



**FACULTAD DE EDUCACIÓN PALENCIA
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**“ESCENARIOS DE CAMBIO”: UNA PROPUESTA DE
INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS MEDIANTE LAS
ARTES ESCÉNICAS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

AUTORA: Alejandra Díez Arcones

TUTOR ACADÉMICO: Asur Fuente Barrera

Palencia, 15 de Julio 2025



RESUMEN- ABSTRACT

El arte, en sus diversas manifestaciones, funciona como una herramienta poderosa para promover la inclusión y el cambio social, especialmente en contextos marcados por la vulnerabilidad. Este Trabajo de Fin de Grado propone una intervención socioeducativa basada en las artes escénicas como medio de transformación personal y comunitaria, dirigida a personas en situación de drogodependencia que residen en una comunidad terapéutica. El diseño de la intervención está fundamentado por una revisión teórica sobre las adicciones, la exclusión social, las comunidades terapéuticas y las potencialidades del arte desde la Educación Social, inspirado en enfoques metodológicos como el teatro foro o el aprendizaje cooperativo, y orientado a fomentar la expresión emocional, el fortalecimiento de las habilidades sociales y la construcción de una identidad positiva en las personas participantes como pilares para su rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: Drogodependencia, artes escénicas, transformación social, habilidades socioemocionales

ABSTRACT

Art, in its various manifestations, functions as a powerful tool for promoting inclusion and social change, especially in contexts marked by vulnerability. This Final Degree Project proposes a socio-educational intervention based on the performing arts as a means of personal and community transformation, aimed at individuals struggling with drug addiction who reside in a therapeutic community. The design of the intervention is grounded in a theoretical review of addictions, social exclusion, therapeutic communities, and the potential of art within the field of Social Education. It is inspired by methodological approaches such as forum theatres and cooperative learning, and it is oriented towards fostering emotional expression, strengthening social skills, and building a positive identity among participants as key pillars for their rehabilitation.

KEYWORDS: Drug

, performing arts, social transformation, social skills.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 Las drogas: una aproximación histórica, sociocultural y conceptual.....	7
4.2. Clasificación de las drogas	9
4.3. Datos sobre el consumo de drogas	10
4.4 Etiología del consumo de drogas	12
4.4.1. Factores de riesgo	13
4.5. Patrones y fases en el consumo de drogas.....	15
4.7. Consecuencias del consumo de drogas	16
4.7.1. Consecuencias psicológicas.....	18
4.7.2. Consecuencias sociales.....	19
4.7.3. Consecuencias legales	21
4.8. Planes de intervención: PND, ENA y PAD	23
4.9. Las comunidades terapéuticas	25
4.9.1. Programas de las comunidades terapéuticas.....	27
4.9.2. Factores que dificultan la eficacia de las comunidades terapéuticas.....	28
5. Educación social en el ámbito de la drogodependencia.....	29
5.1 Artes escénicas: una vía de intervención	30
6-PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: “ESCENARIOS DE CAMBIO”	33
6.1. Contexto	34
6.2. Participantes	35
6.3. Objetivos	35
6.5. Temporalización.....	37
6.6. Desarrollo de actividades	38

6.7. Evaluación.....	48
7. CONCLUSIONES	49
8. BIBLIOGRAFÍA	52
9. ANEXOS	60

1. INTRODUCCIÓN

La drogodependencia es un fenómeno presente en nuestra sociedad desde hace décadas, aunque es a partir de los años 80 cuando tuvo un mayor impacto debido al incremento del consumo de cocaína y heroína, con consecuencias sociales devastadoras. Actualmente, se estima que, aproximadamente, el 5% de la población mundial ha consumido alguna droga ilícita en el último año y, en el caso de España, las drogas legales son consumidas por un 92,5% de la población (Plan Nacional de Drogas, 2024).

A pesar de vivir en la denominada “sociedad de la información”, existe cierto desconocimiento sobre el ámbito de las drogas, un factor influyente en la exclusión social y en la forma en que se han llevado a cabo algunas intervenciones. La criminalización de las drogas, los discursos de miedo, el estigma social, entre otros factores, han transmitido una percepción de la persona consumidora como “delincuente” o “enferma”.

No obstante, existe una percepción del consumo vinculado al ocio. En este contexto, aparecen las drogas recreativas -generalmente, sustancias legales- que facilitan la socialización y la aceptación del grupo de iguales, lo que contribuye a un consumo continuado en espacios de ocio nocturno. Pues bien, esta percepción dificulta la identificación del consumo recreativo como problema y, al mismo tiempo, la deshabitación de consumo, algo fundamental en cualquier proceso de rehabilitación.

Por todo ello, en este Trabajo Fin de Grado (TFG) se profundizará en los distintos factores de riesgo que contribuyen a la estigmatización, la exclusión social y la perpetuación del consumo, así como en las consecuencias legales y psicosociales que dificultan la rehabilitación de las personas en situación de dependencia a sustancias psicoactivas.

