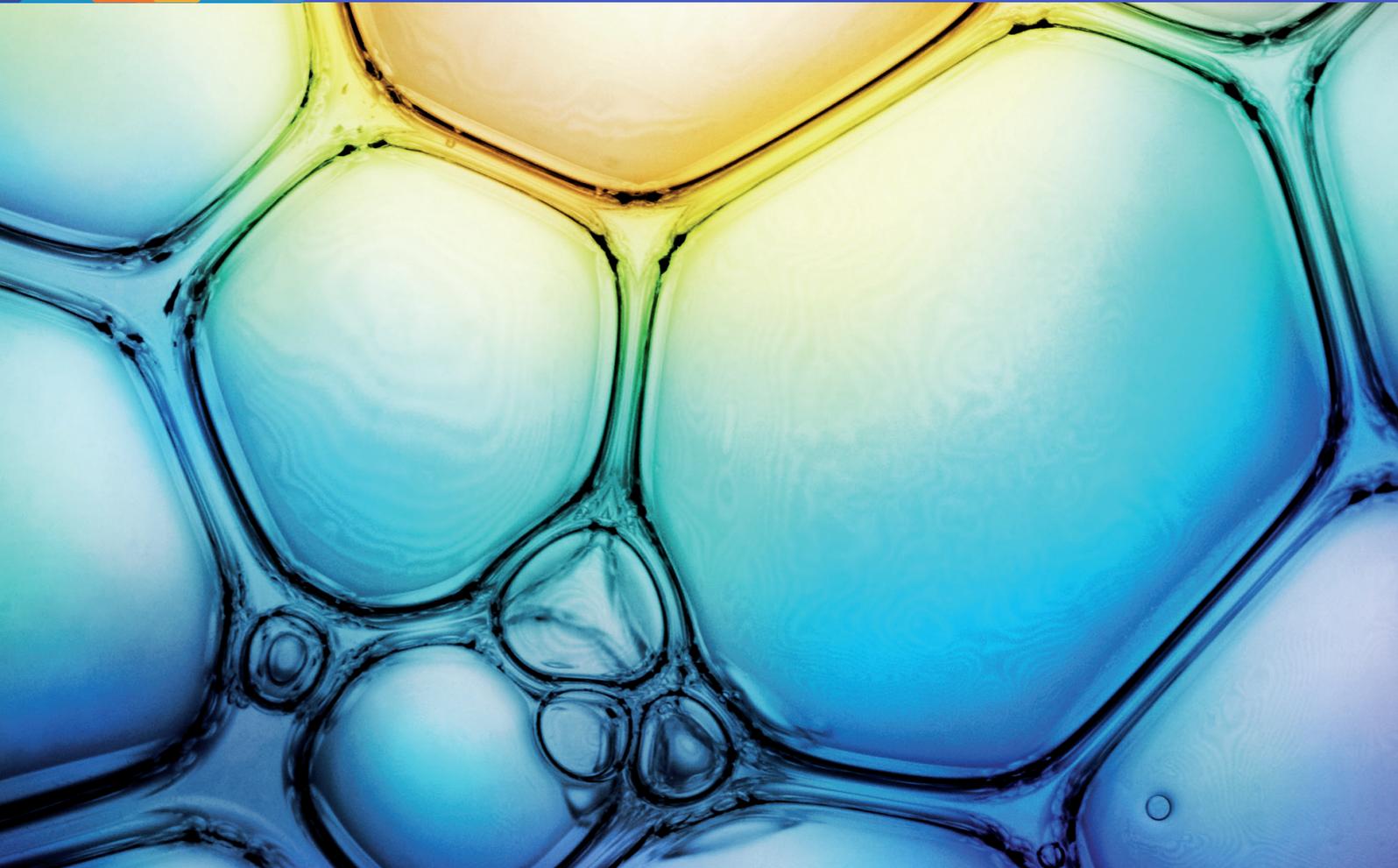


# Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010  
ISSN: 2013-9063

Universitat  
de Girona



# Índex

# Índice

# Summary

Article Artículo Paper	Muñoz-Zaragoza, A., Francisco, A., Calvo, F. (2021)
1	¿Los vendedores de drogas ilegales pueden contribuir a la reducción de daños asociados al consumo? Potencial preventivo de <i>dealers</i> en el momento de la adquisición de la sustancia ... 7
Article Artículo Paper	Lucena, V. (2021)
2	Influencia de la adherencia terapéutica en la finalización del tratamiento en personas adictas ..... 35



# Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010  
ISSN: 2013-9063

Universitat  
de Girona

**Feu, J., Prieto-Flores, Ò. (2021)**  
**"Editorial"**

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades  
Vol. 10. Núm. 2: 3- 6

# Editorial

Jordi Feu<sup>1</sup>

Òscar Prieto-Flores<sup>2</sup>

El maig del 2011, un grup de professors i professores de la Universitat de Girona, en el marc dels nous plans d'estudi dels graus de Pedagogia i Treball Social es va creure oportú crear una revista científica, de caire interdisciplinari, que pogués donar sortida a recerques realitzades en el marc d'aquests dos àmbits.

La revista es va “cuinar” en un moment que s'iniciava el debat a Catalunya d'allò que ja havia fresat camí en l'àmbit internacional: la necessitat que les publicacions científiques fossin en accés obert, cosa que representava que les publicacions fossin ràpidament accessibles i sense cap cost per als lectors i científics del camp. La Revista Pedagogia i Treball Social fou de les primeres en utilitzar la plataforma Open Journal System (del Public Knowledge Project) a la Universitat de Girona.

Des d'aleshores s'han publicat dos volums per any, el que equival a 22 números, més de 90 articles fonamentalment d'àmbit nacional i estatal que tenen el seu origen en investigacions científiques, algun treball de doctorat i màster i, fins i tot, algun treball de fi de grau de qualitat contrastada.

---

1 i 2. Editors sortint

Com a directors de la revista volem agrair de manera expressa i diàfana la gent que ha format part del comitè editorial, del grup de revisors, així com els i les articulistes i el públic que se n'ha servit.

En els moments que ens trobem pensem que és oportú fer una reflexió compartida centrada en la dificultat que suposa sobreviure en un cotext de publicació altament mercantilitzat, jeràrquic, i sobretot poc sensibilitzat en les minories lingüístiques. Ja fa temps que se senten veus crítiques en aquest sistema. Crítica que, en el moment de canvi de pas d'aquesta revista, volem deixar palès.

Com hem apuntat, amb aquest número la revista tanca una etapa i en comença una altra amb una nova perspectiva i un nou equip editorial de persones compromeses i il·lusionades en un projecte lliure de qualsevol herència i condicionants.

Estem convençuts que aquest nou equip portarà encara més lluny la qualitat d'aquesta revista i sabrà trobar l'encaix, a fi de consolidar-la en el context que ens trobem.

Gràcies nou equip editorial per agafar el timó, i gràcies lector i lectora per continuar confiant amb aquesta revista.



# Pedagogia i Treball Social

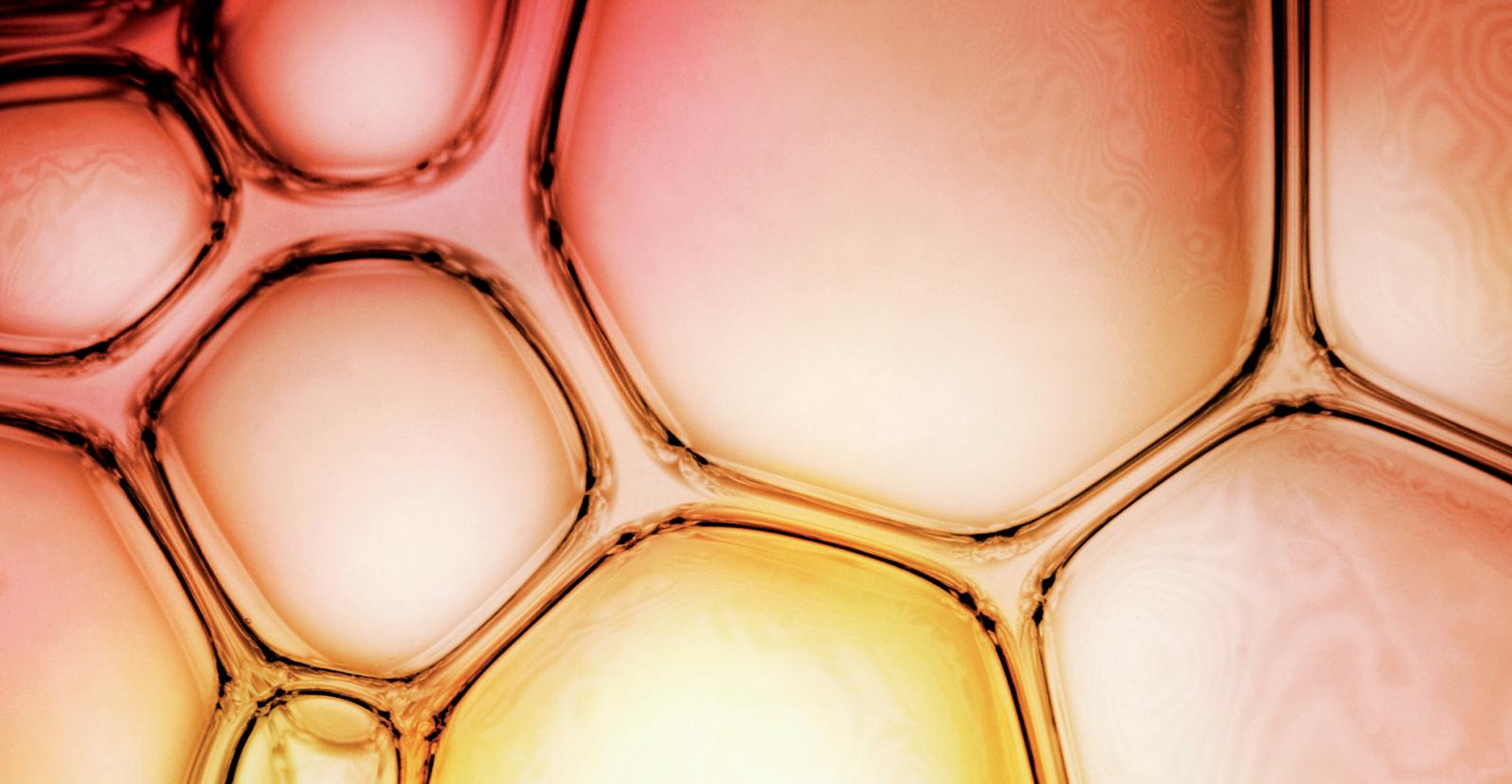
Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063



# Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010  
ISSN: 2013-9063

Universitat  
de Girona

**Muñoz-Zaragoza, A., Francisco, A., Calvo, F. (2021)**  
**"¿Los vendedores de drogas ilegales pueden contribuir a la reducción de daños asociados al consumo? Potencial preventivo de *dealers* en el momento de la adquisición de la sustancia."**

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades  
Vol. 10. Núm. 2: 7- 34

# ¿Los vendedores de drogas ilegales pueden contribuir a la reducción de daños asociados al consumo? Potencial preventivo de dealers en el momento de la adquisición de la sustancia

Alba Muñoz-Zaragoza<sup>1</sup>

Adriana Francisco<sup>1,2</sup>

Fran Calvo<sup>1</sup>

---

## Resumen

Objetivo: Las acciones, programas, proyectos e intervenciones de reducción de daños asociados a los consumos de drogas en Cataluña y España se llevan a cabo, mayoritariamente, con los consumidores y el impacto de su consumo en la comunidad. Existen además algunas experiencias en las que se desarrollan programas con vendedores de drogas legales como las dirigidas a minimizar el impacto del consumo de tabaco o alcohol. En cambio, el trabajo preventivo con personas que venden drogas ilegales, pese a que son sujetos activos de la propia transacción, es prácticamente inexistente, al contrario que en otros países. El objetivo de la presente investigación es adquirir información sobre el estilo de vida de los distribuidores de drogas ilegales y analizar la posibilidad de invo-

---

1. Departamento de Pedagogia, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona

2. Piso terapéutico de reinserción Cosmos, Fundació Salut i Comunitat, Barcelona

lucrarlos en las acciones preventivas y de reducción de riesgos asociados al consumo de sustancias.

**Metodología:** Para llevarlo a cabo, se ha materializado el diseño cualitativo de contenido temático a partir de entrevistas semiestructuradas a ocho personas vendedoras de drogas ilegales en Catalunya, dirigidas a obtener información sobre su predisposición y sensibilización hacia la promoción de la salud de sus clientes.

**Principales resultados obtenidos:** Los principales resultados muestran la posibilidad de generar acciones de prevención y reducción de riesgos teniendo en cuenta a los consumidores y distribuidores, determinando así, la necesidad de un cambio de paradigma en el trabajo con personas que usan drogas.

**Palabras clave:** vendedores de drogas ilegales, personas que usan drogas, reducción de daños, intervención comunitaria.

---

## Abstract

**Objective:** Actions, programs, projects and interventions of harm reduction related with drug-consumption in Catalonia and Spain are focused in people that use drugs and in its impact in the community. There are some experiences involving legal-drug sellers addressed to minimize the impact of tobacco or alcohol use. Otherwise, the preventive actions with persons that deal illegal-drugs is normally inexistent, although there are some experiences in other countries. The objective of this research is to access to information about life styles of illegal drug-dealers and analyse the possibility of engagement in preventive and harm reduction actions related with drug consumption.

**Method:** A qualitative study was conducted using a thematic content analysis of eight semi-structured interviews to persons who deal illegal drugs in Catalonia. The interviews were addressed to obtain information about their position and sensibilization to health promotion of their clients.

**Main results:** Main results shown positive possibilities to generate prevention and harm reduction actions involving illegal drug dealers and persons who use drugs. A discussion about the necessity of a change of paradigm in the field of harm reductions was conducted.

**Keywords:** illegal-drugs sellers, persons who use drugs, harm reduction, community intervention.

## 1. Los vendedores de drogas ilegales pueden contribuir a reducir los daños asociados al consumo: potencial preventivo de *dealers* en el momento de la adquisición de la sustancia.

El concepto de reducción de daños asociados al consumo de drogas (RD) define acciones, programas, servicios, intervenciones y/o planes de actuación dirigidos a minimizar los efectos nocivos del consumo de drogas (Erikson, 1995).

En Catalunya y España, la RD está enfocada principalmente a trabajar con las personas consumidoras. La creación del primer programa de RD nació cuando se aprobó el Real Decreto 5/1996 del 15 de enero, modificando el Real Decreto 75/1990 del 19 de enero, que consistía en regular el intercambio de jeringuillas y la supervisión en las salas de consumo (Chica et al., 2019). Los programas más habituales de RD en el territorio nacional son: el programa de intercambio de jeringuillas, las salas de inyección seguras con supervisión y los programas de prevención de sobredosis por opiáceos o psicoestimulantes a partir de la formación de agentes de salud (Calvo et al., 2017). Para las personas con dependencia a la heroína, los programas de mantenimiento con metadona presentan una gran eficacia para modificar las prácticas de riesgo asociadas al consumo (Martínez et al., 2018).

Por otro lado, la reducción de riesgos son también propuestas preventivas pero dirigidas en este caso a prevenir específicamente el uso perjudicial de drogas consumidas de manera recreativa (Insúa y Grijalvo, 2000). Así, cuando los individuos ya han decidido usar determinadas sustancias, se les ofrece modelos útiles de consumo basados en el menor riesgo posible poniendo a su disposición la atención y los espacios de información necesarios.

En el estado español, las acciones en materia de RD suelen dirigirse a personas usuarias de drogas o entornos comunitarios en los que las consecuencias del consumo son más evidentes (Sepúlveda et al., 2008).

Excepcionalmente existen algunas experiencias en las que las empresas que proporcionan las sustancias se adhieren a campañas para la reducción de daños y riesgos. Es un ejemplo de ello el proyecto *Q de Festa!*, una propuesta basada en la prevención y reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol y al ocio nocturno, donde diferentes espacios

de música y baile cuentan con recursos y servicios relacionados con la salud, favoreciendo el bienestar de las personas que hacen uso. Así, los locales de ocio nocturno adheridos ofrecen alcoholímetros para poder calcular el nivel aproximado de gramos de alcohol en sangre de la persona usuaria, máquinas expendedoras de alimentos dulces y salados, acceso a agua potable fresca gratuita para garantizar el riesgo de deshidratación, profesionales en reducción de riesgos, entre otros (Q de Festa, 2021).

En el ámbito de las drogas ilegales, existen experiencias en países europeos que incluyen a los vendedores o *dealers* en el trabajo preventivo, para así poder contribuir en la mejora de la calidad de vida de las personas consumidoras. Por ejemplo, el acceso a relaciones de confianza y una buena comunicación entre clientes y distribuidores protege a los consumidores de ciertos riesgos asociados al consumo poco saludable (Bardwell et al., 2019).

En la ciudad de Toronto, se ha contado con la participación activa de los vendedores de drogas ilegales con los que se ha comprobado que, las relaciones y los mensajes que transmiten contribuyen a la mejora de la salud de los consumidores, por ejemplo, respecto a los accidentes por sobredosis (Kolla y Strike, 2020). En Ámsterdam, se celebró el llamado *Trato Social*, una sesión de formación entre traficantes y consumidores donde se acordó la llamada *Carta para el distribuidor social* (Southwell, 2008). Esta sesión permitió formación a los vendedores de drogas ilegales y a los consumidores para así contribuir al consumo más consciente y responsable. La iniciativa tenía como objetivos principales: no vender estupefacientes a menores de edad, no superar los cien euros en deudas, asegurar la calidad y la cuantía del producto, establecer ciertos horarios de venta, vetar la violencia, solo aceptar dinero a cambio de la sustancia y tener un límite de cincuenta clientes por vendedor (Southwell, 2008). A partir de estas ideas, surgieron más cartas adaptadas a las necesidades de cada localidad como podría ser al Este de Londres, fomentada por *Crack Squad*, la cual se llamaba *Protect & Serve Up*. Esta, se basaba en el peso deseado, la calidad, el tiempo y la reacción a la demanda. También expresaba la necesidad de fidelizar clientes para así asegurar su lealtad delante de los cuerpos de seguridad. A este movimiento se le podía añadir actuaciones preventivas como la entrega de material esterilizado para la promoción del consumo saludable, hecho que se presentó como una oportunidad de protección para ambas partes (Southwell, 2008).

Cabe destacar que, en este mismo ámbito, la propia ilegalidad de la acción de vender dichas sustancias y la estigmatización de las personas que usan drogas dificulta, de facto su investigación y evaluación (Marco et al, 2021).

Teniendo en cuenta estas experiencias que incluyen a los vendedores de drogas ilegales en la promoción de la salud y la prevención de riesgos y daño asociados al consumo y la falta de experiencias similares en España, el objetivo de esta investigación fue adquirir información sobre el estilo de vida de los vendedores de drogas ilegales para explorar las posibilidades de desarrollar acciones preventivas en el momento de la transacción de compra-venta de sustancias.

## 2. Método

### 2.1 Diseño

Estudio cualitativo fenomenológico de análisis de contenido temático mediante entrevistas semi-estructuradas dirigidas a obtener información sobre el estilo de vida de los vendedores de drogas ilegales con el propósito de explorar su predisposición y sensibilización a la hora de desarrollar acciones preventivas en el momento de la transacción de la compra-venta de sustancias

### 2.2 Participantes

La muestra estuvo conformada por ocho vendedores de drogas ilegales, seis hombres y dos mujeres con una media de edad de 32 años (DE = 8,4; rango de 24-46 años) de siete municipios de Catalunya.

En cuanto a la tipología de sustancias cinco eran vendedores de marihuana y tres de cocaína (uno de los cuales también vendía heroína). Ver tabla 1.

El tipo de muestreo fue intencional y por conveniencia seleccionando a los participantes por motivos de accesibilidad y de su experiencia para dar respuesta al objetivo de la investigación.

### 2.3 Procedimiento

Se contactó con profesionales de la intervención en medio abierto en materia de reducción de daños que, a partir de una red de expansión verbal con otros individuos de su

sistema de conocimiento y proximidad, los cuales tenían contactos que estaban dispuestos a participar en la investigación, reclutaron a los participantes.

Las entrevistas, realizadas por dos profesionales del sector social e investigadores, se registraron en audio, se transcribieron y se procedió a realizar un análisis de contenido temático de enfoque fenomenológico. Para ello se identificaron las categorías y subcategorías que mejor definieran el contenido para dar respuesta al objetivo de la investigación (Gibbs, 2013). Este análisis fue realizado por dos investigadores.

