

Recuperar para avanzar. Proyecto de Intervención dirigido a Personas Adultas Jóvenes con Enfermedad Mental provocada por Consumo de Drogas en la Provincia de Salamanca

Modalidad: Intervención en Trabajo Social

Patricia Curto de Miguel

Trabajadora Social por la Universidad de Salamanca, ganadora del I Premio de Trabajo de Fin de Grado del Colegio Oficial de Trabajo Social de Salamanca-Zamora, con experiencia en prácticas con personas con enfermedad mental grave en el Centro de Rehabilitación Psicosocial del Hospital de los Montalvos (Salamanca).

Resumen

El consumo de drogas ha incrementado la aparición de trastornos mentales y problemas de salud, generando graves consecuencias personales y sociales. Ante esta realidad, surge el Proyecto “Recuperar para Avanzar”, cuyo objetivo es mejorar las capacidades cognitivas y sociales de personas con enfermedad mental grave derivada del consumo de sustancias psicoactivas en la provincia de Salamanca. La intervención, se fundamenta en una revisión de las principales patologías psiquiátricas vinculadas al consumo de drogas y su impacto en la salud mental. Con base en este análisis, se propone una intervención psicosocial, estructurada en diversos programas y actividades orientadas al desarrollo de competencias clave (cognición, ejercicio físico, habilidades sociales, aseo personal y tareas del hogar). Con una duración de dos años, el Proyecto pretende lograr una mejora significativa en las habilidades cognitivas y sociales del conjunto de participantes, promoviendo su autonomía y calidad de vida.

Palabras clave:

Drogas, enfermedad mental, proyecto de intervención, jóvenes, trabajo social.

Abstract

Drug use has increased the incidence of mental disorders and health problems, generating serious personal and social consequences. In response to this reality, the “Recover to Move Forward” Project was launched, aiming to improve the cognitive and social abilities of individuals with severe mental illness resulting from psychoactive substance use in the province of Salamanca. The intervention is based on a review of the main psychiatric pathologies linked to drug use and their impact on mental health. Based on this analysis, a psychosocial intervention is proposed, structured around various programs and activities focused on developing key competencies

(cognition, physical exercise, social skills, personal hygiene, and household tasks). Lasting two years, the Project aims to achieve a significant improvement in the cognitive and social skills of all participants, promoting their autonomy and quality of life.

Key words:

Drugs, mental illness, intervention project, young people, social work.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el consumo de drogas constituye un grave problema de Salud Pública a nivel mundial. Sus efectos transciden el ámbito individual generando repercusiones físicas, psíquicas y sociales que afectan no solo a quienes las consumen, sino también a sus familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

Según estimaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (en adelante, UNODC) aproximadamente 284 millones de personas en todo el mundo consumieron drogas ilícitas al menos una vez en 2020, lo que equivale al 5,6% de la población mundial entre los 15 y 64 años. En comparación con la prevalencia global, España no se sitúa entre los países con las tasas más altas de consumo de drogas ilícitas, pero tampoco entre los de menor incidencia (UNODC, 2020). Estas cifras pueden verse condicionadas por diversos factores como la disponibilidad de drogas, las políticas de salud pública o las condiciones socioeconómicas y culturales, entre otros. En el contexto español, el consumo de cannabis, cocaína y otras drogas recreativas ha sido objeto de análisis sistemáticos mediante encuestas y estudios realizados por organismos oficiales, como el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (en adelante, OEDA).

El abuso de sustancias suele funcionar, en muchos casos, como un mecanismo de afrontamiento frente a dificultades emocionales o psicológicas. Sin embargo, esta forma de consumo conlleva riesgos significativos para la salud, ya que el consumo excesivo o prolongado puede desencadenar trastornos mentales o agravar los ya existentes (OEDA, 2023).

La relación entre el uso de drogas y la salud mental es compleja y plantea retos en su prevención y tratamiento. Para abordarla eficazmente, es clave comprender sus causas y factores sociales, culturales y económicos, lo que facilitará el diseño de políticas y estrategias adecuadas.

FUNDAMENTACIÓN

Contextualización

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) define droga como “cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo” (OMS, 1969). Asimismo, la OMS conceptualiza la drogodependencia como:

El estado de intoxicación periódica o crónica, producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por el deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, por la tendencia a incrementar la dosis, por la dependencia física y generalmente psíquica que produce síndrome de abstinencia por la retirada de la droga y que produce efectos nocivos para el individuo y para la sociedad (1975).

En el año 2023 la OMS actualizó su definición de *salud mental*, entendiéndola como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (2023).

Por otro lado, el concepto de *patología dual* hace referencia a la presencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental. Esta comorbilidad no es poco común; de hecho, las tasas de prevalencia son significativas. Una evaluación diagnóstica adecuada resulta fundamental para evitar fracasos terapéuticos y diseñar intervenciones eficaces. Este término fue introducido en España en el año 1990 por Miguel Casas, profesor de Psiquiatría en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Efectos e implicaciones del consumo de drogas

El impacto del consumo de drogas varía según la sustancia (heroína, cocaína o alcohol) y factores ambientales o sociales, produciendo efectos significativos en la salud física, social y mental de las personas. Entre los principales se identifican daños en órganos vitales, trastornos mentales y problemas de salud mental (UNODC, 2023).

La adicción es una de las consecuencias más graves del consumo de drogas, al provocar dependencia y perjudicar la vida personal, laboral y social. En el plano socioeconómico, genera problemas como desempleo, conflictos familiares, problemas legales y baja productividad, además de sobrecargar los sistemas de salud y asistencia social.

En el ámbito de la seguridad pública, el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra frecuentemente asociado con la comisión de actos delictivos, manifestaciones de violencia y accidentes de tráfico. Asimismo, la población juvenil constituye un grupo especialmente vulnerable, dado que el consumo durante la etapa adolescente puede incidir de manera significativa en el desarrollo físico y cognitivo, así como en la conformación de relaciones sociales saludables.

En este contexto, los y las profesionales del trabajo social desempeñan un papel fundamental en la prevención y tratamiento del consumo de drogas. Su labor abarca desde la intervención individual y familiar hasta la promoción de hábitos saludables en la comunidad. También participan en la educación preventiva, la sensibilización social y para el desarrollo de políticas públicas que fomenten la inclusión y mejoren las condiciones de vida de las personas afectadas.

