designado se realizó el primer acercamiento al campo buscando candidatos para participar en la fase piloto del estudio. Los criterios de inclusión correspondían a jóvenes de 18 a 25 años (Krauskopf, 2011), usuarios de drogas ilegales, que presentarían alguna recaída en el consumo ya que se buscaba analizar las primeras recaídas en el consumo.

En las diversas visitas al centro de tratamiento, pude observar una sobrecarga de trabajo del personal que allí laboraba y se reflejaba en actitudes de estrés y enojo entre compañeros.

Asimismo, al reunirme con mi contacto refería una falta de dedicación de sus compañeros para revisar entre sus pacientes a quienes cumplieran con los criterios de inclusión.

Las estrategias utilizadas para agilizar la localización de informantes, fue revisar el archivo de expedientes, modificar los criterios de inclusión, y revisar la base de datos del perfil de usuarios que recibían en el centro. Las primeras dos estrategias no fueron fructíferas, principalmente porque los expedientes de pacientes con tratamiento en curso los tenían los terapeutas. Sobre la base de datos, se mostraba que un porcentaje de usuarios sí podrían cumplir los criterios de inclusión, sin embargo no tenían información sobre las recaídas de los usuarios, sólo de los candidatos al programa de prevención de recaídas, que no necesariamente habían experimentado una vuelta al consumo.



Después de cuatro meses y de localizar a sólo dos candidatos, decidí cambiar de escenario. Los motivos fueron el observar que gran parte de la población que acudía al servicio, eran adultos con un grado severo de dependencia y el nivel de actividades del personal que no favorecía el dedicar un espacio para identificar candidatos.

El segundo escenario fueron cuatro centros de tratamiento en otro sistema de atención pública especializada en adicciones, donde se pudieron finalizar las entrevistas en el lapso de un año. Durante la fase piloto, tres centros me derivaron a un usuario cada uno para las entrevistas, tardando mes y medio para identificar a los candidatos. Sin embargo, una vez finalizada esta primer etapa, se presentaron nuevamente las dificultades para encontrar nuevos informantes, pese a que los criterios de selección fueron revisados y retroalimentados por los directivos de cada centro y que la recaída en el consumo es un fenómeno muy común en el proceso adictivo.

Con base en esto, me cuestioné estas dificultades y comencé a fijar más mis observaciones en el equipo de los centros y en mi persona. Platicando con los terapeutas, percibí poca claridad respecto al perfil de usuarios que requería para el estudio. Algunos no sabían los criterios de inclusión, y otros no sabían que yo estaba buscando candidatos para un estudio. Observe entonces, cómo un directivo contactaba vía telefónica a los terapeutas y preguntaba por candidatos para el estudio, modificando sutilmente los criterios de selección –pacientes “en recaída”, en lugar de “con alguna recaída a lo largo de su proceso adictivo”- u omitiendo algún criterio.

Asimismo, en más de una ocasión se acercó a mi algún terapeuta preguntándome por el tipo de recaída que debían haber tenido los usuarios para ser candidatos para el estudio. Pese a explicar la apertura del concepto del que partía –el modelo médico-, inicialmente esto no favorecía la derivación de usuarios para las entrevistas. Comúnmente, el concepto de recaída ha estado vinculado con la adultez y la dependencia severa, por lo que a los terapeutas les costaba alejarse de la imagen previa del dependiente con recaídas frecuentes. Sin embargo, poco a poco se fue clarificando con el personal.

Otro evento significativo fue que en dos ocasiones, un psiquiatra y un psicólogo, durante el primer acercamiento con ellos, me cuestionaron sobre mi formación académica y mis contactos para estar realizando la investigación en esa institución. Con base en estos sucesos, comencé a considerar algunas vertientes.

En primer lugar, yo era una desconocida en los centros de tratamiento y durante los primeros meses, intentando localizar informantes, no había modificado ese rol en la institución. Situación que fomentaba el que no me familiarizara con el ambiente institucional y, avivaba los problemas de comunicación al no relacionarme más con el personal del centro.

Otra situación fue que yo había supuesto cierta cultura y experiencia en investigación en la institución, así como la familiaridad de recibir agentes externos para realizar estudios. Esto debido a que existe un área para actividades científicas en adicciones, y un procedimiento claramente especificado para los investigadores externos que deseáramos realizar estudios en la institución. Sin embargo, en charlas infor-



males con el personal del centro, refirieron que no eran actividades habituales.

Asimismo, algunos servidores de la institución expresaron el deseo de realizar estudios, sin embargo la carga de trabajo, la falta de capacitación en esta materia, y el no identificar algún experto para asesorarse, impedían el cumplimiento de ese propósito.