Por otra parte, la drogodependencia es un fenómeno que se encuentra en constante cambio y requiere de una intervención flexible, adaptada y actualizada, lo que implica realizar un análisis previo de las necesidades y dificultades que se pueden encontrar en el camino. Más concretamente, en este TFG se analizarán las potencialidades y dificultades de las comunidades terapéuticas como vehículos para la intervención.

La revolución tecnológica ha permitido la inmediatez, y las sociedades de consumo la estimulan. Esta suerte de sociedad acelerada en la que vivimos dificulta la rehabilitación de la persona en situación de drogodependencia, pues tiene la necesidad de acabar pronto con su proceso, lo que puede llevar al abandono prematuro. Es por ello que las intervenciones dentro de las comunidades terapéuticas deben mantener cierto dinamismo para mantener el interés, la

atención y la implicación de las personas participantes. Con ese objetivo, en el presente trabajo se utilizarán las artes escénicas como medio de intervención para promover, entre otras cosas, las habilidades socioemocionales, la expresión emocional, la identidad y la autoestima de los/as participantes. Y es que, en el ámbito de la drogodependencia, aún más si cabe que en otros ámbitos, se necesita motivación e implicación por parte de las personas participantes para poder abordar la problemática de una forma eficaz y mejorar su calidad de vida.

2. JUSTIFICACIÓN

La elección del tema de este Trabajo de Fin de Grado se debe, en buena medida, a mi experiencia durante el Prácticum II en una comunidad terapéutica, de la asociación sin ánimo de lucro “ALDAMA”. A partir de ahí, me surgió la idea de desarrollar una propuesta innovadora de intervención con un fuerte componente creativo, con el fin de potenciar el desarrollo de las habilidades socioemocionales de las personas integrantes de la comunidad terapéutica.

La dependencia a sustancias psicoactivas constituye una de las grandes problemáticas sociales, sanitarias y educativas de un tiempo a esta parte. Su carácter multidimensional afecta a millones de personas en todo el mundo y se manifiesta con mayor intensidad en aquellas en situación de vulnerabilidad.

Las consecuencias del consumo de drogas no se limitan a un deterioro cognitivo o físico, sino que implican un empobrecimiento de las relaciones interpersonales, un aislamiento progresivo y una pérdida significativa de las habilidades socioemocionales, lo cual dificulta su proceso de recuperación. De ahí la necesidad de abordar las adicciones desde una perspectiva integral que vaya más allá del enfoque médico o psicológico individual.

Bajo este marco, el presente trabajo se adentrará en las comunidades terapéuticas, espacios de reinserción social que ofrecen a sus integrantes un entorno estructurado y protegido para la deshabitación del consumo. Una comunidad terapéutica es un lugar donde las personas en situación de drogodependencia, apoyadas y acompañadas por profesionales y compañeros/as, tienen la oportunidad de comenzar un cambio personal, encaminado a la construcción o reconstrucción de hábitos de vida saludables.

Desde la Educación Social -una disciplina con clara vocación interventora y dirigida a la transformación personal y social de las personas más vulnerables- y, más concretamente, con un enfoque integral y humanista, este trabajo plantea una propuesta de intervención, aplicada al ámbito de las drogodependencias, utilizando las artes escénicas como vehículo para que las personas con adicciones puedan desarrollar determinadas habilidades socioemocionales y reconstruir su identidad.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Profundizar en el ámbito de las adicciones, fundamentalmente, en sus causas y consecuencias, para diseñar una propuesta de intervención innovadora capaz de cubrir las necesidades socioemocionales de personas en situación de drogodependencia.

Objetivos específicos:

- OE1. Recopilar información sobre los diferentes tipos de drogas y sus prevalencias.
- OE2. Estudiar las causas y consecuencias de la drogodependencia.
- OE3. Analizar diferentes planes de intervención sobre drogas.
- OE4. Profundizar en las ventajas e inconvenientes de las comunidades terapéuticas.
- OE5. Explorar las artes escénicas como herramienta de intervención social.
- OE6. Diseñar una propuesta de intervención centrada en el desarrollo de habilidades socioemocionales, mediante las artes escénicas, en personas en situación de drogodependencia de una comunidad terapéutica.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Las drogas: una aproximación histórica, sociocultural y conceptual

Según la Real Academia Española de la Lengua (RAE), el término droga proviene del árabe andalusí *hatrúka*, (“charlatanería” o “hablar mucho y sin sentido”). En los Países Bajos, en el siglo XVI, se usaba el término *droog* (seco) para referirse a especias y plantas con uso medicinal. Los ingleses comenzaron a utilizar *drug* para referirse a los medicamentos y, en español, el término se usa en el lenguaje común para referirse a toda sustancia que se usa sin

finés terapéuticos, con potencial de abuso, y que altera aspectos afectivos, cognitivos y conductuales (Iglesia et al., 2018).