Patrón de consumo de drogas en España

Según el informe “Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España” del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a través de la encuesta EDADES (2023), las sustancias más consumidas por la población de 15 a 65 años son, en orden de prevalencia: alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis y cocaína.

En concreto, el 60,7% de la población consumidora de hipnosedantes son mujeres de entre 55 y 64 años. Asimismo, el 15,8% de personas de entre 15 y 64 años han consumido alguna vez analgésicos opioides (con o sin receta) como el tramadol y la codeína.. Al igual que con los hipnosedantes, las mujeres consumen más analgésicos opioides que los hombres en cualquier rango de edad, aunque el consumo es más frecuente en edades avanzadas (EDADES, 2023).

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida, en el grupo de edad estudiado. En los últimos años, el consumo ocasional ha permanecido estable mientras que el diario ha incrementado un 2,8% en el año 2022, siendo los hombres (69,9%) entre los 15 y 24 años quienes más la consumen (EDADES, 2023).

También son los varones entre 25 y 34 años el grupo poblacional consumidor mayoritario de cocaína (76,8%) principalmente en polvo. Por su parte, la heroína, tiene una prevalencia mínima, con solo el 0,1% de la población consumidora en el último año, aunque la edad media de inicio del consumo ha disminuido pasando de 22,6 a 21,2 años. El consumo de éxtasis (0,8%), anfetaminas (0,6%), alucinógenos (0,6%) y los inhalables volátiles (0,2%) también es bajo. Las nuevas sustancias psicoactivas (en adelante, NSP), como hierbas, pastillas o polvos, están ganando popularidad entre hombres de 25 a 34 años, aunque siguen siendo menos consumidas que las drogas tradicionales (EDADES, 2023).

La tendencia general del consumo de drogas es el policonsumo siendo el alcohol el principal protagonista. Los síntomas característicos del consumo de hipnosedantes están relacionados con los trastornos de ansiedad (57,1%), la pérdida de conciencia, síncope o coma (29,4%), y en menor proporción, agitación, agresividad e irritabilidad (22,7%). Mientras que el alcohol provoca vómitos o náuseas (25,8%), agitación, agresividad e irritabilidad (22,1%), pérdida de conciencia, síncope o coma (19,3%), ansiedad (18,5%), y en menor medida, dolor abdominal (9,4%) (OEDA, 2023).

Por último y tal como se muestra en la Tabla 1, la mayoría de las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes y los analgésicos opioides, son consumidas en su mayoría por los hombres jóvenes, con gran tendencia al policonsumo.

Tabla 1. Consumo de sustancias psicoactivas por tipo, sexo y grupo de edad.

Sustancia Psicoactiva	Sexo		Intervalo de edad de mayor consumo
	Hombre	Mujer	
Tabaco	57,2%	42,8%	45 a 54
Alcohol	56,9%	43,1%	25 a 34
Hipnosedantes	39,3%	60,7%	55 a 64
Cannabis	69,9%	30,1%	15 a 24
Analgesicos opioides	39,2%	60,8%	45 a 64
Cocaína	76,8%	23,2%	25 a 34
Heroína	61,4%	38,6%	35 a 44
Éxtasis	64,9%	34,1%	15 a 24

Nota. Elaboración propia adaptada de EDADES (2023).

Incidencia en diferentes contextos sociales y según los antecedentes biológicos

Según Gallegos Díaz (1990) los factores de riesgo en el consumo de drogas se dividen en varias categorías. En primer lugar, los relacionados con la sustancia destacan que, aunque la droga no sea un componente básico, su estructura química y potencial adictivo la hacen peligrosa, ya que cumple una función específica para quien consume dentro de su entorno.

En el plano individual, aunque la presión social influye, el consumo de drogas es principalmente una decisión personal. Factores como la edad, la baja autoestima, la falta de habilidades sociales, la insatisfacción con el tiempo libre y la búsqueda de sensaciones aumentan el riesgo de consumo. Además, la capacidad de resistir la presión social es fundamental, ya que cada persona percibe de forma distinta los efectos de las sustancias y las influencias externas.

Los factores sociales también tienen un gran impacto. El entorno social, que incluye la familia, el trabajo y el círculo social, influye en el comportamiento de consumo, ya que la aceptación del consumo por parte del grupo puede reforzar la conducta. Además, fenómenos generales de la sociedad como la publicidad, la urbanización y las normas culturales, también influyen en la actitud hacia el consumo de drogas.

En términos microsociales, dentro del ámbito familiar, la falta de cohesión y un clima emocional inadecuado, así como la presencia de consumo de drogas en el hogar, aumentan el riesgo. En el ámbito escolar, la carencia de integración, la influencia del grupo de iguales y el consumo de drogas en este entorno también son factores de riesgo.

Por su parte, los factores macrosociales incluyen la tolerancia social hacia el consumo de sustancias legales como el alcohol y el tabaco, a pesar de los riesgos para la salud. Además, ciertos valores culturales, como el culto al dinero, el poder y el éxito, el individualismo y la falta de solidaridad, contribuyen al consumo. La falta de recursos y alternativas de ocio saludable también es determinante, ya que puede llevar a las personas a consumir sustancias en lugares como bares y discotecas, por falta de alternativas.

Por ello, el consumo de drogas es una compleja interacción entre factores individuales, sociales, familiares y culturales que varían según el contexto y las características personales de cada individuo. Por tanto, cualquier estrategia de prevención o intervención debe considerar esta multidimensionalidad.

Patologías psiquiátricas provocadas por el consumo de drogas

El consumo de sustancias psicoactivas está estrechamente relacionado con múltiples trastornos mentales y psicológicos, cuyo impacto depende del tipo de sustancia, la dosis, la duración del consumo y la predisposición individual (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5], 2014). En particular, se observa una fuerte vinculación con los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Sustancias como el alcohol, los opiáceos, la cocaína, las anfetaminas, el cannabis y los alucinógenos pueden inducir episodios depresivos, maníacos o mixtos, especialmente en personas con trastorno bipolar o predisposición a estos desequilibrios emocionales. Asimismo, estos compuestos pueden provocar ansiedad, ataques de pánico y agitación, tanto durante el consumo como en los períodos de abstinencia.

Aunque el trastorno de estrés postraumático (TEPT) no es causado directamente por el consumo de drogas, muchas personas recurren a estas sustancias como forma de automedicación, lo cual suele empeorar los síntomas. Además, drogas como el alcohol, la cocaína y las metanfetaminas pueden generar irritabilidad, agresividad y trastornos del sueño, alterando el ritmo circadiano y provocando insomnio o parasomnias.