Se incluyeron citas textuales extraídas de las transcripciones para así tener información directa que ejemplificara los resultados obtenidos. Las entrevistas se hicieron en castellano y en catalán según la elección de cada participante, Las que se hicieron en catalán se tradujeron al castellano con el fin de homogeneizar el idioma en la fase de análisis.

## 2.4 Instrumento

Las entrevistas semi-estructuradas empezaron con la presentación de ambas personas y la explicación de la finalidad de la investigación. Para poder contextualizar la situación con cada participante, se consideró relevante adquirir información sobre las motivaciones de iniciación y las características de las personas entrevistadas. Por este motivo se incluyó un apartado con preguntas que estaban más centradas en el estilo de vida del participante.

Para conocer con más detalle el tipo de sustancias que estaban a disposición de los consumidores y sus características, se precisó saber cuál era el conocimiento de los vendedores sobre la composición de su producto.

Para acceder a información alrededor de las potencialidades de los vendedores de drogas ilegales en el momento del intercambio, se exploraron las relaciones, concepción sobre las responsabilidades y la confianza entre ambas partes. Esto permitió la reflexión sobre las posibilidades de efectuar un trabajo preventivo.

El modelo de entrevistas incluía algunas afirmaciones y cuestiones que permitían conocer su criterio sobre la *Carta del vendedor con consciencia social* (Southwell, 2008).

Las preguntas empleadas durante la entrevista semi-estructurada incluyeron los siguientes ítems: i) cuándo empezó a vender drogas y por qué motivo, ii) si los clientes eran habituales, iii) género y edad de los clientes, iv) método, hora y lugar de contacto con los compradores, v) creencia sobre si su producto era la primera opción de compra de sus clientes, vi) métodos utilizados para contrastar la calidad de la sustancia, vii) métodos usados para informar a los compradores de la calidad del producto, viii) qué relación y nivel de confianza tenían con los clientes, ix) posibles situaciones en las que los compradores no estaban en condiciones óptimas debido al consumo de drogas y si el vendedor se sentía responsable o daba consejos de salud, x) si se establecían relaciones personales más allá de la transacción y cuáles, xi) si estaría dispuesto a dar mensajes de reducción de daños, xii) si estaría dispuesto a distribuir material de reducción de daños, xiii) opinión sobre las posibilidades de mantener relación con profesionales de la salud con el objetivo de aplicar acciones para reducir daños asociados al consumo, xiv) percepción sobre si los clientes valorarían más un vendedor que da consejos de salud o si eso sería una barrera para la relación, xv) opinión sobre la afirmación de los clientes sobre que las relaciones de confianza con los vendedores son una parte clave para proteger al consumidor, y xvi) opinión sobre la carta de vendedor con consciencia social de Ámsterdam.

## 2.5 Aspectos éticos

Se solicitó permiso a cada participante para poder grabar el audio de las entrevistas. Ambas partes se comprometieron a respetar la confidencialidad de los datos obtenidos. Las personas entrevistadas dieron su consentimiento informado para que los datos tuvieran como única finalidad contribuir en la investigación propuesta, usando la información de forma agregada.

## 3. Resultados

Inicialmente se reclutaron un total de doce personas. Durante el proceso se perdieron cuatro participantes: se disolvió el contacto con dos de ellas y las dos restantes se negaron a participar por posibles repercusiones legales. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los participantes en la investigación.

**Tabla 1. Características de los participantes**

Código del participante	Género	Edad	Tipología de venta actual	Tiempo como vendedor de drogas
V1	Hombre	26 años	Marihuana	9 años
V2	Hombre	28 años	Marihuana	6 años
V3	Mujer	28 años	Marihuana	10 años
V4	Hombre	25 años	Marihuana	9 años
V5	Hombre	38 años	Cocaína	22 años
V6	Mujer	46 años	Cocaína y heroína	24 años
V7	Hombre	24 años	Marihuana	7 años
V8	Hombre	41 años	Cocaína	20 años

La tabla 2 incluye la clasificación de códigos y subcódigos detectados en el análisis de contenido temático a partir de la transcripción de las entrevistas.

**Tabla 2. Clasificación de códigos y subcódigos**

Códigos	Subcódigos
Motivaciones de inicio	Consumo gratuito Necesidad económica y dinero fácil
Tipología de clientes	Clientes habituales y/o esporádicos Género y edad de los consumidores
Conocimiento del producto	Primera o segunda opción de compra Funcionamiento de los controles de calidad
Nivel de confianza	Acceso de los clientes a la composición de la droga Relación entre el vendedor y el consumidor Relación entre la calidad y la confianza
Responsabilidad del vendedor	Sensibilización Soporte al consumidor
Predisposición al consumo saludable	Consejos de salud Intermediarios para un consumo más seguro.
La opinión real de los vendedores	Posible aplicación de un cambio de paradigma Barreras La prevención desde una mirada diferente.

Cada unidad de análisis (código) permitió el análisis para conocer la percepción de los participantes y su implicación a la hora de llevar a cabo acciones enfocadas a la promoción de la salud de sus clientes en el momento de compra y venta de drogas ilegales.

### 3.1 Motivaciones de inicio

La principal motivación de inicio de la actividad de los vendedores de drogas fue autogestionarse su propio consumo, ya que todos los participantes eran consumidores de drogas antes que vendedores, la mayoría siendo menores de edad, los cuales empezaban la relación con el consumo de cannabis.

En el caso de las personas que se dedican a la venta de marihuana, todas mencionaron plantearse el cultivo para poder consumir de forma gratuita.

*Empecé siendo consumidor de marihuana cuando era menor de edad. Más adelante para no gastarme todo el dinero en consumir me dediqué al cultivo de plantaciones, primero en terrenos pequeños y ya con el tiempo, más grandes (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).*

Existieron otras motivaciones de inicio, como las relacionadas con necesidades económicas y la facilidad para ganar dinero. Con el paso del tiempo, una vez estabilizado su aprovisionamiento de drogas para consumo propio, todos consideraron la opción de conseguir beneficio económico mediante la venta de algún estupefaciente de los que habían consumido. En el caso de los vendedores de marihuana, ya fuese con el cultivo o con la compra de grandes cantidades a un proveedor externo y de confianza. En cambio, los vendedores de cocaína y heroína, especificaron todos directamente la segunda opción.

Los entrevistados estuvieron de acuerdo en considerar rápido y fácil el conseguir dinero con la venta de drogas. Algunos de ellos concretaron que lo hacían para resolver su necesidad económica.

*También lo hice para poder solventar con rapidez algunos problemas económicos (...) Actualmente, compro a proveedores grandes cantidades, las cuales vendo sacándome cierto beneficio económico (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).*

*Empecé a vender con 16 años cuando coseché mi primer cultivo de marihuana, en aquellos momentos no tenía mucho dinero. Gracias a vender algunas bolsitas de hierba podía sacarme un dinero extra y de manera rápida. Como ya estaba metido en ese mundo, me resultó sencillo* (V4, hombre de 25 años vendedor de marihuana desde hace 9 años).

#### 4. Tipología de clientes

Todas las personas entrevistadas afirmaron que sus clientes eran habituales. Uno de los participantes los nombró *clientes núcleo*. Aunque también hablaron de *clientes periféricos, que son los clientes esporádicos*, es decir, que acuden a comprar *de vez en cuando* (V8, hombre de 41 años vendedor de cocaína desde hace 20 años).

*Mis clientes son habituales. Yo diría que el setenta por ciento de los clientes que he tenido durante todo este tiempo, vuelve cada poco tiempo* (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).

También coincidieron en la falta de seguridad y confianza que surge en el momento del intercambio cuando los consumidores son desconocidos. Por este motivo, suelen preferir que en el momento de la transacción vayan acompañados de una persona cercana al vendedor. En caso de no ser así, mayoritariamente afirmaron que, evitan la venta para así salvaguardar su negocio y garantizar su seguridad y también la de sus familias, ya que algunas personas venden la droga en sus viviendas y esto hace que puedan surgir imprevistos, hecho que prefieren evitar.

*Mis clientes suelen ser habituales lo que pasa que a veces vienen personas nuevas, cuando vienen me gusta que vengan acompañados de algún conocido, un poco para protegerme. No suelo vender a personas que no conozca porque tiene sus riesgos* (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).

*La mayoría suelen ser habituales. En caso de que no sean los de siempre, me gusta que vengán acompañados de otra persona de mi confianza* (V4, hombre de 25 años vendedor de marihuana desde hace 9 años).

En cuanto al género de los consumidores, todos los participantes coincidieron en que, mayoritariamente sus clientes son hombres, con excepción de una de ellas que opinó que, en la actualidad casi todo son mujeres.

*Antes eran más hombres, pero ahora me compran más mujeres, las cuales tienen entre 18 y 35 años (V3, mujer de 28 años vendedora de marihuana desde hace 10 años).*

Coincidiendo con la franja de edad de venta que refiere el participante V4.

Incluso, tres personas entrevistadas coincidieron textualmente en una resolución numérica de diferenciación entre géneros y edades de los consumidores actuales.

*El ochenta por ciento son hombres y el veinte por ciento mujeres de 18 a 30 años (V1, hombre de 26 años vendedor de marihuana desde hace 9 años), (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años), y (V7, hombre de 24 años vendedor de marihuana desde hace 7 años).*

En cambio, V5, V6 y V8 expusieron que los clientes de sus negocios tienen entre 20 y 50 años.

#### 4.1 Conocimiento del producto

Todos los vendedores afirmaron que la calidad de su droga hace que sea la primera opción de compra de sus clientes. Aun así, V4 y V6 explicaron que en su zona de venta hay más personas que se dedican a lo mismo, por lo tanto, suponían que, en caso de no encontrarlos a ellos, los consumidores irían a buscar el producto a otros vendedores.

Los seis restantes consideraron que los consumidores esperan a que estén disponibles antes de ir a vendedores desconocidos.

*Los que vienen a mí lo hacen porque les gusta la calidad, la proximidad, también tienen conocimiento de la droga, supongo que, por diferentes factores, aunque creo que uno de ellos es por la calidad. (V8, hombre de 41 años vendedor de cocaína desde hace 20 años).*

*En este barrio hay varias personas que venden, yo tengo clientes fijos, supongo que igual que ellos, pero creo que si no me encuentran van a buscar a otra persona que también venda (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

En cuanto al funcionamiento de los controles de calidad del producto, uno de los participantes refirió soler analizar los componentes de los estupefacientes y afirmó estar bastante sensibilizado con la prevención y la mejora de la salud de los consumidores.