Las drogas o sustancias psicoactivas han sido un fenómeno que ha acompañado a la humanidad desde sus inicios. Existen estudios que afirman que la mayor parte de sociedades han empleado alguna planta o compuesto con el objetivo de modificar el ánimo o el estado de conciencia de los individuos. Sin embargo, su consumo puede convertirse en un problema, sobre todo si la desinformación campa a sus anchas (Caudevilla, 2007).

Desde una perspectiva social, el concepto de droga no solo se refiere a una sustancia con efectos sobre el sistema nervioso central, sino también a su función dentro de un contexto simbólico, cultural y relacional. En este sentido, una droga es una sustancia que altera temporalmente el estado de ánimo, la percepción o la conducta, cuyo uso está socialmente construido, aceptado, tolerado o sancionado según el grupo social, la cultura o el momento histórico (Salas y Chamizo, 2002).

La valoración de las drogas está mediada por factores sociales como la clase, el género, la legalidad, el ritual de uso o su vinculación con la economía y el control social. Por ejemplo, el alcohol está socialmente legitimado en muchos contextos festivos, mientras que otras sustancias como la heroína o el cannabis están estigmatizadas, aun cuando los daños asociados pueden no corresponder a esa percepción (Salas y Chamizo, 2002).

Por eso, en el estudio de las adicciones, es esencial distinguir entre uso, abuso y dependencia, porque no todo consumo implica necesariamente un problema (Ruíz et al., 2023):

1. Uso: consumo ocasional o moderado de una sustancia sin que interfiera significativamente en la vida personal, social o laboral del individuo.
2. Abuso: el consumo comienza a ser excesivo o problemático generando consecuencias negativas en la vida cotidiana (episodios de consumo descontrolados).
3. Dependencia: necesidad compulsiva de consumir una sustancia, pérdida del control sobre el consumo, interferencias en todas las áreas de la vida de la persona. Aparecen síntomas de abstinencia y un aumento en la tolerancia al consumo.

En síntesis, el concepto de droga debe abordarse desde una perspectiva integral en relación a su contexto histórico, social y cultural. Su definición y valoración no pueden entenderse

únicamente desde una lógica farmacológica o legal, sino también desde los significados que adquiere en cada contexto.

4.2 Clasificación de las drogas

La clasificación de las drogas constituye un elemento fundamental para comprender su naturaleza, efectos, riesgos y el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas. Las drogas han sido clasificadas en función de múltiples sistemas de categorización (Mansilla, 2008; López, 2015):

- Según estado legal: en función de las restricciones legales sobre su consumo, producción y venta (lícitas e ilícitas).
- Según clasificación farmacológica: atendiendo a los efectos sobre el sistema nervioso central y el cerebro (depresoras, estimulantes, alucinógenas y opioides).
- Según consecuencias: dependiendo del impacto, nivel de adicción/dependencia y riesgo para la salud de las personas que las consumen (duras y blandas).
- Según origen: en función de si proceden directamente de plantas o fuentes orgánicas, si interviene algún proceso químico o si están compuestas por síntesis química (naturales, seminaturales o sintéticas).

Probablemente, una de las clasificaciones más extendidas es la ya citada que agrupa las drogas según sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).

Tabla 1

Clasificación de las drogas según sus efectos en el SNC.

Categoría	Efectos principales	Ejemplos
Depresoras	Reducen la actividad cerebral, produciendo efectos como la somnolencia, la relajación muscular y la disminución del estado de alerta.	Alcohol, opio y sus derivados (codeína, heroína, metadona y morfina), babilúricos y tranquilizantes.
Estimulantes	Aumentan la actividad cerebral, generan sensación de euforia, mayor energía y la disminución del sueño o el apetito.	Cocaína, tabaco, crack, anfetaminas, cafeína, éxtasis.

Alucinógenas	Alteran la percepción, el pensamiento y las emociones, y tienen un riesgo de inducir trastornos psicológicos y comportamentales.	Marihuana, hachís, L.S.D, peyote, mezcalina, hongos, inhalables.
--------------	--	--

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de López Barrios (2017).

Este TFG se va a centrar en las drogas recreativas, es decir, sustancias destinadas al placer que no tienen fines medicinales. Estas incluyen el alcohol, la nicotina y la cafeína, además de otras sustancias generalmente ilegales como los derivados de los opiáceos y las anfetaminas (Iglesia et al., 2018). A estas sustancias de uso no médico con efectos psicoactivos, también se las conoce como “drogas de abuso”, que se auto-administran y producen cambios en el estado de ánimo, la percepción, la conciencia y la conducta (Caudevilla, 2007).

No obstante, no conviene perder de vista que el mundo de las drogas se encuentra en constante transformación, ya que van surgiendo nuevas sustancias, algunas aún más peligrosas y adictivas, por lo que resulta complicado tanto el análisis como la prevención y rehabilitación (Barrabeitg, 2018).