En casos más graves, el uso prolongado de estimulantes y alucinógenos puede desencadenar trastornos psicóticos, con delirios, alucinaciones y episodios de despersonalización, sobre todo en individuos con vulnerabilidad genética. Asimismo, se ha observado que el consumo de alcohol y estimulantes intensifica los síntomas de distintos trastornos de personalidad, como el antisocial, el límite o el paranoide.

Finalmente, muchas drogas provocan deterioro cognitivo: el alcohol y el cannabis afectan la memoria, la atención y la capacidad de aprendizaje, mientras que los estimulantes y opiáceos pueden generar déficits en funciones ejecutivas, coordinación motora y juicio. A largo plazo, estos efectos pueden volverse irreversibles, afectando gravemente la calidad de vida de quienes consumen.

MARCO LEGAL

A continuación, se presenta un resumen de la normativa en materia de salud mental y consumo de drogas. Este apartado analiza los principales instrumentos legales y políticos que rigen la atención de personas con trastornos mentales asociados al consumo de drogas, con el objetivo de comprender su alcance, limitaciones y posibles áreas de mejora.

Tabla 2. Legislación referente al proyecto

ÁMBITO INTERNACIONAL	
<i>Carta Social Europea (1996, art. 11).</i>	Derecho a la Protección de la Salud. Se garantiza el servicio de atención a la salud accesible y eficaz para la totalidad de la población, una serie de políticas de prevención de enfermedades con la garantía de la consecución de un medio ambiente saludable, y el objetivo de eliminar los riesgos laborales para garantizar que la salud y la seguridad en el trabajo estén respaldadas por la ley y se materialicen en la práctica.
<i>Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (2007 art. 35).</i>	Protección de la Salud. Destaca el derecho fundamental de toda persona a acceder a la prevención y atención sanitaria, según las leyes y prácticas nacionales. Además, subraya el compromiso de la Unión en establecer políticas y acciones que aseguren un alto nivel de protección de la salud humana al definir y llevar a cabo sus actividades.
ÁMBITO NACIONAL	
<i>Constitución Española de 1978 (art. 49).</i>	Los poderes públicos implementarán una política integral para la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de personas con discapacidades físicas, sensoriales y psíquicas. Se les brindará atención especializada y se les respaldará especialmente para que disfruten plenamente de los derechos otorgados por este Título a todos los ciudadanos.
<i>Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril</i>	De Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, que establece las políticas de prevención y control de drogas.

Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo	De Protección de la Seguridad Ciudadana, comúnmente conocida como “Ley Mordaza”, relacionada con la prohibición del consumo de drogas en lugares públicos.
Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre	De Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, establece las normas relativas a la protección de datos personales en España, incluidos aquellos relacionados con la salud mental y el tratamiento de la drogadicción.
Ley 14/1986, de 25 de abril	General de Sanidad.
Ley 29/2006, de 26 de julio	De garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, regula la prescripción y dispensación de medicamentos, incluidos los utilizados en el tratamiento de la drogadicción y los trastornos mentales.
Real Decreto 1302/1986, de 28 de junio	Por el que se aprueba el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Establece los derechos y deberes de las personas con trastornos mentales, así como los principios generales de la atención a la salud mental.
Estrategia de Salud Mental 2022-2026	Del Sistema Nacional de Salud, orientada a mejorar la atención a la salud mental.

ÁMBITO AUTONÓMICO

Decreto 83/1989, de 18 de mayo	Por la que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León
Acuerdo 45/2016, de 21 de julio	De la Junta de Castilla y León por el que se aprueba el IV Plan de Salud de Castilla y León.
Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2007	De Castilla y León, establece las prioridades de actuación en este ámbito en desarrollo del objetivo general del 2º Plan de Salud de Castilla y León, consistente en ofrecer los recursos que garanticen la continuidad de cuidados para las personas con enfermedad mental.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

El presente proyecto propone como **objetivo general** mejorar las capacidades cognitivas y sociales de las personas adultas jóvenes con enfermedad mental grave provocada por el consumo de sustancias psicoactivas dentro en la provincia de Salamanca (Castilla y León).

O.E.1. Facilitar el acceso a recursos sociales y comunitarios para personas que padecen enfermedad mental causada por el consumo de drogas.

O.E.2. Favorecer la mejora de las capacidades cognitivas que se pueden haber visto afectadas por el consumo de drogas y por la posterior aparición de una enfermedad mental específica.

O.E.3. Potenciar el entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el fin de impulsar la vida autónoma de las personas afectadas por una enfermedad mental provocada por el uso de drogas.

O.E.4. Mejorar las habilidades sociales que se vieron afectadas con la aparición de la enfermedad mental.

O.E.5. Concienciar a la población sobre el peligro que conlleva el consumo de drogas y a su vez de la posibilidad de la aparición de patologías psiquiátricas derivadas de dicho consumo.

O.E.6. Prevenir el consumo de drogas en la población y así evitar el riesgo de sufrir algún tipo de enfermedad mental derivada de dicho consumo.

POBLACIÓN DIANA

El proyecto se dirige a la población residente en la provincia de Salamanca, Castilla y León, con edades comprendidas entre 18 y 44 años, al ser el rango donde se registra una mayor prevalencia de enfermedad mentales vinculada al consumo de drogas.

Las personas destinatarias que participen en el proyecto deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión específicos, excluyendo a todas aquellas que no cumplan alguno de ellos (Tabla 3).

Además, el proyecto incorpora la participación de toda la comunidad incluyendo a estudiantes, docentes de institutos y ciudadanía en general, a través de las actividades de sensibilización y concienciación descritas en la Tabla 5 – Programa 5.

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión para la participación en el proyecto.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tener una edad comprendida entre los 18 y 44 años.	Menores de 18 años y mayores de 44 años.
Residir en la provincia de Salamanca.	Residir fuera de la provincia.
Padecer un trastorno de salud mental diagnosticado por un profesional médico dentro del Sistema de Salud Mental de Castilla y León.	Tener problema de salud mental no diagnosticado por el profesional correspondiente o no tenerlo.
Haber sido consumidor de sustancias psicoactivas.	Ser consumidor de sustancias psicoactivas.
Que dicha afección mental haya aparecido como consecuencia del consumo de drogas.	Haber sido consumidor de sustancias psicoactivas, pero sin problemas mentales derivados tras su consumo.