*Hay un grupo de reducción de riesgos aquí en Barcelona, en el que se realizan análisis de composición de la droga de forma gratuita. A mí cuando me hacen falta sus servicios hago un uso activo, así que continuamente voy a realizar análisis de forma cuantitativa y cualitativa de los adulterantes. (V8, hombre de 41 años vendedor de cocaína desde hace 20 años).*

En cambio, dos participantes afirmaron que detectan la calidad de la heroína y la cocaína mediante el testeado del propio producto. La mayoría de las veces hacen tratos con el mismo negociador, con el que ya tienen confianza. Aun así, si surge algún cambio en la composición del producto o tienen que cambiar de proveedor, V5 y V6 refirieron tener personas de confianza, familiares o consumidores cercanos, que les ayudan a detectar si la droga es o no de calidad.

*Suelo probar lo que vendo, si dudo invito a algún consumidor habitual para que me diga si está buena o no. Esto es lo que suelo hacer cuando dudo, pero normalmente a la persona que le compro ya me lo suele decir qué calidad tiene la droga (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

Así mismo, en todos los vendedores de marihuana predomina el cultivo propio exceptuando uno de los participantes que refirió comprar grandes cantidades a un proveedor. Todos ellos confirmaron que, solamente el propio cultivador sabe realmente cuál es la calidad de lo que está vendiendo y si se ha hecho uso de más o menos productos químicos en alguna parte del proceso.

*Al coger gran cantidad se prueba primero el material, aunque en muchas ocasiones, solo con revisar bien ya se ve si es de buena calidad o no, que no quiere decir que no lleve productos*

*químicos, eso solo lo sabe el cultivador* (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).

#### 4.2 Nivel de confianza

Todos los participantes dijeron que explicarían a sus clientes los cambios que se produjesen en la calidad de su producto, aunque con esto perdiesen dinero. Estuvieron de acuerdo en que, para no perder la venta tienen que ser sinceros con los consumidores y que este hecho genera, con el tiempo, que exista más o menos confianza entre ellos.

*Yo me considero un “dealer” ético, no me siento cómodo mintiendo y para mí, con la verdad se llega a todos los lados.* (V8, hombre de 41 años vendedor de cocaína desde hace 20 años).

*Uno de los puntos fuertes de mi negocio es la sinceridad* (V3, mujer de 28 años vendedora de marihuana desde hace 10 años).

En cuanto a la relación entre vendedores y consumidores suele ser de conocidos. Algunos de ellos especificaron que hay clientes con los que tienen una relación más cercana pero que se trata de una minoría. Además, todos expusieron que la transacción de la venta es rápida y, por lo tanto, no disponen de espacios ni tiempo para poder establecer conversaciones muy profundas. Aun así, explicaron que, sobre todo con los clientes que hace tiempo que compran, el trato es más personal y, por consiguiente hay una relación de confianza mutua. También refirieron que este hecho es complicado en tanto que ambas partes tienen sus intereses y en algún momento pueden ser incompatibles.

*A veces pienso que no es bueno que sepan demasiado sobre mi vida, por el tema de los impagos y por la desconfianza de no saber el oficio de los clientes, ni sus intenciones. Por otra parte, si tuviéramos una confianza legal supongo que sabríamos de nuestros empleos, familias, etc.* (V5, hombre de 38 años vendedor de cocaína desde hace 22 años).

Uno de los elementos que dificulta el mayor conocimiento entre clientes y vendedores, es la inseguridad. Este hecho, hace que los temas de conversación durante la transacción sean escasos. Por norma general las pautas son: un saludo, algún tema cotidiano sin

mucha relevancia y un despido. Algunos clientes también preguntan sobre posibles intercambios con productos materiales o sexo.

*Hay clientes que me preguntan si necesito alguna cosa para robarlo y cambiármelo por la dosis. Más allá de eso no, la verdad es que no hablamos mucho (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína desde hace 24 años).*

Así mismo, todos los participantes a excepción de uno coincidieron en que, la relación de confianza entre vendedores y compradores podría ofrecer calidad a su negocio, no solamente por la necesidad de protección de ambas partes sino también para la comodidad y tranquilidad de venderle a alguien a quien conoces. La gran mayoría hablaron de la necesidad de sentirse seguros cuando realizan la venta de la sustancia y de ofrecerse mutuamente total sinceridad. Estos términos son los que posibilitan una relación de confianza.

*En principio, el vínculo de confianza considero que es una garantía de calma, de tranquilidad y de saber que las cosas funcionan de forma segura (V8, hombre de 41 años vendedor de cocaína desde hace 20 años).*

Incluso hablaron de otros negocios diferentes, los cuales también funcionan con más éxito gracias al trato próximo e íntimo.

*Creo que cuanto mejor trato, simpatía y confianza tengas con el cliente mejor te irá en el negocio, independientemente del que sea (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).*

En cambio, una entrevistada mostró una visión totalmente opuesta a este argumento.

*Yo no quiero darle calidad a mi negocio, solo vender y ya lo hago (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

En conclusión, con excepción de una entrevistada, hubo coincidencia en el hecho de que les gustaría mantener mejor calidez y trato personal con sus clientes para así trabajar en condiciones más favorables. Sus argumentos concordaban en que, las relaciones de

confianza entre vendedor y comprador, son parte de los aspectos clave para llevar a cabo una prevención efectiva, ya que facilitaría protección del negocio y también de la salud al consumidor. No vender droga a una persona consumidora que se encuentra en mal estado, sería más sencillo si existiera un vínculo entre ambos. De la misma forma que generaría mejora el hecho de poder dar consejos de salud y material.

### 4.3 Responsabilidad del vendedor

Por un lado, haciendo referencia a la sensibilización de los vendedores, seis de las ocho personas que formaron la muestra de la investigación, refirieron sentirse responsables de los efectos perjudiciales que pueden causar los estupefacientes en la salud de sus clientes, a causa del mal uso que pudieran hacer o de la cantidad que les venden. Estas seis personas, se negaban a vender a un cliente que, según su perspectiva, no está en condiciones de consumir. Incluso expusieron el uso de alternativas y formas de apoyo a sus clientes.

*Cuando veo a alguien que no está bien para consumir intento evitar la venta o ayudarlo de la manera que en ese momento crea más conveniente (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).*

*En mi caso me lo llevo a casa, no me sale a cuenta lidiar con sentimientos de culpabilidad o riesgos. Para mí, es una guerra interna entre compulsión para hacer dinero fácil y el conflicto moral (V8, hombre de 41 años vendedor de cocaína desde hace 20 años).*

*Si un cliente me dice que tiene problemas con la pareja o familia, intento ayudarlo y aconsejarle como a cualquier persona, ya que empatizo con su situación (V1, hombre de 26 años vendedor de marihuana desde hace 9 años).*

Por otro lado, hubo dos participantes que afirmaron no tener ningún tipo de responsabilidad.

*Yo intento vender lo máximo posible y si una persona no está bien para consumir ella misma, mientras no se caiga aquí por las escaleras o me la lie por aquí me da igual (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

*Podría fijarme en el estado que presentan, pero no lo hago porque al final hay días en los que la venta se realiza de forma rápida, seamos sinceros no considero que tenga responsabilidad ninguna (V4, hombre de 25 años vendedor de marihuana desde hace 9 años).*

Por lo tanto, en cuanto al ámbito de la salud de sus clientes, seis de los ocho participantes referían estar sensibilizados con las consecuencias y los daños que puede conllevar si se priorizan las ganancias económicas y materiales en vez de la salud y el bienestar del consumidor.

De las mismas seis personas mencionadas anteriormente, cinco consideraron que han dado algún tipo de acompañamiento positivo a alguno de sus clientes, ya sea emocionalmente o encontrando la forma de poder hacer que se sintieran mejor, siempre con comprensión y empatía. Dos de ellas incluso se habían interesado en conocer la forma más adecuada de ayudar a un consumidor específico.

*Tengo un cliente habitual que tiene autismo. Le doy clases de pintura gratuita dos veces por semana porque sé que es una actividad que le llena y le gusta (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).*

*Me pidió hierba sin THC y la hicimos [la conseguimos], ya que era para una mujer que tenía fibromialgia y la utilizaba para hacerse infusiones y así disminuir el dolor (V3, mujer de 28 años vendedora de marihuana desde hace 10 años).*

Aunque afirmaron que, estas conversaciones se producían más a menudo si entre ellos y sus clientes existía un vínculo más estable y un espacio más seguro.

Dos de las ocho personas entrevistadas refirieron no haberse encontrado nunca con ninguna situación en la que hubieran necesitado algún tipo de soporte al consumidor y una específica que:

*Alguna vez, si alguien está muy mal, le he ayudado dándole agua o de comer, pero muy de vez en cuando porque luego se acostumbran y no quiero (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

#### 4.4 Predisposición al consumo saludable

Todas las personas entrevistadas se mostraron receptivas a la posibilidad de dar consejos de salud a sus clientes. Dos de ellas explicaron que actualmente ya lo están haciendo y hablaban de consumo responsable y consciente, como es el caso de V2 y V8. El resto, refería plantearse la idea de asesorarlos como una buena solución, la cual pensaban que no requiere mucho esfuerzo y consideraban que podría ser eficaz. Además, casi todos los vendedores explicaron que el hecho de poderse informar para velar y mejorar la calidad de vida de sus clientes les hace sentir mejores personas. Solamente una de las personas entrevistadas, aún y estando dispuesta a llevar a cabo esta alternativa, refería poner como condición que el tiempo de intercambio no se alargara demasiado.

*Si fuera algo fácil de decir, quizás sí (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

Seis de las personas entrevistadas referían poder trabajar con profesionales de forma anónima con la finalidad de ofrecer a los consumidores material gratuito y así contribuir a la prevención y reducción de daños. De esta forma, los clientes consumirían de manera más segura y estarían más protegidos.

*No me cuesta nada y es positivo para la salud del cliente. De esa manera yo también tendría la conciencia más tranquila. Al final, eso es un plus para el negocio porque el material sería gratuito (V7, hombre de 24 años vendedor de marihuana desde hace 7 años).*

*Claro, en este caso el único intermediario visible para mí sería el servicio de análisis, ya que no existe ningún material diferenciado a parte de los papeles para hacer "rulos". En cualquier caso, aunque utilizara el servicio estaría dispuesto a aceptar las posibles alternativas de mejora (V8, 41 años vendedor de cocaína desde hace 20 años).*

Los dos restantes, vendedores de marihuana, se opusieron a estas propuestas. Sin embargo, añadir que uno de ellos refería no descartar la opción, siempre que fuese una persona de confianza la que ejerciera de agente profesional.