Otra circunstancia personal que debí atender, fue mi experiencia previa en el campo de las adicciones como clínica. Si bien brindó beneficios para la elaboración y diseño del proyecto, así como facilitar el acercamiento con los informantes al conocer previamente sus tipologías de carácter. En el trabajo de campo generó la dificultad de tener una referencia previa con la que observaba y escuchaba a los usuarios. Apareció la necesidad de discernir entre mi bagaje y flexibilizarme cuestionando constantemente este conocimiento, priorizando la escucha al informante.

CONCLUSIONES

El fenómeno de las adicciones es muy complejo y representa un reto tanto en la clínica como en la investigación. Las condiciones socioculturales de los usuarios de drogas los vuelven una población de difícil acceso, para quienes hay que diseñar estrategias eficaces de prevención y atención.

Sin embargo, para el cumplimiento de esta meta, se observa a los escenarios institucionales poco aprovechados para trabajo de campo pese a ser un espacio que facilita el acercamiento con la población de usuarios consumidores de drogas. Y a esto se asocia una carencia en la formación metodológica en el personal de

los centros, así como una mayor apertura para los investigadores externos.

Esta situación se debe problematizar, ya que repercute en el cumplimiento de las nuevas políticas que buscan dar respuesta a las necesidades sociales y a la problemática del consumo de drogas como un problema de salud pública.

Para aprovechar los escenarios de tratamiento, hay que considerar estrategias encaminadas a facilitar el acceso a las instituciones y centros de tratamiento de adicciones, considerando las limitantes propias del escenario y de la población.

Para esto, se observa la relevancia de establecer una sintonía psicológica y emocional, no sólo con los informantes, sino también con el personal institucional para facilitar el acceso a campo, y así poder considerar el contexto y cultura institucional en el que se atiende a los usuarios para el análisis del fenómeno adictivo.

Además, hay que considerar estrategias de muestreo flexibles que no excluyan a posibles informantes entre los usuarios de drogas, debido al campo muestral reducido y la posible pérdida de informantes. Esto, sin desatender el objetivo propio de la investigación.

Respecto al fenómeno de la recaída en el consumo de drogas, es necesario comprenderlo como una etapa esperable dentro del proceso mismo de la adicción, más que como una falla en el tratamiento o del terapeuta. Además, es necesario que el personal de salud mantenga una perspectiva crítica para cuestionarse sobre el estereotipo social del usuario de droga y del fenómeno de la recaída en el consumo de drogas, que puede afectar su perspectiva como terapeutas.



Asimismo, el proceso de la caída y recaída en el consumo de drogas se observa no solo en usuarios con dependencia severa, e identificarla en los usuarios que se encuentran en niveles de consumo previos puede ayudar a comprender el fenómeno de la recaída misma, y los primeros acercamientos a la compulsión hacia el consumo.

Por otra parte, se requiere de un papel activo y flexible del investigador respecto a la adaptación al escenario, analizando los efectos de la inmersión al campo en él mismo, y en el entorno.

AGRADECIMIENTOS

Doy las gracias al Dr. Martín Acosta Fernández por su apoyo y asesoría en la redacción de este escrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, P. y Warren, H. (2010) Responding to the risks associated with the relapse of recovering staff members within addiction services. *Substance Use & Misuse*, 45, (6), 951-67.
- Arendt, M.; Rosenberg, R.; Foldager, L.; Sher, L. y Munk-Jørgensen, P. (2007). Withdrawal symptoms do not predict relapse among subjects treated for cannabis dependence. *American Journal on Addictions*, 16, (6), 461-7.
- Becoña, E. (1999) La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, (2), 71-103.
- Brown, R.; Lejuez, C.; Kahler, C. y Strong, D. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, (1), 180-185.
- Büchele, F.; Marcatti, M. y Rabelo, D. (2004). Dependência química e prevenção à "recaída". *Texto & Contexto Enfermagem*, 13, (2), 233-240.
- Castuera-Gómez, C. y Talavera, J. (2013). Práctica médica e investigación clínica: claves para generar conocimiento y mejorar la atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51, (4), 364-7.
- Centros de Integración Juvenil. (2005). *Niños, adolescentes y adicciones*. Distrito Federal: Centros de Integración Juvenil (CIJ).
- Cevallos, C.; Garrido, S.; López, M.; Cervera, E. y Estirado, A. (2004). Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos. *Atención Primaria*, 34, (10), 520-7.
- Chang, M.; Chen, Y.; Shen, C. y Yu, L. (2009). Dimensions of disease stigma in Taiwan: A multidimensional scaling analysis. *Journal of Psychology in Chinese Societies*, 10, (1), 65-84.
- Coyne, I. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 623-630.
- Connors, G.; Maisto, S. y Donovan, D. (1996). Conceptualizations of relapse: A summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91, S5-S13.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2008). Programa de Prevención de Recaídas. Distrito Federal: El Consejo (CONADIC).
- Donovan, D. (1996). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction*, 91, S29-S36.
- Echeburúa, E.; de Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas:



un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, (2), 85-99.