4.3. Datos sobre el consumo de drogas

En el último año se ha detectado un incremento del uso y abuso de drogas a nivel mundial. Alrededor de 200 millones de personas entre 15 y 64 años han consumido alguna droga ilícita en el último año, es decir, el 5% de la población mundial. El informe EDADES 2024, elaborado para el desarrollo del Plan Nacional de Drogas, arroja datos sobre el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en España que conviene analizar.

En cuanto a drogas legales, el 92,5% la población entre 15 a 64 años admite haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, convirtiendo así al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. El segundo lugar, con un 66,6% de consumo en España, se encuentra el tabaco. No obstante, los hipnosedantes sin receta médica tienen una prevalencia del 27,4%.

Las estadísticas de consumo de drogas ilegales están encabezadas por el cannabis, con una prevalencia de consumo del 43,7% de la población. El resto de drogas ilegales van desde el

0,1% de la heroína, a las tres más consumidas: la cocaína (2,5%), el éxtasis (0,7%) y los alucinógenos (0,6%).

Además, según el Informe EDADES (2024), el 31,3% de la población habría consumido dos o más sustancias psicoactivas diferentes en el último mes, y el 26,3% ninguna.

Pues bien, las estadísticas mundiales muestran que las drogas están detrás del 50% de las detenciones, muertes y asesinatos, del 30% de los suicidios y del 70% de los crímenes violentos. Se estima que, entre 162 y 324 millones de personas implicadas en estas causas, consumían drogas ilegales, sobre todo, marihuana, opiáceos, cocaína o anfetaminas (Pérez, 2019, como se citó en Castro-Jaica et al., 2023).

Por otra parte, en 2020 se notificaron alrededor de 974 defunciones por consumo de drogas (el 77,4% hombres y el 22,6% mujeres). La edad media de fallecidos fue de 45,5 años, manteniéndose desde 2016 por encima de los 44 años. Concretamente, el 72% de los fallecidos tenía más de 40 años, uno de los porcentajes más elevados de la historia (Indicador de Mortalidad, 2020).

Por último, según el *Informe de consumo de riesgo* (2023), el consumo problemático de sustancias psicoactivas es el que tiene consecuencias negativas y evidentes para el consumidor, ya se trate de una dependencia o de cualquier problema psicofísico o social que conlleve una probabilidad de riesgo elevada de sufrir esos daños. En función del tipo de sustancia psicoactiva, los porcentajes de riesgo varían (ver Tabla 1).

Tabla 2

Número y porcentaje de consumidores problemáticos de entre 15 y 64 años según el tipo de sustancia

Tipo de sustancia	Nº total de consumidores	Porcentaje
Alcohol	1.600.000	5,2%
Cannabis	591.798	1,9 %
Heroína	61.387	0,20%
Otros inyectables	8.582	0,028%

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de consumo problemático de sustancias psicoactivas (2023).

Es fundamental considerar estos datos para entender la gravedad y el impacto del consumo de drogas, así como para examinar tanto los factores de riesgo como los recursos para las personas afectadas.

4.4 Etiología del consumo de drogas

La etiología del consumo de drogas es un tema de estudio multidisciplinar, ya que involucra factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales... A lo largo de la historia se han abordado múltiples causas para entender el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, evidenciando que no existe un único factor determinante, sino una compleja interacción individual y contextual (Pineda y Torrecilla, 1999). Así, esta problemática tiene causas tanto externas como internas. Las externas incluyen problemas familiares e influencias sociales como la presión de grupo o el deseo de pertenencia, mientras que las internas abarcan desde problemas emocionales hasta la curiosidad por experimentar nuevas sensaciones (Olachea, 2018).

Desde una perspectiva biológica, se han observado ciertas alteraciones en los mecanismos neurobiológicos del cerebro que pueden predisponer al individuo al desarrollo de ciertas adicciones (Pineda y Torrecilla, 1999).

Sin embargo, desde un punto de vista psicosocial, el consumo se concibe como una conducta aprendida influida por experiencias sociales. Según Pons (2008), el consumo de sustancias psicoactivas responde a una interacción de factores personales como la baja autoestima o la búsqueda de sensaciones nuevas, junto a elementos externos como el acceso a las sustancias, los patrones de consumo del entorno microsocial o la presión de grupo y la necesidad de pertenecer a él.

En esta línea, la perspectiva sociocultural aporta una visión integral al considerar que el uso de sustancias no es sólo un hecho individual sino una práctica que ha sido socialmente construida. Esta práctica ha sido naturalizada y promovida por ciertas dinámicas culturales, donde la identidad y la pertenencia de grupo conforman un papel esencial en el proceso de dependencia e inicio de la conducta consumatoria (Clavel, 2013). Muchos estudios evidencian que las causas culturales del consumo de drogas están ligadas a los procesos de socialización, la construcción de la identidad, la pertenencia grupal y los valores compartidos, siendo factores fundamentales para comprender el inicio y mantenimiento de estas conductas (Semedo y Tornés, 2013).