#### 4.5 Opinión de los vendedores para el desarrollo de acciones preventivas

Los participantes estuvieron de acuerdo en mencionar sus inseguridades y su desconfianza con relación a trabajar con terceras personas, aunque inicialmente la propuesta les pareció interesante, estando pues, en disposición de escuchar propuestas y, considerar su aplicación para así colaborar en la reducción de daños.

*Me resulta un poco complicado el poder confiar en alguien externo que se preocupa por la salud de mis clientes y que a la vez puede influir en modificar los patrones de funcionamiento de mi negocio. Considero que es una buena idea, podría sentarme a escucharla, pero a lo mejor, para mí, demasiado innovadora (V5, hombre de 38 años vendedor de cocaína desde hace 22 años).*

*Este país no está tan avanzado porque una cosa es lo que te pueda decir un asistente social y la otra es lo que haga la policía. Entonces es difícil, pero me parece interesante (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

*Ojalá, me gustaría. Siempre hay como la esperanza de que sí, pero España no tiene una cultura que te eduque para ayudar a los demás, no estamos educados para esto (V7, hombre de 24 años vendedor de marihuana desde hace 7 años).*

De los cinco restantes hay una persona que afirmó con rotundidad que sería posible llevar a cabo esta nueva relación y forma de trabajo.

*Pues claro que sí que se podría conseguir, trabajar con el “leader” es trabajar con la raíz del problema, por lo tanto, se obtendría más beneficios que no trabajando con el consumidor (V8, hombre de 41 años vendedor de cocaína desde hace 20 años).*

El resto, refirieron que les gustaría confiar en este cambio de perspectiva, pero les preocupaba que hubiera intermediarios, por la ilegalidad de su negocio.

*Si, en caso de que fuese legal, la información sobre sus componentes sería mucho más fiable, por lo que creo que sería más fácil su control. Considero que es una muy buena iniciativa*

*para la seguridad de los consumidores sobre todo de otras drogas más potentes (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).*

En cuanto al cambio de paradigma, es decir a la hipótesis de trabajar la prevención con los vendedores, algunos participantes hablaron de diferentes barreras y limitaciones que podrían surgir. Dos de ellos pensaban que, cuando una persona tiene el síndrome de abstinencia puede ser difícil darle consejos de salud. De estos, uno expuso que le parecía utópico pensar que un vendedor de estupefacientes pueda dar consejos a un consumidor. Otro exponía no acabar de verlo claro oponiéndose a la propuesta por falta de lógica.

*Los consejos de salud los dan los médicos y las familias. Si yo empiezo a comerles la olla a lo mejor los pierdo como clientes (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

Todos referían como una gran limitación el hecho de que su negocio no esté legalizado.

Con relación al conocimiento de la carta de concienciación social utilizada en otros países, cuando se les expuso la existencia de esta, todos coincidieron en su desconocimiento. Aun así, creyeron que era una iniciativa muy acertada para este negocio sobre todo para prevenir el consumo de los menores de edad y establecer un control.

*Todo lo que sea prevenir para mejorar la salud del consumidor me parece bien, sobre todo para los menores que no suelen tener buena o la correcta información acerca de algunas sustancias y los daños que producen física y mentalmente (V2, hombre de 28 años vendedor de marihuana desde hace 6 años).*

*Pienso que es una gran idea, si esto también estuviera implantado en España la sociedad creo que se beneficiaría (V1, hombre de 26 años vendedor de marihuana desde hace 9 años).*

En relación con el apartado de la carta que especifica que solamente se puede aceptar dinero a cambio de droga, quedó cuestionada por dos participantes.

*Constantemente escucho comentarios como: está tarde le doy droga a tal y a cambio me hace sexo oral, entre otros peores (V7, hombre de 24 años vendedor de marihuana desde hace 7 años).*

*Hay muchos camellos que no lo verán bien porque piden sexo a cambio y que tienen mucho poder sobre las drogas que venden y renunciar a eso es muy difícil (V6, mujer de 46 años vendedora de cocaína y heroína desde hace 24 años).*

El resto referían que es una medida que reduciría el avanzado consumo de jóvenes refiriendo una carencia de control y también la necesidad de establecer pautas de consumo más saludables.

*Creo que es muy interesante el que ambas partes sean capaces de ponerse de acuerdo para establecer unas pautas y normas de consumo más saludables (V5, hombre de 38 años vendedor de cocaína desde hace 22 años).*

## 5. Discusión

La finalidad de esta investigación fue analizar la capacidad preventiva de un conjunto de vendedores de drogas ilegales de Cataluña dentro del ámbito de la reducción de riesgos y daños asociados al uso de sustancias. Los principales resultados indicaron que existen algunas oportunidades para explorar una aproximación del trabajo de campo en materia preventiva y de reducción del riesgo y del daño en el ámbito del momento de la venta de las drogas ilegales y con los vendedores, aunque algunos participantes plantearon ciertas limitaciones que podrían suponer tropiezos a la hora de ejecutar el trabajo conjunto, las cuales tenían que ver con el estilo de trabajo comunitario en reducción de daños en Cataluña y España y la visión eminentemente negativa que se tiene de los vendedores de estupefacientes.

En cuanto a las motivaciones de inicio en el negocio de tráfico de drogas, los participantes argumentaron que se adentraron inicialmente en el negocio para poder seguir consumiendo sin que este consumo no les supusiera un coste económico extraordinario, para mantenerse económicamente y para obtener beneficios. Este objetivo utilitario de la venta de drogas discrepa de la finalidad de otros vendedores de drogas ilegales relacionados con la voluntad de conseguir fama, poder o con la idea de vender drogas por la adrenalina

que les genera, para vivir experiencias diferentes o para facilitar las relaciones sexo afectivas con mujeres por parte de traficantes de drogas del sexo masculino (Ferreira, 2020). Los participantes del estudio, pues, presentaron actitudes más conservadoras dirigidas a mantener el negocio por objetivos económicos, cosa que es coherente con el promedio de tiempo dedicándose a la venta de drogas.

En relación con la tipología de clientes, todos coincidieron con la necesidad de disponer de clientes conocidos para así poder garantizar su protección y tranquilidad durante la transacción. Con los clientes no conocidos tuvieron más sensación de inseguridad, sobre todo en el caso de los vendedores que conviven con sus familias y hacen las transacciones en su propia vivienda. Coincidiendo así, con que el vínculo proporciona el conocimiento sobre todo en términos de calidad relacional. Este hecho, solamente se puede producir con las personas que consumen frecuentemente la droga adquirida al mismo distribuidor, ya que, cuando no hay trato cercano se produce una sensación de inseguridad y desconfianza que dificulta la relación entre ambos (Bardwell et al., 2019). Los consumidores que siempre interactúan con los mismos distribuidores tienen más facilidad para actuar con consciencia mediante una comunicación fluida y de calidad con sus distribuidores (Southwell, 2008).

Sobre el conocimiento del producto, las personas entrevistadas, mencionaron que en los controles de calidad todos muestran sensibilizarse con la reducción de riesgos. Uno de ellos elaboraba el análisis de la droga en un servicio de reducción de riesgos de Barcelona antes de ponerla en el mercado. El resto hacían uso de otros métodos como el testeo de la substancia por parte de clientes de confianza o por ellos mismos. Cada uno tenía su forma de ampliar sus conocimientos sobre la composición, mostrando así interés por el bienestar de los clientes. De esta manera, podrían tener la opción de colaborar en la mejora de la salud de los consumidores. Por lo tanto, durante los intercambios había una necesidad existente de confiar en la persona que tenían delante. Cuando este tipo de relación no existía, se generaba un sentimiento de inseguridad e incertidumbre. Así mismo, existieron diferentes visiones sobre este aspecto. Algunas personas concretaron que, aunque sentían que las personas que les proporcionaban las drogas los podían engañar, ellos trataban de asegurar la calidad de la substancia. De alguna forma este vínculo, basado en la confianza del vendedor, aun con un trasfondo económico, resulta un efecto protector para el consumidor (Carroll et al., 2020). Por lo tanto, aunque con alguna excepción en los resultados obtenidos, los participantes coincidían en priorizar la sinceridad con el cliente y no solo

en las ganancias económicas, también en la necesidad de protección para poder vivir con tranquilidad como condición básica para poder desarrollar una relación afectiva, la cual también ofrecía calidad al negocio. Hay que destacar que el nivel de confianza entre vendedores y consumidores solía ser elevado y se basaba en el hecho de que estos últimos eran personas conocidas. En otro sentido, la negativa a vender drogas a personas no conocidas es coherente con la desconfianza que suelen tener las personas que se dedican a la venta ilegal de drogas (Ferreira, 2020). Así pues, la mayoría de los vendedores pensaban que el vínculo afectivo entre ellos proporcionaba calidad y seguridad. De acuerdo con el hecho de que las relaciones profundas con los distribuidores de confianza se utilizan como herramienta de protección y facilitan la seguridad de las dos partes implicadas (Carroll et al., 2020) y en desacuerdo con los argumentos que reafirman que las personas que se dedican a vender drogas ilegales estigmatizan al resto, ya que se consideran individuos potencialmente desconfiados, imposibilitando así las relaciones de confianza (Ferreira, 2020).

En cuanto a la responsabilidad del vendedor, se identificó que algunos participantes sentían cierta carga por el mal uso y los efectos de las drogas que distribuían. Este sentimiento contribuye a la predisposición a dar consejos de salud. Se podría pues aprovechar como línea de trabajo en cuanto al diseño de acciones o programas específicos que favorecieran la prevención de riesgos y daños asociados al consumo. La idea coincide con la importancia de incluir a los distribuidores en la línea de prevención para favorecer el consumo saludable (Bardwell et al., 2019). Alguna de las personas entrevistadas se ha encontrado con situaciones de dar soporte a un consumidor y referían haberlo hecho. En consonancia, hay vendedores que llevan a cabo acciones de generosidad especialmente relacionadas con la salud y por voluntad propia (Southwell, 2008).