La selección de las personas participantes se hará mediante el contacto con la Red Pública de Salud Mental de Castilla y León, además de con entidades de carácter privado que tengan competencias en materia de salud mental y drogadicción. De esta manera, se seleccionará a las personas que cumplan los criterios expuestos anteriormente adecuándose al número de participantes que se plantea a continuación.

METODOLOGÍA DEL PROYECTO

Este Proyecto, de enfoque integral, tiene como propósito mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades mentales graves derivadas del consumo de sustancias psicoactivas, siempre que ya no sean consumidores. Se desarrollará en Salamanca y se con-

tará con el apoyo institucional del Ayuntamiento del municipio, así como de las entidades públicas y privadas que intervienen con población drogodependiente y con enfermedad mental. El Proyecto tiene una vigencia de dos años y se desarrollará íntegramente en el Centro Municipal Luis Vives. Contará con la financiación de la Junta de Castilla y León al ser un recurso incluido en la Red Pública de Salud Mental de dicha comunidad autónoma, por lo que será gratuito para los y las participantes.

La intervención se dirigirá a residentes de Salamanca que cumplan criterios específicos, y será gestionada por un/a trabajador/a social con formación en dirección de proyectos, apoyado por un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales del ámbito social y sanitario.

El Proyecto se ha diseñado con la pretensión de realizar una atención individualizada y de calidad, para ello, se ha establecido un rango de participantes por actividad entre 20-30. Cada participante responderá previamente al inicio de las actividades, a cuestionarios, pruebas y entrevistas que permitan conocer y evaluar sus capacidades cognitivas, habilidades sociales, participación comunitaria y autonomía en las ABVD. En base a estos resultados, se formarán subgrupos con necesidades similares. Este formato facilita un acompañamiento constante y personalizado, atendiendo de forma específica a las necesidades emocionales, sociales u otras que puedan surgir.

En cuanto a la metodología empleada, se ha optado por un enfoque activo y participativo, característico del ámbito de las Ciencias Sociales y, en particular, del trabajo social. Se entiende que la participación activa y continua del conjunto de participantes en el proyecto será fundamental, y se explicará durante las pruebas de evaluación inicial, al inicio del programa.

A continuación, se presenta la Tabla 4 con los diferentes programas y actividades que se desarrollarán en el Proyecto.

Tabla 4. Programas y actividades

Programa 1:	Programa de asesoramiento y apoyo a usuarios y familias
Objetivo específico al que responde:	O.E.1. Facilitar el acceso a recursos sociales y comunitarios para personas que padecen enfermedad mental causada por el consumo de drogas.
Duración:	Indefinida (a solicitud del participante, la familia o el profesional).
Profesional responsable:	Dos trabajadores/as Sociales.
Descripción del programa:	<p>La desinstitucionalización psiquiátrica ha hecho que las familias tengan un papel fundamental en el cuidado de personas con enfermedad mental. Por ello, la intervención busca capacitarlas mediante información sobre la enfermedad, tratamientos y estrategias de manejo, incluyendo asesoramiento, apoyo emocional, programas psicoeducativos y grupos de ayuda mutua.</p> <p>Se habilitará un espacio para reuniones con trabajadores/as sociales, tanto para usuarios como para familiares o tutores, donde se ofrecerá orientación y acceso a recursos sociales y comunitarios. Estas reuniones serán flexibles dentro del horario laboral y se llevarán a cabo en un espacio exclusivo para este fin.</p> <p>Se requerirán dos trabajadores/as sociales que se repartirán las tareas para evitar sobrecarga, así como una sala equipada con mesa, sillas, ordenador, impresora y material básico de oficina.</p>

Programa 2:	Programa de recuperación o mejora cognitiva
Objetivo específico al que responde:	O.E.2. Favorecer la mejora de las capacidades cognitivas que se pueden haber visto afectadas por el consumo de drogas y por la posterior aparición de una enfermedad mental específica.
Duración:	Tres horas semanales.
Profesional responsable:	Un neuropsicólogo/a y dos trabajadores/as sociales.
Descripción del programa:	<p>Se aborda el déficit cognitivo presente en trastornos psicóticos, especialmente en la atención, lo cual afecta la autonomía y el manejo del estrés. Basado en la plasticidad cognitiva, busca mejorar o recuperar las capacidades cognitivas deterioradas por el consumo de drogas y la aparición de una enfermedad mental, a través de talleres específicos.</p> <p>Los usuarios serán divididos en tres grupos según su nivel de competencia cognitiva (alta, media o baja), determinado en la evaluación inicial. Las actividades trabajarán percepción, atención, comprensión, memoria, lenguaje y orientación.</p> <p>El taller se desarrollará en una sala equipada con mesas, sillas, material de papelería, pizarra, ordenador y fotocopiadora.</p>
Actividades:	<ul style="list-style-type: none">• Taller de memoria: está centrado en mejorar la memoria a corto, medio y largo plazo mediante actividades específicas como la “actividad de las figuras”, que consiste en observar y luego recrear imágenes tras distintos períodos de tiempo. Además, se trabajarán otras áreas de la memoria (numérica, espacial y fisiológica) con ejercicios como recordar fechas de nacimiento, ubicación de objetos o características físicas de los compañeros.• Taller de lenguaje: tiene como objetivo mejorar la expresión oral y escrita mediante actividades como definir palabras o buscar sinónimos. Además, se reforzarán habilidades numéricas a través de ejercicios con varias cifras, números romanos y lectura de la hora.• Taller de cálculo matemático: busca mejorar la agilidad mental a través de operaciones matemáticas básicas (sumas, restas, multiplicaciones y divisiones), con un enfoque práctico en la gestión económica diaria, como calcular devoluciones en compras. <p>Las actividades se dividirán en tres grupos, en función del nivel cognitivo de los usuarios/as. Asimismo, se podrán ampliar con propuestas que el profesional considere beneficiosas para el mantenimiento o mejora de la capacidad cognitiva.</p>