Según Olachea (2009), los valores sociales, los rituales de grupo y los contextos simbólicos, son un pilar fundamental para la predisposición al consumo. En este sentido, el contexto sociocultural contemporáneo de la búsqueda de gratificación inmediata contribuye a la percepción del consumo de drogas como medio de placer, integración y alivio de tensiones.

Los entornos juveniles de policonsumo de sustancias van de la mano de los rituales de socialización, como el “botellón” o las fiestas recreativas. En ellos, los/as jóvenes interiorizan valores que normalizan el uso de sustancias como parte de la interacción social y la diversión, acompañado de la presión de grupo que actúa como estimulante del consumo (Martín-Santana et al., 2015). Los significados atribuidos al consumo varían según los espacios socioculturales en los que se desarrolla. Así, el lugar de consumo (espacios nocturnos, domicilios, fiestas...) contribuye a la construcción simbólica del consumo como ocio, acto de pertenencia, distinción o prestigio, aunque la estigmatización permanece en los espacios más normativos (Suárez, 2018).

Por último, según Semedo y Tornés (2013), las prácticas culturales familiares también pueden actuar como factores iniciadores del consumo. Tener una exposición temprana a las sustancias psicoactivas en el seno familiar o participar en rituales familiares de transición a la adultez en los que se naturaliza el consumo, son dos ejemplos de ello. Y en este contexto, se encuentra otro de los factores influyentes en el inicio o mantenimiento del consumo de drogas: las relaciones familiares conflictivas o de inestabilidad. Así, el desempleo, la violencia intrafamiliar o la ausencia de figuras parentales responsables, constituyen factores de riesgo que se abordarán más adelante (Vinueza-Vera y Cedeño, 2024).

4.4.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos eventos o circunstancias que favorecen la posibilidad de que se genere un problema. Según Pérez et al. (2016), estos factores en el consumo de sustancias psicoactivas se dividen en tres tipos:

1. **Macrosociales:** tienen que ver con la sociedad en su conjunto y el sistema completo relacional que de ella se desprende, comprendiendo a la persona en su contexto cultural.
2. **Microsociales:** giran en torno a la familia, las relaciones laborales y las amistades en general.
3. **Personales:** abordan el comportamiento y la personalidad del sujeto.

Entre los factores macrosociales del consumo de drogas se encuentran la disponibilidad para acceder a la sustancia, la aprobación social o la dificultad para el uso adecuado del tiempo libre. En el entorno microsocioal surgen factores de riesgo como la influencia del grupo de amigos con conductas de riesgo, el consumo familiar del alcohol o la comunicación inadecuada entre padres/madres e hijos/as. Finalmente, entre los factores personales se encuentran la autoestima baja, la desinformación, los prejuicios sobre el consumo o las dificultades para resistir a las presiones de grupo (Pérez et al., 2016).

Según el Plan Nacional de Drogas (2024), existe un amplio conjunto de factores de riesgo de carácter social a los que se debe prestar atención. Estos factores se agrupan en ocho ejes:

1. Percepción social y actitud: si se minimizan los riesgos del consumo o se perciben las sustancias como inofensivas, la barrera psicológica para iniciarse en su uso se debilita. Esta actitud se refuerza a través de la falta de información o por la normalización de las drogas en el entorno cercano.
2. Estereotipos sociales: existen creencias sobre los “beneficios” físicos, emocionales o sociales del consumo, promoviendo estereotipos positivos que incrementan la probabilidad de iniciarse en el consumo.
3. Presencia social y oferta: el hecho de vivir o socializar en contextos donde las drogas son accesibles o comúnmente consumidas, incrementa la exposición y la posibilidad de experimentación con las mismas.
4. Presión social del entorno: si el consumo es percibido como forma de integración social, de interacción habitual en los espacios de ocio, el consumo puede instaurarse como pilar fundamental de la aceptación grupal.
5. Condicionamiento del ambiente social: situaciones de aburrimiento o monotonía y la carencia de perspectivas personales actúan como desencadenantes de riesgo en la conducta consumatoria.
6. Modelos de ocio y tiempo libre: la diversión nocturna asociada al uso social del alcohol y otras sustancias, predispone al inicio temprano y al mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas. Este eje está reforzado por la influencia de las modas y los valores culturales que exaltan el éxito inmediato, el hedonismo, la apariencia y el consumo como símbolo de autoafirmación o pertenencia.
7. Publicidad de drogas legales: la constante exposición a mensajes publicitarios que asocian estas sustancias con el éxito, la felicidad o la popularidad, contribuye a la normalización social del consumo.

8. Situación familiar: el bajo nivel educativo, el desempleo, la precariedad laboral o el bajo estatus socioeconómico de los/as familiares, son factores de riesgo que pueden llevar al consumo como mecanismo de escape o afrontamiento.