En la predisposición al consumo saludable, todas las personas se mostraron interesadas en poder dar consejos de salud a sus clientes para colaborar con un consumo más consciente y responsable. Además, casi todos los participantes coincidieron en la posibilidad de incluir un intermediario como profesional de la salud para así favorecer al consumo más saludable, resaltando que es indispensable que sea una persona de confianza la que llevara a cabo esta tarea. Incorporar a personas cercanas y de confianza para llevar a cabo una prevención de riesgos eficaz (Bardwell et al., 2019).

Generar acciones de prevención y reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias y hacerlo con los propios vendedores de drogas ilegales podría ser, según la opinión de los participantes, factible en cuanto se produjera en el momento de la transacción de la sustancia. Referenciar que, la falta de modelos dentro del estado español y relacionado con el estigma que también pesa sobre las personas vendedoras de drogas o la ilegalidad de la propia acción, dificultarían estas nuevas acciones preventivas. Asimismo, a pesar de la complejidad con la que la mayoría de los participantes refería poderse encontrar, si se produjera este cambio de paradigma, generar un conjunto de normas o pactos sería beneficioso ya que, se podría establecer un control donde se sentarían unas bases éticas y morales más responsables y saludables para todas las partes. Además, activar espacios donde las relaciones interpersonales entre consumidores habituales y vendedores de drogas ilegales fueran de más calidad, influiría a grandes magnitudes en las decisiones que toman los consumidores y ejercería como factor de protección de salud, especialmente social (Carroll et al., 2020). Aprovechar pues, estos espacios de relaciones interpersonales, podría gestar el camino hacia una línea de acción más preventiva y protectora siempre con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos que deciden consumir drogas ilegales y su comunidad.

Este estudio no está exento de limitaciones, en primer lugar, fue difícil encontrar participantes del género femenino. Además, en un primer momento se contó con una muestra más extensa que se fue diluyendo por el agravamiento de las consecuencias legales que podían comportar las entrevistas. En segundo lugar, la situación de excepcionalidad relacionada con la pandemia por SARS CoV-2, también conocida como COVID-19, dificultó la realización de las entrevistas a causa de las medidas de confinamiento establecidas y continuamente cambiantes. En tercer lugar, este estudio está realizado en un contexto determinado y la muestra se reclutó en base a contactos directos (bola de nieve) que accedieron voluntariamente participar en el estudio, cosa que ya denota una cierta predisposición a la colaboración que podría estar condicionando los resultados del trabajo. Se debería pues ser prudente y replicar este tipo de aproximaciones a vendedores de drogas ilegales con el objetivo de calibrar las posibilidades de llevar a cabo acciones preventivas. Finalmente, aunque se trató de crear un espacio de confianza en el que los participantes pudieran expresarse de forma sincera, cabe esperar un cierto grado de deseabilidad social asociado con la carga moral relacionada con el tópicó investigado.

En conclusión, teniendo en cuenta la finalidad de la investigación y haciendo referencia a la información obtenida por parte de los vendedores de drogas ilegales y, aunque los participantes hayan puesto ciertas condiciones y limitaciones en la propuesta, se considera factible posibilidad de llevar a cabo acciones preventivas y de reducción de riesgos y daños con los vendedores de drogas ilegales para desarrollar un consumo más saludable y responsable. Así, la prevención en riesgos desde una perspectiva diferente a la actual, basada en el acompañamiento del vendedor se podría aplicar realizando un conjunto de pactos parecidos a los de la *Carta del vendedor con consciencia social*. También proporcionando recursos materiales y dando consejos de salud para informar a sus clientes de la importancia de consumir de forma segura.

### 5.1 Reconocimientos

A las personas que han participado y que han dedicado su tiempo a atender las entrevistas.

## 6. Referencias

- Bardwell, G., Boyd, J., Arredondo, J., McNeil, R., & Kerr, T. (2019). Trusting the source: the potential role of drug dealers in reducing drug-related harms via drug checking. *Drug and alcohol dependence*, 198, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.035>
- Calvo, F., Carbonell, X., Giralt, C., Lloveras, À., & Turró, O. (2017). Reducción de daños asociados al consumo inyectado de drogas en población sin-hogar: Propuesta para una intervención grupal a través de WhatsApp. *Pedagogia i Treball Social: revista de ciències socials aplicades*, 6(2), 3-3.
- Carroll, J. J., Rich, J. D., & Green, T. C. (2020). The protective effect of trusted dealers against opioid overdose in the US. *International Journal of Drug Policy*, 78, 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102695>
- Chica, J., Juárez, M.V. & Canillo, R. (2019). Programas de reducción de daños en la drogodependencia. *Med fam Andal*, 20(2), 182-188.

- Erickson, P. G. (1995). Harm reduction: what it is and is not. *Drug and Alcohol Review*, 14(3), 283-285.
- Ferreira, C. P. (2020). La teoría de la acción situacional de la causación del delito y sus posibilidades explicativas de una problemática latinoamericana. *Anuario de Derechos Humanos*, 16(2), 411-436. <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2020.58820>
- Gibbs, G. (2013). El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa (Vol. 6). Ediciones Morata.
- Insúa, P., & Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: Conceptos y acciones específicas. *Papeles del psicólogo*, (77), 33-45.
- Kolla, G., & Strike, C. (2020). Practices of care among people who buy, use, and sell drugs in community settings. *Harm reduction journal*, 17, 1-12.
- Martínez-Luna, N. G., Rodríguez-Cintas, L., Esojo, A., Palma-Álvarez, R. F., Robles-Martínez, M., Grau-López, L., Perea, M. & Roncero, C. (2018). Uso de reducción de daños y gravedad psicopatológica y médica en pacientes en programa de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 30(3), 197-207. <https://doi.org/10.20882/adicciones.897>
- Marco, A., Segovia-Minguet, O., Calvo, F., & Carbonell, X. (2021). El estereotipo de “heroinómano” como chivo expiatorio del consumo de drogas normalizado: estigma y personas con drogodependencias. *Revista de Educación Social*, 32, 424-446.
- Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Megías, I., Navarro, J., Rodríguez, E., & Romaní, O. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Fundació la Caixa.
- Q de Festa. (2021). *Q de Festa! Nits de qualitat*. <https://www.qdefesta.cat/>
- Sepúlveda, M., Báez, F., & Montenegro, M. (2008). No en la puerta de mi casa. *Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Grup Igia.
- Souhtwell, M. (2008). *Consumer action and drug supply networks*. Manuscrito no publicado. <http://tinyurl.c0m/consumeractiondealers>



# Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063



# Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010  
ISSN: 2013-9063

Universitat  
de Girona

**Lucena, V. (2021)**  
**"Influencia de la adherencia terapéutica en la finalización del tratamiento en personas adictas"**

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades  
Vol. 10. Núm. 2: 35- 51

## Influencia de la adherencia terapéutica en la finalización del tratamiento en personas adictas

Valentina Lucena  
Jurado<sup>1</sup>

---

### Resumen

Uno de los principales problemas que se encuentran los profesionales dedicados al tratamiento de las adicciones es el insuficiente o inadecuado cumplimiento por parte de los usuarios de las prescripciones dadas durante el proceso terapéutico. El objetivo del estudio es conocer como influye la adherencia terapéutica en el tratamiento de la adicción al alcohol y como se relacionan los aspectos del proceso terapéutico para contribuir al éxito del proceso. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con 108 participantes de un Centro de Tratamiento de Adicciones. Los resultados revelan que un alto número de usuarios finaliza el tratamiento (26.9%) y que tienen más probabilidad de finalizar el tratamiento aquellas personas que presentan consumo de alcohol, que acuden a todas las revisiones durante los tres primeros meses y no presentan ninguna recaída durante el mismo.

**Palabras clave:** adherencia terapéutica, cumplimiento, adicción, autorregulación.

---

1. valentina.lucena@udg.edu. Departamento de Psicología, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona.

## Resum

Un dels principals problemes que es troben els professionals dedicats al tractament de les addiccions és el compliment insuficient o inadequat per part dels usuaris de les prescripcions donades durant el procés terapèutic. L'objectiu de l'estudi és conèixer com l'adherència terapèutica influeix en el tractament de l'addicció al alcohol i com es relacionen els aspectes del procés terapèutic per contribuir a l'èxit del procés. Per fer-ho, es va dur a terme un estudi descriptiu transversal amb 108 participants d'un Centre de Tractament d'Addiccions. Els resultats revelen que un alt nombre d'usuaris finalitza el tractament (26.9%) i que tenen més probabilitat de finalitzar el tractament les persones que presenten consum d'alcohol, que acudeixen a totes les revisions durant els tres primers mesos i no presenten cap recaiguda durant el mateix.

**Paraules clau:** adherència terapèutica, compliment, addicció, autoregulació.

---

## Abstract

One of the main problems encountered by professionals dedicated to addiction treatment is insufficient or inadequate compliance by users with the prescriptions given during the therapeutic process. The objective of the study is to know how therapeutic adherence influences addiction treatment alcohol and how aspects of the therapeutic process are related to contribute to the success of the process. For this, a cross-sectional descriptive study was carried out with 108 participants from an Addiction Treatment Center. The results reveal that a high number of users finish the treatment (26.9%) and that those people who present alcohol consumption, who attend all the check-ups during the first three months and do not present any relapse during the treatment, are more likely to finish the treatment. the same.

## 1. Introducción

La adherencia terapéutica es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos (Barroso, Mora y Sierra, 2021). El incumplimiento del tratamiento explica las diferencias que se observan entre la eficacia y efectividad de las medidas terapéuticas que los usuarios deben adoptar (OMS, 2004).

Una de las primeras definiciones del término fue formulada por Sackett y Haynes, (1976) en la que hicieron una correspondencia entre el comportamiento del enfermo y las instrucciones clínicas recibidas (García, García del Castillo-López y López-Sánchez, 2014). Posteriormente, Di Mateo y Di Nicola, (1985) la definieron como *“una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”* (cit. Martín, 2014, p.227-228) convirtiéndose en la definición más admitida en la literatura científica, ya que en ella aparecen los términos de aceptación voluntaria y activa por parte de la persona para conseguir el resultado terapéutico deseado. Según esta definición, el modo de comportarse y las distintas formas de afrontamiento que tienen las personas ante las enfermedades crónicas desempeña un papel importante en el curso de la misma, y en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con los consejos médicos juega un papel primordial (Martín y Grau Abalo, 2004).

Por lo que el término adherencia terapéutica se puede describir como el contexto en el que el comportamiento de la persona debe de coincidir con las recomendaciones dadas por el profesional relacionadas con la salud; incluyendo la capacidad de la persona para asistir a las consultas programadas; tomar los medicamentos como se prescribieron; realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas (Silva, Galeano y Correa, 2005).