Programa 3:	Programa de actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
Objetivo específico al que responde:	O.E.3. Potenciar el entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el fin de impulsar la vida autónoma de las personas afectadas por una enfermedad mental provocada por el uso de drogas.
Duración:	Entre seis y ocho horas semanales.
Profesional responsable:	Un terapeuta ocupacional, dos trabajadores/as sociales, un educador/a social, un profesional con título en cocina y restauración, y un profesional de gimnasia de mantenimiento y actividad física.
Descripción del programa:	<p>Este programa se enfocará en mejorar el autocuidado, la salud, la competencia personal y la independencia, áreas que suelen deteriorarse en personas con enfermedades mentales derivadas del consumo de drogas. A través del entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria como cocina, compras, organización del hogar, higiene personal y educación para la salud, se busca fomentar una vida más autónoma. Además, se promoverán actividades deportivas para fortalecer el autocuidado, mejorar la autoestima y el uso positivo del tiempo libre.</p>
Actividades:	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de cocina: tiene como objetivo fomentar una alimentación saludable y variada, así como mejorar la autonomía de los usuarios mediante la enseñanza de técnicas básicas de cocina. Se impartirá por un profesional con título de cocinero/a o técnico/a en cocina básica, bajo la supervisión de un/a terapeuta ocupacional. Se llevará a cabo en una sala equipada con cocina, mesas y utensilios, y se realizará una compra semanal de alimentos necesarios para el taller. • Taller de psicomotricidad: se trabajará la psicomotricidad a través de ejercicio físico, deporte y gimnasia de mantenimiento, con el objetivo de conservar las capacidades físicas y así mejorar la calidad de vida tanto física como psicológica de las personas participantes. El taller será dirigido por un profesional acreditado en actividad física y requerirá una sala de psicomotricidad o un espacio amplio, material deportivo variado y un espacio al aire libre para actividades como fútbol o baloncesto. • Taller de pintura y manualidades: busca fomentar la creatividad y ofrecer al colectivo participante una vía de expresión no verbal, especialmente útil para quienes tienen dificultades comunicativas. Además, ayudará a mejorar la memoria, la atención, la interacción social y el trabajo en equipo, al tiempo que fortalecerá la autoestima mediante la realización de proyectos creativos. Se llevará a cabo en un aula con mesas y sillas, compartida con el programa de recuperación cognitiva en horarios distintos, y equipada con materiales como pintura, pinceles, cartulinas y pegamento. Será dirigido por un/a terapeuta ocupacional junto con trabajadores/as sociales que participarán de forma alterna cada semana. • Taller de rehabilitación laboral: tiene como objetivo principal la inserción laboral de personas con enfermedad mental, ofreciendo orientación vocacional, entrenamiento en habilidades laborales, apoyo en formación profesional, técnicas de búsqueda de empleo y conexión con centros ocupacionales. Se realizará de forma individual por un/a terapeuta ocupacional en reuniones privadas, adaptadas a las necesidades de cada usuario/a. Estas sesiones se desarrollarán fuera del horario habitual de actividades, en el mismo despacho utilizado para el Programa de asesoramiento, compartiendo los mismos recursos materiales. • Taller de informática básica: tiene como objetivo capacitar a las personas en el uso básico del ordenador y las nuevas tecnologías, para que puedan realizar trámites electrónicos, acceder a información actual, comunicarse y gestionar tareas cotidianas. Estas habilidades mejoran su autonomía y calidad de vida. Se llevará a cabo en una sala equipada con ordenadores, mesas y sillas, y estará a cargo de un educador/a social con conocimientos básicos de informática.

Programa 4:	Programa de habilidades sociales
Objetivo específico al que responde:	O.E.4. Mejorar las habilidades sociales que se vieron afectadas con la aparición de la enfermedad mental.
Duración:	Entre una y dos horas semanales.
Profesional responsable:	Un/a psicólogo/a.
Descripción del programa:	<p>Este programa se centra en mejorar el funcionamiento social de personas con trastornos mentales graves, entrenando habilidades conductuales, verbales, paraverbales y cognitivas necesarias para las interacciones sociales. Se trabajan la comunicación, la assertividad, la expresión emocional y el reconocimiento de emociones.</p> <p>Para lograrlo, se realizarán debates sobre temas de actualidad y grupos terapéuticos dirigidos por un psicólogo/a, donde los participantes podrán expresar inquietudes y trabajar la autoestima y la ansiedad. Las actividades se llevarán a cabo en una sala sin mesas, con sillas dispuestas en círculo para facilitar la comunicación, y no requerirán material de oficina, ya que el objetivo principal es la expresión oral.</p>
Programa 5:	Programa de concienciación de la población:
Objetivo específico al que responde:	<p>O.E.5. Concienciar a la población sobre el peligro que conlleva el consumo de drogas y a su vez de la posibilidad de la aparición de patologías psiquiátricas derivadas de dicho consumo.</p> <p>O.E.6. Prevenir el consumo de drogas en la población y así evitar el riesgo de sufrir algún tipo de enfermedad mental derivada de dicho consumo.</p>
Duración:	Una hora cada dos semanas.
Profesional responsable:	Un educador/a social y dos trabajadores/as sociales.
Descripción del programa:	<p>El objetivo es sensibilizar sobre los riesgos del consumo de drogas y sus consecuencias en la salud mental, a través de campañas educativas dirigidas a la población consumidora, especialmente en el ámbito de la prevención terciaria. Además, se organizarán excursiones y visitas culturales semanales en Salamanca, gratuitas para los usuarios del proyecto.</p> <p>Para el resto de la población, se llevarán a cabo campañas de concienciación en institutos y actividades comunitarias para reducir el estigma hacia personas con enfermedades mentales. Las acciones estarán a cargo del educador/a social y los trabajadores/as sociales.</p>

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

Tal y como se detalla en la Tabla 5, las actividades planificadas se desarrollarán en dos turnos diferentes: uno correspondiente a la semana 1 y otro a la semana 2, los cuales se alterarán a lo largo de los veintidós meses de duración del Proyecto. Durante las dos primeras semanas de septiembre se llevará a cabo la fase inicial de evaluación, que incluirá la aplicación de una encuesta para valorar las capacidades de las personas participantes, y la realización de entrevistas individuales para cumplimentar los informes personalizados. Durante la ejecución del Proyecto, el mes de agosto se considerará periodo vacacional y el centro permanecerá cerrado los días festivos y los fines de semana.

Las actividades tendrán lugar en horario de mañana, de 10:00 a 14:00h, con dos actividades por jornada, a excepción de aquellas más extensas como el *Programa de concienciación de la población* y el *Taller de cocina*, que requieren una mayor dedicación horaria.