Elizondo, C.; Giunta, D.; González, F.; Dawidowski, A.; Figar, S. y Waisman, G. (2012). La investigación clínica en residencias de medicina interna de la Argentina: Facilitadores y barreras. *Medicina*, 72, 6, 455-460.

Gaete, T (2007) Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos: el juicio psicológico. *Revista de Psicología*, 16, (2), 53-77.

Given, L. (2008). *The SAGE Encyclopedia of qualitative research methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications,

Goode, S. (2000). Researching a Hard-To- Access and Vulnerable Population: Some Considerations on Researching Drug and Alcohol-Using Mothers. *Sociological Research Online*, 5, 1.

Gorski, T. (1990). The CENAPS model of relapse prevention: Basic principles and procedures. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22, (2), 125-133.

Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.

Iguchi, M.; Ober, A.; Berry, S.; Fain, T.; Hec-kathorn, D.; Gorbach, P.; Heimer, R.; Kozlov, A.; Ouellet, L.; Shoptaw, S. y Zule, W. (2009) Simultaneous recruitment of drug users and men who have sex with men in the United States and Russia using respondent-driven sampling: sampling methods and implications. *Journal of Urban Health*, 86, 5-31.

Kelly, B. (2010). Sampling and recruitment issues in qualitative drugs research: reflections

on the study of club drug users in metro New York. *Substance Use Misuse*, 45, (5), 671-83.

Krauskopf, D. (2011). Enfoques y dimensiones para el desarrollo de indicadores de juventud orientados a su inclusión social y calidad de vida. *Última década*, 19, (34), 51-70.

Lambert, E. y Wiebel, W. (1990). The collection and interpretation of data from hidden populations. *NIDA Research Monograph*, 98, 1-3.

Lindsay, J. (2005) Getting the Numbers: The Unacknowledged Work in Recruiting for Survey Research. *Field Methods*, 17, (1), 119-128.

Marissen, M.; Ingmar, H.; Waters, A.; Blanken, P.; van den Brink, W. y Hendriks, V. (2006). Attentional bias predicts heroin relapse following treatment. *Addiction*, 101, (9), 1306-1312.

Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon, (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-70). New York: Guilford Press.

Medina-Mora, M.; Natera, G.; Borges, G.; Cravioto, P.; Fleiz, C. y Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24, (4), 3-19.

Miller, W. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, 91, S15-S27.

Morse, J. (1991). Strategies for sampling. In J. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research. A contemporary dialogue* (pp. 127-145). Newbury Park: SAGE.



- National Institute on Drug Abuse (2000). *The Brain: Understanding Neurobiology Through the Study of Addiction*. Colorado: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Ocampo, P. (2006). La investigación científica en la práctica clínica del médico familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 8, (2), 53-56.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Pallab, K.; Tripathi, B. y Hem, R. (2002). Coping behaviors and relapse precipitants in opioid dependence: a study from North India. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 135-140.
- Peterson, J.; Reisinger, H.; Schwartz, R.; Mitchell, S.; Kelly, S.; Brown, B. y Agar, M. (2008). Targeted Sampling in Drug Abuse Research: A Review and Case Study. *Field Methods*, 20, (2), 155-170.
- Secretaría de Salud. (2008). *Programa de acción específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones*. Distrito Federal: Secretaria de Salud (SSA).
- Smyth, N. y Wiechelt, S. (2005). Drug use, self-efficacy and coping skills among people with concurrent substance abuse and personality disorders: Implications for relapse prevention. *Journal of Social Work Practice in the Addiction*, 5, (4), 63-79.
- Stetson, B.; Beacham, A.; Frommelt, S.; Boutelle, K.; Cole, J.; Ziegler, C. y Looney, S. (2005). Exercise slips in high-risk situations and activity patterns in long-term exercisers: an application of the relapse prevention model. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, (1), 25-35.
- Taylor, N. y Kearney, J. (2005). Researching Hard-to Reach Populations: Privileged Access Interviewers and Drug Using Parents. *Sociological Research Online*, 10, 2.
- Valdez, E.; Lifshitz, A.; Medesigo, J. y Bedolla, M. (2008). Los comités de ética clínica en México: la ambigua frontera entre la ética asistencial y la ética en investigación clínica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24, (2), 85-90.
- Vieytes, R. (2009). campos de aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa. En Merlino A (ed.), *Investigación cualitativa en ciencias sociales* (pp. 43-84). Buenos aires: Cengage Learning.
- Wesson, D.; Havassy, B. y Smith, D. (1986) Theories of relapse and recovery and their implications for drug abuse treatment. *NIDA Research Monograph*, 72, 5-19.
- Waldorf, D. (1983). Natural recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery. *Journal of Drug Issues*, 13, (2), 237-280.