Esta visión de la adherencia terapéutica implica y reconoce el consentimiento del usuario con las recomendaciones recibidas, expresa la necesidad de una colaboración activa entre el profesional y el paciente en la toma de decisiones que afecten a su propia salud en contraposición con la falta de participación de la persona en términos de cumplimiento que implicaría una conducta de sumisión y obediencia a una orden (Barroso et al., 2021).

Pero la causa más probable de incumplimiento se atribuye al comportamiento de los sujetos y no al tratamiento en sí mismo. Una misma persona puede tomar una medicación y no otra o puede variar el cumplimiento a lo largo del tiempo en función de cómo percibe que funciona (García del Castillo, López-Sánchez, García del Castillo-López y Dias, 2014). Se podría decir que la no adherencia se puede generar a partir de una serie de factores (Ortiz y Ortiz, 2007):

- Personales: baja motivación, ignorancia del problema, baja autoeficacia, síntomas depresivos entre otros.
- Asistenciales: satisfacción con el servicio prestado.
- Terapéuticos: diferencias entre tratamientos agudos y crónicos.

Según la OMS se establecen cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica (Ortega, Sánchez, Rodríguez y Ortega, 2018):

- a) Factores socioeconómicos. El estado socioeconómico deficiente pone a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia (vivienda, alimentación...).
- b) Factores relacionados con el equipo. Una buena relación entre el equipo terapéutico y el usuario puede mejorar la adherencia terapéutica,
- c) Factores relacionados con la enfermedad. Determinantes relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción de riesgo de las personas y la importancia de seguimiento del tratamiento.
- d) Factores relacionados con el tratamiento. La complejidad del régimen técnico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes de tratamiento, el apremio por los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo para tratarlos.

- e) Factores relacionados con el paciente. Representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del usuario. El olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuada para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento.

Uno de los principales problemas que se encuentran los profesionales dedicados al tratamiento de las adicciones es el insuficiente o inadecuado cumplimiento por parte de los usuarios de las prescripciones dadas, debido a que este tipo de pacientes se enfrentan a una serie de dificultades, como, por ejemplo, la modificación de hábitos de alto riesgo, la toma inadecuada de la medicación, el incumplimiento de las revisiones médicas y psicológicas o el abandono del tratamiento. Por lo que el cumplimiento, va a venir dado por las conductas de cambio que la persona está dispuesta a llevar a cabo para su bienestar. Este proceso se denomina de autorregulación emocional cuyo objetivo es la incorporación de un nuevo estilo de vida más saludable, a favor de un mejor funcionamiento (Cava, Murgui y Musitu, 2008).

Una de las variables más utilizadas para explicar la efectividad de los programas de salud es la satisfacción vital que las personas presentan (Diener y Diener, 1995) en contraposición con la indefensión aprendida con la que algunas personas consideran que no pueden hacer nada ante las situaciones adversas y no deseadas (Tayfur, 2012).

Y este proceso va a estar regulado por la percepción que tenga la persona de su problemática y de las atribuciones que tenga de sí mismo; siendo la recaída uno de los principales obstáculos para la consolidación de los logros terapéuticos.

Así, el objetivo principal del estudio es conocer el grado de adherencia terapéutica de un grupo de usuarios de un centro de tratamiento y como objetivos secundarios relacionar que variables del proceso terapéutico constituyen los factores que contribuyen al éxito del mismo.

## 2. Metodología

### 2.1. Participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se identifica la frecuencia de pacientes que finalizan con éxito el tratamiento en un centro de deshabituación de tipo ambulatorio, es decir permanecen un mínimo de dos años en abstinencia y acudiendo a todas las revisiones propuestas por el programa terapéutico. La muestra estuvo compuesta por 108 participantes diagnosticados con Trastorno por Uso de Alcohol (DSM-V, 2013), de los cuales 19 (33%) eran mujeres y 89 (77%) eran hombres. La edad de los participantes estaba entre 20 y 60 años (38 + 15 años).

### 2.2. Procedimiento

La información se recopiló de las historias clínicas de usuarios que se encontraban en tratamiento en fase de deshabituación, los cuales habían sido desintoxicados previamente en internamiento o de forma ambulatoria.

Las historias clínicas se encontraban en un archivo cerrado, estaban enumeradas y se fueron recogiendo al azar. La anamnesis-expediente recogió datos socio-demográficos y datos relacionados con el tratamiento-proceso terapéutico (número de drogas, existencia de recaídas, número de revisiones realizadas y apoyo recibido por el paciente).

### 2.3. Análisis estadístico.

Primero, se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas: *variables socio-demográficas* (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación laboral y antecedentes familiares); *variables relacionadas con las drogas*: tipo de droga consumida (alcohol; alcohol+cocaína; alcohol+ benzodiacepinas); apoyo social, apoyo familiar, existencia de recaída y mes en que se producía la recaída (primer mes, entre el primer y tercer mes, entre el tercero y sexto mes, entre el sexto mes y el año, entre el primer y segundo año).

Para analizar la variable *adherencia terapéutica* se realizó una regresión logística, como modelo explicativo donde la variable se expresó como el grado de cumplimiento de los pacientes durante el proceso terapéutico, es decir, revisiones realizadas: inicio, 15 días, 1 mes, 3 meses, 6 meses, un año y a los dos años.

### 3. Resultados

Las características de la muestra eran que la mayor parte de la población son hombres: casados (40%) o solteros (36.1%), con estudios básicos (70%) y en activo laboralmente (50%). Presentaban dependencia de alcohol un 81.5%, siendo un 15.7% los pacientes que presentan dependencia alcohol + cocaína intranasal y solamente un 2.8% dependencia de alcohol + benzodiacepinas.

Del total de pacientes que inician el tratamiento, al mes siguen acudiendo el 77.8%; a los 3 meses el 61.1%; a los 6 meses el 50.9%; al año el 36.1%. Siendo un 26.9% del total los pacientes que finalizan el tratamiento. De los cuales el 19.4 % tienen alguna recaída durante el transcurso del programa terapéutico (Tabla 1).

**Tabla 1.**

#### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

		Resultados
Edad	<26	12(11,1)
	26-35	26(24,1)
	36-45	40(37)
	>45	30(27,8)
	Sexo	
	Hombre	89(82,4)
	Mujer	19(17,6)
Estado Civil	Soltero	39(36,1)
	Casado	44(40,7)
	Viudo	3(2,8)
	Divorciado	6(5,6)
	Separado	12(11,1)
	Pareja de hecho	4(3,7)
Estudios	Sin Estudios	12(11,1)
	Básicos	70(64,8)
	Medios	17(15,7)
	Superiores	9(8,3)
Ocupación	En Paro	35(32,4)
	Activo	55(50,9)
	Sus Labores	7(6,5)
	Jubilado	11(10,2)

<b>Antecedentes familiares</b>	Existencia de antecedentes familiares	53(49,1)
	No existencia de antecedentes familiares	55(50,9)
<b>Adherencia terapéutica</b>	Apoyo familiar	
	Acude sólo	52(48,1)
	Acude con la familia	56(51,9)
	Acude a asociación	7(6,5)
	No acude a asociación	101(93,5)
<b>Revisiones</b>	Inicio tratamiento	108(100)
	Revisión 15 días	
	Acude cita	97(89,8)
	No acude cita	11(10,2)
	Revisión 1 mes	
	Acude cita	84(77,8)
	No acude cita	24(22,2)
	Revisión 3 meses	
	Acude cita	66(61,1)
	No acude cita	42(38,9)
	Revisión 6 meses	
	Acude cita	55(50,9)
	No acude cita	53(49,1)
	Revisión 1 año	
	Acude cita	39(36,1)
	No acude cita	69(63,9)
	Revisión 2 años	
	Acude cita	29(26,9)
	No acude cita	79(73,1)
	<b>Recaída</b>	Recaída
No recaída		87(80,6)
<b>Mes en el que ocurre la recaída</b>		
En los primeros tres meses		7(6,5)
Entre los 3 y los 6 meses		7(6,5)
Entre los 6 meses y el 1º año		6(5,6)
Entre el 1º y 2º año		1(0,9)
<b>Tipo de droga</b>	Alcohol	88(81,5)
	Alcohol y cocaína	17(15,7)
	Alcohol y BZD	3(2,8)

Por lo que se analizan las posibles asociaciones entre la finalización del tratamiento y algunas variables asociadas al mismo, considerando predictores tanto características in-

dividuales de la persona, como de la enfermedad del paciente y del contexto en el que se desarrolla.

Para ello, realizamos un análisis de regresión, siguiendo el método Stepwise (LR), introduciendo secuencialmente las variables (sexo, estudios, estado civil, ocupación laboral, tipo de droga consumida, número de drogas consumidas, si acude o no con familia a las revisiones, apoyo social, visita 2 (a los 15 días), visita 3 (al mes), visita 4 (a los 3 meses), visita 5 (a los 6 meses), visita 6 (al año), visita 7 (a los 2 años), existencia de recaída y antecedentes familiares) siguiendo el método siguiendo el método Forward Stepwise (LR), donde la primera variable que se introduce es << revisiones realizadas>> al considerarla como la variable que presenta mayor coeficiente de correlación con la variable dependiente <<adherencia terapéutica>> y a continuación se introducen el resto de variables en orden hasta que ya no quedan más variables que cumplan el criterio de correlación parcial.

El análisis de las revisiones realizadas revela que el 26.9% de los pacientes finalizan el tratamiento, variable visita 7 ( $r= 0.903$ ;  $p= 0.000$ ; coeficiente= 102.972) frente al 74.1% que deja de acudir a las revisiones antes de que finalice el proceso (visita 7).

Además de que indica que los pacientes que acuden los tres primeros meses al mismo son los que mayor probabilidad de éxito tienen ( $r= 0.713$ ;  $p= 0.000$ ; coeficiente= 68.326). Y que a mayor número de revisiones realizadas mayor probabilidad de finalizar el tratamiento existe. La relación va a ser proporcional al número de visitas y desciende significativamente cuando las visitas son posteriores. Así la variable visita 6 ( $r= 0.7245$ ;  $p= 0.000$ ; coeficiente= 66.877) es más alta que el resto, siendo más baja la relación en la visita 5 ( $r= 0.5277$ ;  $p= 0.000$ ; coeficiente= 36.425), visita 4 ( $r=0.4224$ ;  $p=0.000$ ; coeficiente= 24.0546), visita 3 ( $r= 0.2668$ ;  $p=0.010$ ; coeficiente= 10.8001) y visita 2 que es la que tiene la relación más baja ( $r= 0.136$ ;  $p= 0.384$ ; coeficiente= 4.286).