Por otra parte, no conviene olvidar que los seres humanos, a lo largo de su vida, tendrán experiencias muy negativas de carácter natural, social, político, económico o psicológico. Aquellos que dispongan de menor fuerza de voluntad para afrontarlas o pasar el duelo, serán los más vulnerables a adquirir una dependencia y consumirán en mayor medida para compensar la falta de habilidades psicoactivas (Castro-Jaica et al., 2023).

En este sentido, la adolescencia es una etapa crítica del desarrollo humano caracterizada por profundos cambios biológicos, emocionales y sociales. Entre los aspectos más relevantes de este periodo se encuentran la búsqueda de identidad y el deseo de independencia, dos factores que pueden aumentar la vulnerabilidad hacia las adicciones (Rosado et al., 2016). Además, en esta etapa puede resultar trascendental el ambiente familiar (calidad de la relación padres/madres e hijos/as, estilos de crianza, clima emocional del hogar...), la influencia del grupo de iguales o experiencias traumáticas de abuso físico, psicológico o sexual en el inicio del consumo de drogas.

4.5 Patrones y fases en el consumo de drogas

Los patrones de consumo se pueden dividir en cuatro tipos (Olachea, 2018):

- Experimental*: impulsado por la curiosidad, el interés por lo desconocido, la búsqueda de placer y la presión social.
- Ocasional*: uso de las sustancias intermitente y sin frecuencia fija.
- Habitual*: la persona consume con regularidad y busca activamente los efectos de la sustancia.
- Abusivo*: la persona desarrolla una fuerte dependencia y organiza su vida en torno a la droga.

Estos patrones pueden generar un ciclo de adicción que recorre distintas fases:

1. *Enamoramiento*: comienza con el primer consumo que resulta placentero.
2. *Luna de miel*: la droga se percibe como un escape controlado a los problemas.

3. *Traición*: surgen conflictos personales y el individuo toma decisiones para mantener el consumo.
4. *Ruina*: se caracteriza por una mayor tolerancia, dependencia y agravamiento de los problemas.
5. *Aprisionamiento*: etapa de un grave deterioro físico y psicológico en la que solo es posible salir con sufrimiento y mucho esfuerzo por terminar con el ciclo.

Conviene recordar que si se mantiene un consumo prolongado de una sustancia es más fácil que pueda surgir el “policonsumo”, es decir, el consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo. Este patrón de conducta aumenta los riesgos del consumo de drogas, potenciando sus efectos y reforzando la adicción (Informe EDADES, 2024).

4.7. Consecuencias del consumo de drogas

Las consecuencias del consumo se agrupan en dos ejes principales: los trastornos por el consumo de sustancias, que incluyen el abuso y la dependencia, y los trastornos inducidos por las sustancias, como la abstinencia, la intoxicación y el delirium (Rosado et al., 2016).

El abuso de sustancias se considera un patrón de consumo inadaptado que genera un deterioro clínicamente significativo. Este deterioro se manifiesta cuando el consumo recurrente interfiere en las obligaciones laborales, familiares, sociales o cuando se producen problemas legales derivados de la posesión y uso de sustancias (Plan Nacional de Drogas, 2024).

El consumo prolongado genera dependencia hacia la sustancia consumida, es decir, la necesidad de seguir consumiendo para adquirir unos efectos deseados. Esta dependencia puede ser de tres tipos (Trujillo, 2019):

1. Dependencia psicológica: vinculada a las emociones, provoca un deseo irreprimible de seguir con la conducta de consumo.
2. Dependencia física: necesidad del organismo de contrarrestar los efectos del síndrome de abstinencia.
3. Dependencia social: necesidad de pertenecer a algún grupo social a través del consumo como método de ocio y socialización.

La dependencia a sustancias se diagnostica cuando en un periodo de doce meses se cumplen tres o más de los siguientes criterios (Plan Nacional de Drogas, 2024):

- Aumento de la tolerancia
- Aparición de síntomas de abstinencia
- Consumo en mayor cantidad o mayor tiempo a los deseados
- Deseo persistente de reducir el consumo, sin éxito
- Empleo excesivo para obtener la sustancia, usarla o recuperarse de sus efectos
- Abandono de actividades importantes
- Consumo continuado a pesar de las consecuencias negativas físicas y/o psicológicas

Según Torrens (2020), el consumo prologando de sustancias contribuye a la coexistencia en una misma persona de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno de salud mental, lo que se denomina “patología dual”, algo particularmente complejo dentro de la drogodependencia (Macleod et al., 2005). La literatura científica remarca la alta prevalencia de esta patología dual, con estimaciones que oscilan entre el 15% y el 80% tanto en población general como en muestras clínicas (Torrens, 2020).