La planificación diaria incluirá descansos entre actividades para fomentar la socialización de los y las participantes. Dependiendo de la actividad que se esté llevando a cabo, y del criterio profesional, se podrán hacer pausas adicionales o dividir una actividad en dos partes.

A continuación, se presenta la tabla con el cronograma semanal previsto para dos años de ejecución del Proyecto.

Tabla 5. Cronograma de programas y actividades

AÑO 1										
Enero										
	Semana 1					Semana 2				
	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V
<i>Programa de recuperación o mejora cognitiva</i>	O	O	O			O	O	O		
<i>Programa de actividades básicas de la vida diaria</i>	O	O		O	O	O	O		O	O
<i>Programa de habilidades sociales</i>				O				O		
<i>Programa de concienciación de la población</i>									O	

Nota: **Taller De Memoria; Taller De Lenguaje; Taller De Cálculo Matemático; Taller De Cocina; Taller De Psicomotricidad; Taller De Pintura Y Manualidades; Taller De Rehabilitación Laboral; Taller De Informática Básica; Programa De Habilidades Sociales; Programa De Concienciación De La Población.** El Programa de asesoramiento y apoyo a familias no aparece en el cronograma ya que se realiza a previa solicitud del usuario, familia, o profesional del centro.

EVALUACIÓN

La evaluación de la intervención es un elemento fundamental en el ejercicio profesional del Trabajo Social, ya que permite valorar la eficacia de las acciones implementadas, ajustar estrategias y garantizar la mejora continua de la práctica profesional. Desde esta disciplina, la evaluación no solo se concibe como un mecanismo de control, sino como una herramienta ética y política para promover la rendición de cuentas, la participación y la transformación social (De la Red, 2019). En esta línea, tal como señala la Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2021), la implicación activa de las personas beneficiarias es clave para asegurar que la intervención responda de forma real a sus necesidades y contextos específicos.

En esta línea, al inicio y finalización del Proyecto las personas participantes completarán un cuestionario de autoevaluación (véase Anexo B) que servirá como indicador de resultado para medir sus capacidades, limitaciones y progresos en los diferentes ámbitos estudiados, con el fin de poder evaluar la evolución de su situación después de haber formado parte del Proyecto.

En la encuesta de autoevaluación se abordarán distintos aspectos relacionados con la cognición, el ejercicio físico, las habilidades sociales y las actividades relacionadas con el aseo personal y las tareas del hogar. Serán preguntas formuladas en positivo, con el propósito de fomentar una autoexploración constructiva. Cada ítem contará con cuatro opciones de respuesta a las que se le otorgarán las siguientes puntuaciones:

A. Siempre	B. A menudo	C. A veces	D. Nunca
(3 puntos)	(2 puntos)	(1 punto)	(0 puntos)

Para medir el nivel de autonomía en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, se empleará un instrumento con ítems formulados en sentido positivo, lo que implica que una puntuación más elevada refleja mayor grado de independencia funcional. A fin de valorar la eficacia de la intervención, se establecerá como umbral favorable una media igual o superior a 2 puntos en cada uno de los bloques temáticos del instrumento.

Al contener cada bloque un número diferente de preguntas se tendría que realizar la media aritmética de cada conjunto, en la que la obtención de 2 o más puntos se considerará indicativa de un desempeño adecuado o muy bueno. En aquellos casos en que la puntuación media se sitúe por debajo de 2, se interpretará como un indicador de competencia insuficiente, lo que señalará la necesidad de implementar estrategias de refuerzo dirigidas a mejorar específicamente las habilidades vinculadas con el área evaluada.

Es fundamental considerar la puntuación obtenida en cada dimensión de estudio de forma independiente, y no únicamente en su globalidad, ya que una persona podría tener un buen manejo de la higiene personal, pero no realizar actividad física y experimentar limitaciones cognitivas. Por este motivo, el cuestionario de evaluación se estructurará en cuatro bloques independientes, correspondiente a las principales áreas de análisis:

Bloque I: Cognición.

Bloque II: Actividad física.

Bloque III: Habilidades sociales y nuevas tecnologías.

Bloque IV: Higiene personal y hogar.

Al inicio del Proyecto se realizarán entrevistas individuales a cada participante en las cuales el trabajador/a social elaborará un informe de cada persona (véase Anexo C), estructurado en seis apartados claramente diferenciados que permitirán obtener información detallada sobre cada usuario/a. Estos informes tendrán carácter confidencial y serán utilizados únicamente con fines profesionales ya que, además de contener los datos personales, se añadirá una breve historia de vida.

En el periodo de ejecución del Proyecto, el equipo técnico implicado llevará a cabo una evaluación continua del proceso de intervención, con el objetivo de valorar la evolución de las personas participantes y la eficacia de las acciones desarrolladas. Como indicadores del proceso se medirán aspectos como el número de talleres impartidos, la actitud de los de los/as participantes ante las actividades y los avances observados en comparación con la evaluación inicial e intermedia. Para ello, se utilizarán registros de seguimiento y observaciones sistematizadas que permitirán determinar si se está produciendo una mejora, mantenimiento o retroceso en las capacidades evaluadas. Todas las anotaciones se incorporarán al expediente individual de cada participante, reforzando así el carácter personalizado, continuo y riguroso del proceso evaluativo.

CONCLUSIONES

El abordaje integral de las personas con enfermedad mental grave asociada al consumo de drogas requiere una intervención multidimensional que contemple los factores cognitivos, psicológicos, sociales, familiares, relaciones y laborales. La evidencia científica respalda que trabajar de forma coordinada en estos ámbitos favorece la recuperación funcional, reduce recaídas y mejora la calidad de vida (SAMHSA, 2020; Cochrane, 2019).

En primer lugar, el trabajo en el ámbito cognitivo resulta fundamental debido a las alteraciones neuropsicológicas frecuentes en esta población, como déficits de memoria, atención y funciones ejecutivas. Programas de remediación cognitiva han demostrado mejorar el funcionamiento cognitivo y, en consecuencia, la capacidad para adquirir y mantener habilidades sociales y laborales (Vita et al., 2024).

Desde el punto de vista psicológico, la literatura evidencia que los tratamientos integrados que abordan simultáneamente la enfermedad mental y el consumo son más eficaces que los enfoques separados. Estos modelos reducen síntomas psiquiátricos, disminuyen el consumo de sustancias y promueven la adherencia terapéutica (SAMHSA, 2020; Cochrane, 2019). La intervención psicológica debe combinar estrategias de motivación, prevención de recaídas y terapia cognitivo-conductual adaptada al doble diagnóstico.