Además, se observa que el número de drogas consumidas es otra variable predictora del éxito del tratamiento, es decir, a mayor número de sustancias consumidas por el paciente al inicio del tratamiento, menor probabilidad de finalizarlo tiene.

El resto de las variables son excluidas del modelo, lo que nos indica que no presentan ninguna relación con la variable <<finalización del tratamiento>>. Es decir, las variables

sociodemográficas (edad, sexo, ocupación laboral y estudios realizados) no son significativas para la finalización del programa. Al igual que ocurre con el apoyo social y familiar y con antecedentes de problemas de consumo de alcohol.

A continuación, se realiza un análisis de regresión múltiple utilizando como variable dependiente la finalización del tratamiento de deshabituación en régimen ambulatorio y como variables independientes la revisión a los 2 años, las revisiones a los 2 años y hasta el año y las revisiones a los 2 años, al año y acude el paciente a revisiones hasta el año. Utilizando el método Stepwise para la eliminación de variables y ajuste del modelo.

**Tabla 2. Regresión Múltiple. Finalización del tratamiento**

Modelo	Variables	R	R	p
I	2 años	0,966	0,76	0,00
	Resumen Modelo	0,976	0,953	0,00
II	2 años	0,863	0,873	0,00
	Hasta 1 año	0,118	0,127	0,00
	Resumen Modelo	0,979	0,959	0,00
III	2 años	0,903	0,913	0,00
	Hasta 1 año	0,376	0,405	0,00
	1 año	-0,301	-0,330	0,00
	Resumen Modelo	0,985	0,971	0,00
*p<0.001				

Los resultados indican, por un lado, que para que el tratamiento tenga éxito los usuarios deben acudir a las revisiones a los 2 años (habiendo acudido con anterioridad a las revisiones hasta el año). La variable “acude a revisiones al año” ( $r= 0.127$ ;  $p= 0.00$ ) predice la finalización del tratamiento. Ya que si los pacientes acuden el primer año a las revisiones tienen una alta probabilidad de finalizar el tratamiento ambulatorio.

En el Modelo 1 también aparece que el número de drogas consumidas ( $r= 0.43$ ;  $p= 0.39$ ) predice en gran medida la finalización del tratamiento. A medida que el número de drogas consumidas aumenta, los pacientes tienen menor probabilidad de éxito en el tratamiento. Y la variable predictora “existencia de recaídas durante el tratamiento” que se relaciona de forma negativa o inversa con la finalización del tratamiento ( $r= -0.42$ ;

$p= 0.43$ ). Es decir, los pacientes que tienen alguna recaída durante el tratamiento tienen mayor probabilidad de finalizar el mismo.

Las demás variables predictoras son excluidas del modelo.

#### 4. Discusión y conclusiones.

Los resultados revelan que un alto número de usuarios finalizan el tratamiento (26.9%), teniendo en cuenta que el abandono del tratamiento en la terapia de adicciones es habitual entre consumidores (López-Goñi, 2011; Zamora, 2014) y por tanto demuestran una buena adherencia terapéutica superior a otras investigaciones (López-Goñi, et al., 2011; Valero, Ortiz-Tallo, Parra-García y Jiménez-Guerra, 2013).

Las características de la población encontradas en este estudio afirman que tienen más probabilidad de finalizar el tratamiento aquellas personas que presentan consumo de alcohol, que acuden a todas las revisiones durante los tres primeros meses y no presentan ninguna recaída durante el mismo. Además, se observa que a mayor número de revisiones realizadas mayor probabilidad de finalizar el tratamiento. Resultados que coinciden con los encontrados en la revisión realizada por Girón (2007), donde encontró que la mayor permanencia en el tratamiento aseguraba unos resultados más favorables a largo plazo o el estudio de Secades y Benavente (2000) donde la tasa de abandonos disminuía a medida que pasaban los meses dentro del programa terapéutico. También, encontramos en otros países resultados parecidos como el estudio llevado a cabo entre nueve programas diferentes en Norteamérica donde se demostró que la variable predictora más importante para lograr adherencia fue el número de sesiones terapéuticas del primer mes (Crevecoeur-MacPhail et al., 2010).

Mientras que, por otro lado, se ha podido observar que ninguna de las variables sociodemográficas es predictora de una mejora en la adherencia terapéutica. Este resultado coincide con el encontrado en el estudio de Hser, Evans, Huang y Anglin, (2004), donde las características sociodemográficas de los pacientes (a excepción de la etnicidad) no tienen ninguna relación con la finalización o no del tratamiento. La situación sociodemográfica de los usuarios cuando inician el tratamiento no determina la evolución y resultados terapéuticos a largo plazo. Por lo que tenemos que considerar que, para la obtención de

más datos, se hace necesario disponer de otro tipo de información relacionada con otros aspectos del proceso, para analizar la relación de las mismas con los resultados obtenidos.

En cuanto a las variables apoyo familiar recibido, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre ellas y la finalización del tratamiento, no considerándose una variable predictora de adherencia (Muñoz, 2017). Lo que contradice a otras investigaciones en la que se ha encontrado que la familia ejerce de variable predictora de adherencia terapéutica, al relacionarla con la motivación externa que ejercen los familiares de los pacientes para que estos acudan a las primeras citas y que evolucionaría a motivación interna (Linares, Palau, Albiach y Santos, 2002) durante el proceso, ya que según estos autores se precisa de un cierto grado de apoyo para una mejor retención y cumplimiento terapéutico (Herrera, Barberán y Yumar, 2008).

Por otro lado, los datos obtenidos sugieren que el número de sustancias consumidas se relaciona con la adherencia; de forma que las personas que presentan dependencia al alcohol presentan mayor probabilidad de finalizar el programa terapéutico que las personas que consumen además otras sustancias como cocaína o benzodiacepinas. Lo que se constata también en otros estudios, donde la dependencia a más de una sustancia predice una menor probabilidad de adherencia terapéutica (Muñoz, 2017).

En cuanto a la relación entre la existencia de recaídas y la adherencia, el estudio sugiere que existe una correlación muy significativa entre estas dos variables, pero no exactamente como cabe esperar, sino que encontramos que mientras más recaídas presentan las personas en los primeros meses del tratamiento más probabilidad de finalizarlo y, por tanto, mayor adherencia al programa terapéutico. Parece que las recaídas sufridas por los pacientes al comienzo del tratamiento hacen que vean la enfermedad más grave o que vean el tratamiento como más necesario y acudan a todas las revisiones. Este resultado, también es corroborado por otros estudios anteriores como el ya citado de Hser, et al., (2004), donde existe relación entre el tiempo de duración del tratamiento y los resultados alcanzados.

Para obtener conclusiones definitivas se debería tener en cuenta como una limitación que la muestra seleccionada está formada por un número pequeño de participantes y que la recogida de datos se hizo a través de las historias clínicas escritas por los terapeutas que realizaban el seguimiento a estos pacientes, por lo que podría existir algún sesgo en la

información dada, ya que los profesionales están influenciados por factores relacionados con el contexto de las revisiones realizadas. Con todo, se cree que la muestra es representativa de los usuarios que acuden al programa y las conclusiones generales pueden ratificar la hipótesis de que existen diversos factores relacionados con el paciente y la patología adictiva capaces de predecir la probabilidad de adherencia al tratamiento. Por lo que sería conveniente seguir profundizando en que tipo de relación presentan cada uno de estos factores para poder así, desarrollar estrategias que posibiliten una adecuada adherencia terapéutica a pesar de posibles recaídas durante el proceso de tratamiento en adicciones.

## 5. Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Barroso Morales M.L., Mora Sánchez I. y Sierra Hernández C.E. (2021). Adherencia terapéutica en los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo primario. *Enfermería en Cardiología*, 28 (82), 46-51.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema* 20 (3), 389-395.
- Crèvecoeur-MacPhail D., Ransom L., Ceci Myers A., Annon J. J., Diep N., Gonzales R., Rawson R. A., Viemes J., Sugita W. y Barger J. (2010). Inside the Black Box: Measuring Addiction Treatment Services and Their Relation to Outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(6), 269-276. <https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10400550>.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 653-663.
- Di Matteo R. y Di Nicola D. (1985). *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York: Pergamon.
- García del Castillo, J.A., García del Castillo-López, A. y López-Sánchez, C. Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(2), 89-98.

- García del Castillo, J.A, García del Castillo-López, A. y Dias, P. (2014). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(1), 5-14.
- Girón, S. (2007). Los estudios de seguimiento en drogodependencias: Una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*, 9 (2), 75-96.
- Herrera J.M., Barberán M. y Yumar T. (2008). La adherencia al tratamiento en una Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD). *Trabajo Social y Salud*, 61,155-82.
- Hser, Y., Evans, E., Huang, D. y Anglin, D. (2004): Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatric Services*,
- Llinares M.C, Palau Muñoz C., Albiach Catalá C. y Santos Diez P. (2002). Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 30(6):370-5.55(7).
- López-Goñi J.J, Fernández-Montalvo J. y Arteaga A. (2011). El abandono (dropout) en el Tratamiento de la Adicción: Explorando las Características de los Pacientes. *Am J Addict*, (21):78-85.
- Martín, L. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 225-238.
- Martín A. L. y Grau Abalo J.A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 89-99.
- Muñoz S. de A. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas Enfermería*, 20(2): 18-24. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081031>
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo; pruebas para la acción. Ginebra: OMS;2004. Disponible en: <https://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

- Ortega Cerda, J.J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó.A. y Ortega Legaspi, J. M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Secades, R., y Benavente Y. (2000). Predictores de la retención en una Comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones*, 12 (3), 365-371.
- Secades, R., y Fernández, J.R. (2000). Como mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12 (3), 353-363.
- Silva, G.E., Galeano, E. y Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Tayfur, O. (2012). The Antecedents and Consequences of Learned Helplessness in Work Life. *Information Management and Business Review*, 4 (7), 417-427.
- Valero-Aguayo L., Ortiz-Tallo M., Parra-García M<sup>a</sup> M. y Jiménez-Guerra M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de Psicología*, 29 (1), 38-47. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.159131>
- Zamora Y.R. (2014). Predicción del abandono del tratamiento en adictos mediante el cuestionario VPA-30. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(2).



# Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063