El síndrome de abstinencia, por su parte, se caracteriza por el deseo intenso e incontrolable de consumir la sustancia y la reducción significativa de la capacidad de resistir al impulso. Este síndrome puede surgir tanto en aquellas personas que se inician en el consumo como en aquellas que buscan controlar o reducir su uso. En muchos casos, la adicción provoca que la persona consuma más cantidad de la prevista o durante más tiempo del previsto, derivando en una dificultad para reducir o detener esta conducta (Rodrigo et al., 2004). Los síntomas del síndrome de abstinencia incluyen irritabilidad, nerviosismo, inquietud, humor depresivo, enfado, dificultad para dormir, alteraciones en el apetito, cefaleas, aumento del consumo de tabaco..., además de un aumento por el “deseo de consumo” (Rodrigo et al., 2004).

Asimismo, la intoxicación incluye un conjunto de efectos nocivos producidos por la exposición, ingestión, inhalación o contacto con sustancias psicoactivas o tóxicas que alteran el funcionamiento normal del organismo. La gravedad depende del tipo de sustancia, la dosis, la vía de exposición y el tiempo de contacto (Paredes et al., 2014).

Y relacionado con las dos consecuencias anteriores está el delirium, “un síndrome caracterizado por el inicio agudo de una disfunción cerebral, acompañada de un cambio o fluctuación del estado mental, inatención o pensamiento desorganizado o alteración del nivel de conciencia” (Torales et al., 2017, p. 2). Esta condición representa una urgencia médica debido al riesgo de las secuelas conductuales y neurológicas graves, por lo que su identificación

temprana y manejo adecuado resulta esencial para prevenir las consecuencias a largo plazo (Torales et al., 2017).

No obstante, las consecuencias de consumo varían en función de la sustancia, la cantidad y el tiempo de consumo, así como de la persona en situación de drogodependencia y sus circunstancias, con lo que existe una amplia variedad de consecuencias que se detallarán a continuación.

4.7.1. Consecuencias psicológicas

Desde una perspectiva psicológica individual, el consumo de sustancias se asocia con un profundo estrés emocional y síntomas depresivos, así como con un incremento en la ideación o comportamiento suicida. Estudios han encontrado que, aproximadamente, el 80% de los casos de consumo se relacionan directamente con problemas de ansiedad o depresión, lo que compromete en mayor o menor medida el estado psíquico de las personas dependientes (Castro-Jaica, 2023).

Las personas que consumen drogas pueden experimentar efectos a corto y largo plazo, así como condiciones psicopatológicas y psiquiátricas comórbidas que pueden requerir tratamiento, dependiendo de la gravedad del consumo. Según algunos estudios, existe una conexión entre ciertos comportamientos delictivos, rasgos de personalidad y el consumo de drogas. Casi la mitad de los pacientes que consumen drogas -hasta el 68% de los adictos a los opiáceos y casi el 46% de los alcohólicos- ingresan en tratamiento con un trastorno de la personalidad no diagnosticado (Guevara, 2021, como se citó en Castro-Jaica, 2023).

Por otra parte, el consumo de drogas evidencia problemas cognitivos como la impulsividad o el déficit de atención que repercuten en el rendimiento académico o la toma de decisiones. Además, las drogas también se relacionan con carencias en las habilidades socioemocionales y, de hecho, provocan un deterioro progresivo de la autorregulación emocional, lo que puede conllevar un aumento de la ansiedad, episodios depresivos o potenciar la dependencia emocional perpetuando el ciclo adictivo. Esta falta de autorregulación emocional, además, se relaciona con la conducta agresiva y antisocial, sobre todo, en los casos de ocio nocturno, produciendo la aparición de comportamientos de riesgo (Macleod et al., 2005).

4.7.2. Consecuencias sociales

Más allá de las consecuencias personales, el consumo de drogas representa un problema social que afecta directa o indirectamente al entorno familiar, escolar, laboral y comunitario.

En primer lugar, las representaciones sociales sobre las personas consumidoras de drogas están mediadas por estereotipos que refuerzan el estigma y dificultan su integración social. Estas representaciones se estructuran en torno a cuatro dimensiones principales (Llopis et al., 1996):

1. Hedonismo: describe a la persona consumidora como impulsada por el placer inmediato o la necesidad de evitar las consecuencias del síndrome de abstinencia.
2. Rechazo: fomenta percepciones negativas de persona “viciosa”, “delincuente” o “culpable del rechazo externo”, en contraposición a la persona “normal”.
3. Problemas psicológicos: atribuye el consumo a carencias personales como la baja autoestima o los problemas emocionales.
4. Patología: identifica a la persona consumidora como una enferma con “problemas mentales”.

El caso es que estas construcciones sociales influyen en la forma que la sociedad percibe a las personas consumidoras e impacta negativamente en su acceso a los servicios de salud, su proceso de recuperación y en su reintegración social (Llopis et al., 1996). Así, las percepciones sobre los perfiles del consumidor, moldeadas por discursos técnicos, políticos y profesionales, influyen en la forma en la que la sociedad y las instituciones responden. Estos estereotipos condicionan las estrategias de intervención y refuerzan el estigma, lo que produce que surjan barreras estructurales que limitan la efectividad de los servicios sociosanitarios, dificultando la rehabilitación y la integración eficiente del drogodependiente en la comunidad (Otálvaro, 2018).