En el ámbito social y relacional, los programas de rehabilitación psicosocial y el entrenamiento en habilidades sociales (*Social Skills Training*) mejoran la interacción interpersonal, reducen el aislamiento y fortalecen las redes de apoyo. Estos factores se asocian a una menor vulnerabilidad frente al consumo y a una mejor reintegración comunitaria (Bellack et al., 2004; Kurtz & Mueser, 2008).

Asimismo, el entorno familiar constituye un pilar central. Las intervenciones psicoeducativas y los programas de apoyo a cuidadores (como el modelo CRAFT¹) no solo mejoran el clima familiar y reducen la sobrecarga de los cuidadores, sino que también aumentan la adherencia del usuario al tratamiento y disminuyen las recaídas (Mueser et al., 2013). El fortalecimiento del entorno familiar favorece la estabilidad emocional y funcional de la persona atendida.

En relación con el ámbito laboral, los programas de empleo con apoyo, especialmente el modelo *Individual Placement and Support* (IPS), han mostrado resultados significativamente superiores en la inserción laboral de personas con enfermedad mental grave. El empleo estable contribuye al bienestar psicológico, la autonomía económica y la reducción del estigma (Bond et al., 2020).

Finalmente, la integración de estos componentes dentro de una red comunitaria de apoyo, mediante equipos interdisciplinarios y modelos como el *Assertive Community Treatment* (ACT), se asocia con una disminución de hospitalizaciones y una mayor continuidad en los procesos de recuperación (Drake et al., 2012).

En cuanto a los sesgos o errores que pueden aparecer en la ejecución del Proyecto, se pueden identificar tres: en primer lugar, puede presentarse el sesgo del evaluador, derivado de las expectativas positivas del equipo profesional respecto a la intervención, especialmente cuando no se dispone de personal evaluador externo o protocolos estandarizados. También se debe considerar el sesgo de abandono, frecuente en esta población, donde los y las participantes con mayor gravedad clínica o menor adherencia al Proyecto tienden a abandonar antes la intervención, generando resultados más optimistas que los reales. Por último, el sesgo de interpretación puede aparecer si los resultados son analizados con una tendencia a resaltar los logros del Proyecto, minimizando las dificultades o los efectos no esperados. Para mitigarlo, resulta recomendable la revisión externa de los informes y la transparencia en la presentación de los datos.

Por último, como proyección futura, si los resultados demuestran ser positivos y eficaces, se contempla la posibilidad de ampliar el Proyecto a otras provincias de Castilla y León, manteniendo aquellas actividades que resulten beneficiosas e incorporando otras nuevas que continúen ayudando a un número mayor de personas con problemas de drogadicción y salud mental.

.....

¹ Modelo **CRAFT** (*Community Reinforcement and Family Training*, por sus siglas en inglés) es un enfoque psicoeducativo y conductual diseñado para ayudar a familiares y personas cercanas de individuos con problemas de consumo de sustancias. Su propósito principal es motivar al consumidor a iniciar tratamiento, mejorar el bienestar del entorno familiar y reducir las conductas de consumo, sin recurrir a la confrontación o la coerción

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Ayuntamiento de Salamanca. (2024). V Plan Municipal de Adicciones 2024-2028. <https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/PMA%202024-2028.pdf>
- Badallo Carbajosa, A., García-Arias, S., & Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120). <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000400005>
- Bond, G. R., et al. (2020). *IPS Supported Employment: 30-year Update*. Psychiatric Services.
- Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M., & Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100002
- Castaño, G. A. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y drogas*, 127-148.
- Cochrane (2019). *Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness and Substance Misuse*.
- Drake, R. E., et al. (2012). *Assertive Community Treatment and Integrated Dual Diagnosis Treatment*. Psychiatric Services.
- Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES). (2023). *Informe 2023 sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
- España. (1986). Real Decreto 1302/1986, de 28 de junio, por el que se aprueba el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Boletín Oficial del Estado, 154, 21340-21347.
- España. (2006). Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 178, 29418-29447.
- Gallegos Díaz, J. J. (1990). Factores de riesgo para el consumo de drogas. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional de la Universidad de Granada.
- García-Mendoza, M. C., Parra, A., & Sánchez-Queija, I. (2017). Implicación en los estudios y consumo de drogas de adultos emergentes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 35(1), 45-54. <https://doi.org/10.55414/kchmo584>
- Gastón Herrero, A. (2020). Patología dual: drogodependencia y depresión. *Apuntes De Psicología*, 38(1), 13-22. <https://doi.org/10.55414/e580d052>
- Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lg=es&tlang=es

- Instituto de Adicciones de Madrid. (s.f.). *Factores de riesgo en el consumo de drogas: Guía para familias*. Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%2osalud/Publicaciones%20Propias%20ISP%20e%20IA/PublicacionesAdicciones/ficheros/factoresRiesgo.pdf>
- Junta de Castilla y León. (1989). *Decreto 83/1989, de 18 de mayo, por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 101, 1876-1881.
- Junta de Castilla y León. (2007). *Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica 2007*. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-regional-salud-mental-asistencia-psiquiatrica>
- Junta de Castilla y León. (2007). *Modelo de gestión de los procesos de integración de la población drogodependiente en Castilla y León*. Comisionado Regional para la Drogadicción. <https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246988963464/Publicacion/1200416813023/Redaccion>
- Junta de Castilla y León. (2016). *Acuerdo 45/2016, de 21 de julio, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el IV Plan de Salud de Castilla y León*. Boletín Oficial de Castilla y León, 141, 35025-35042.
- Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 213-240. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9595110213A>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental 2022-2026 del Sistema Nacional de Salud*.
- Mora Bermúdez, E., Reyes Vente, J. F., & Ovalle Afanador, K. G. (2022). *Sustancias psicoactivas y su afectación en la salud mental de los adolescentes* [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. Repositorio institucional de la Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Mueser, K. T., et al. (2013). *Family Interventions for Dual Disorders*. Psychiatric Rehabilitation Journal.
- Observatorio Español de Drogas y Adicciones. (2023). *Informe 2023 sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEIDA-INFORME.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (27 de junio de 2022). *Informe Mundial sobre las Drogas 2022*. Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2022/June/unodc-world-drug-report-2022-highlights-trends-on-cannabis-post-legalization--environmental-impacts-of-illicit-drugs--and-drug-use-among-women-and-youth.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1969). *WHO Expert Committee on Drug Dependence: Sixteenth report (Tech. Rep. Ser., No. 407)*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos sobre alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Pino Márquez, M. de la C., & Relinque Medina, F. (2021). La prevención de adicciones a sustancias en población infanto-juvenil. El caso de dos municipios andaluces. *Documentos de Trabajo Social*, 63. https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2021/05/DTS_63_3.pdf
- Quesada Cubo, M. D. Á. (2025). Análisis comparativo del estigma en salud mental en profesionales y población general: aproximación desde el trabajo social. *Documentos de Trabajo Social*, 67. https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2025/01/DTS_67_2.pdf
- Sánchez-Hervás, E., Molina Bou, N., Del Olmo Gurrea, R., Tomás Gradolí, V., & Morales Gallús, E. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació Psicològica*, (79), 4–18.
- SAMHSA (2020). *Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders Evidence-Based Practices (EBP) Kit*.
- Tabares, M. (2000). La prevención en drogodependencias desde la perspectiva del Trabajo Social. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo social y acción social*, 7-16. <https://www.trabajosocialmalaga.org/revista-dts-20/>
- Uriarte, J. J. U. (2007). *Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave*. Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria, 7(2). <https://psykebase.es/servlet/articulo?codigo=2660899>
- Vita, A., et al. (2024). *Durability of Cognitive Remediation in Schizophrenia: A Systematic Review*. *Schizophrenia Bulletin*.

ANEXOS

ANEXO A. Tabla de Modelos Teóricos

Modelo Teórico	Descripción	Autores / Enfoque principal	Aplicación en salud mental
Biomédico	Explica el consumo de drogas como resultado de alteraciones neuroquímicas, genéticas o cerebrales.	Neurociencia, psiquiatría (Kandel, Volkow).	Diagnóstico y tratamiento farmacológico de adicciones y trastornos mentales asociados.
Psicodinámico	Considera el consumo como una forma de manejar conflictos internos, ansiedad o traumas.	Sigmund Freud, Anna Freud, Khantzian.	Terapia psicodinámica y exploración del inconsciente para comprender la raíz emocional del consumo.
Conductual / de Aprendizaje	El consumo se aprende por refuerzo positivo (placer) o negativo (evitar malestar).	Skinner, Bandura, Marlatt.	Programas de modificación de conducta y prevención de recaídas.
Sociocultural	El consumo está influido por el contexto social, económico y cultural (normas, presión grupal, marginalidad).	Durkheim, Becker, Bourdieu.	Intervenciones comunitarias, campañas de prevención y políticas públicas.
Biopsicosocial	Integra factores biológicos, psicológicos y sociales para explicar la adicción.	Engel (1977).	Modelo base de la atención integral en salud mental y adicciones.
Automedicación	Las personas consumen drogas para aliviar síntomas de trastornos mentales previos.	Khantzian (1985).	Enfoque dual: tratamiento simultáneo de adicción y trastorno mental.

ANEXO B. Cuestionario inicial y final**ENCUESTA DE EVALUACIÓN**

Nombre y apellidos _____

Estimado/a participante, agradecemos su participación en esta encuesta para evaluar aspectos de la vida cotidiana. Sus respuestas son muy importantes para ayudarnos a mejorar la calidad de nuestro proyecto.

	S	AM	AV	N
BLOQUE I				
1. ¿Recuerda con facilidad fechas, citas o acontecimientos importantes?				
2. ¿Sigue correctamente el hilo de la conversación cuando está hablando con alguien?				
3. ¿Suele concentrarse cuando está realizando alguna actividad? Leer una revista, ver la tele, etc.				
BLOQUE II				
4. ¿Realiza algún tipo de actividad física? Dar paseos, correr, ir al gimnasio, etc.				
BLOQUE III				
5. ¿Suele realizar alguna actividad dentro de la comunidad? Asociaciones, grupos de vecinos, grupos de amigos, etc.				
6. ¿Conoce o maneja las nuevas tecnologías? Uso de móviles, ordenadores, etc.				
7. Cuando algo le molesta o incomoda ¿Suele comunicarlo?				
8. ¿Suele pedir ayuda cuando se encuentra mal?				
BLOQUE IV				
9. ¿Realiza las compras y las tareas de la casa?				
10. ¿Realiza actividades de aseo diario? Lavarse los dientes, ducharse, etc.				

ANEXO C. Informe

Dispositivo de derivación: _____

Profesional: _____

Fecha de derivación: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

- Nombre y apellidos: _____
- Lugar y fecha de nacimiento: _____
- Sexo: _____ Estado civil: _____
- D.N.I: _____ Tarjeta sanitaria: _____
- Dirección:
- Teléfono: _____ Móvil: _____
- E-mail: _____

Otros datos de interés

- Diagnóstico: _____
- Reconocimiento de discapacidad: _____
 - Grado y fecha: _____
- Reconocimiento de dependencia: _____
 - Grado y fecha: _____
- Incapacidad judicial: _____ Tutor: _____
- Nivel de estudios: _____
- Profesión: _____
- Ocupación: _____

2. SITUACIÓN FAMILIAR

- Núcleo de convivencia actual:

- Historia sociofamiliar:

3. SITUACIÓN ECONÓMICA

- Ingresos propios: SI NO
- Tipo de ingresos: Trabajo Pensión
 Otros: _____
- Dependencias económicas: _____
- Cuantía: _____
- Observaciones: _____

4. VIVIENDA

- Tipo de vivienda: Domicilio propio Domicilio familiar Pensión
 Hogar protegido Otros: _____
- Tipo de tenencia: Propiedad Alquiler Cesión
 Otros: _____
- Condiciones de habitabilidad: _____
- Barreras arquitectónicas: _____
- Observaciones: _____

5. RELACIONES CON EL ENTORNO

- Relaciones con los vecinos: _____
- Relaciones con los amigos: _____
- Accesibilidad a los recursos (salud, servicios sociales, comunitarios): _____

6. CAPACIDADES BÁSICAS DEL USUARIO

- Actividades de la vida diaria (a describir un día): _____
- Tareas de la casa: _____
- Manejo y organización del dinero: _____
- Realización de compras: _____
- Utilización del transporte: _____
- Autocuidados:
 - Higiene personal: _____
 - Cuidado de la ropa: _____
 - Alimentación: _____
 - Habilidades sociales: _____
 - Ocio: _____
 - Inserción laboral: _____