El estigma conlleva una serie de pasos: primero, las personas son diferenciadas por etiquetas; luego se generan estereotipos negativos asociados a las etiquetas; en tercer lugar, se establece una separación social entre los etiquetados y los que no lo están; esta segregación conduce a la pérdida de la condición de sujeto; finalmente, esto da lugar a la discriminación, la devaluación, el rechazo y la exclusión, configurándose una relación de poder desigual entre los que estigmatizan y los estigmatizados (Otálvaro, 2018).

El consumo de drogas se asocia a situaciones de violencia, enfermedad y pérdida del vínculo social, por lo que sus consumidores/as suelen recibir el desprecio y rechazo colectivo. De esta

manera, la categorización de las personas consumidoras bajo la etiqueta de “delincuente” o “drogadicto” despoja a los sujetos de su humanidad y les otorga reconocimiento social únicamente a partir de la etiqueta asignada (Lufe, 2017).

En esta línea, la criminalización del consumo contribuye a la marginalización de los/as consumidores/as, en especial a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, como las personas en situación de sinhogarismo. Esta criminalización tiende a generar un efecto acumulativo: el estigma social dificulta la reintegración sociolaboral contribuyendo a la marginación de las personas en situación de drogodependencia (Olachea, 2018). Y el sistema penal, frecuentemente, asocia el consumo con delincuencia, promoviendo la exclusión social, el desempleo y la ruptura de vínculos familiares (Álvarez, 2019).

Según Barbero (2008), los modelos de intervención desde las disciplinas médicas y jurídicas se caracterizan por la utilización de centros de atención a drogodependientes que, en muchas ocasiones, aplican estrategias de castigo, humillación y medicalización indiscriminada, culpabilizando a las víctimas y dificultando el acceso a tratamientos efectivos (Barbero, 2008). Además, de acuerdo con esta autora, son conocidos los abusos de las autoridades policiales y judiciales que incrementan la población carcelaria por posesión de sustancias, así como la ausencia de programas de resocialización efectivos, lo que agrava la exclusión y limita la capacidad de resiliencia de las personas en situación de dependencia. Por eso resulta necesaria la transformación de los modelos de intervención.

Continuando con el plano social, las consecuencias más frecuentes son el deterioro de las relaciones interpersonales, los conflictos familiares, la pérdida de vínculos afectivos y la ruptura de redes de apoyo social. Este aislamiento provoca un sentimiento de soledad, rechazo y desesperanza que favorece al mantenimiento del consumo. Sin embargo, también existe alto riesgo en el ámbito laboral, debido al bajo rendimiento, el absentismo, los despidos y las dificultades de adaptación en entornos estructurados, generando una vulnerabilidad no sólo personal, sino también económica y social (Otálvaro, 2018).

Asimismo, en el ámbito académico, las personas con dependencia a sustancias psicoactivas presentan dificultades en la atención, la concentración y la memoria, lo que interfiere en el aprendizaje y rendimiento escolar. El consumo de sustancias también puede generar trastornos del sueño que repercuten negativamente en la capacidad de concentración y la estabilidad emocional del estudiantado. Además, las personas consumidoras presentan un mayor nivel de

conductas disruptivas en el aula -lo que pone de manifiesto la dificultad para seguir normas- y una menor implicación en actividades extraescolares, limitando sus relaciones interpersonales en el entorno escolar (Chaves y Khenti, 2019).

Por último, conviene no olvidar que las personas en situación de drogodependencia generan un impacto en su núcleo familiar, alterando gravemente las relaciones interpersonales. De hecho, a medida que la adicción crece, los conflictos, la pérdida de confianza, las discusiones y la violencia intrafamiliar se hacen más frecuentes. Estos problemas no solo afectan al bienestar emocional, sino que generan un incremento en los niveles de estrés, desestabilizando la armonía familiar, y producen rupturas en los vínculos afectivos, además de contribuir a la dependencia económica del consumidor respecto a su familia, lo que agrava la situación (Fernández, 2018).

4.7.3. Consecuencias legales

Varios estudios han documentado la existencia de un vínculo entre el consumo de drogas y la delincuencia. De hecho, ciertos consumos son ilegales *per sé*. Además, el policonsumo se identifica como un factor importante en la reincidencia delictiva (Informe de Legislación, 2024).

El Código Penal español vigente regula el tipo básico del delito de tráfico de drogas en el artículo 368 (citado en Casanueva, 2021, p.4):

“Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines serán sancionados con penas de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos”.

En este marco jurídico, el consumo o tráfico de sustancias psicoactivas ilegales se conceptualiza como un delito y se sanciona penalmente en función de la gravedad de la conducta (Informe de Legislación, 2024).

Tabla 3:*Delitos y penas por consumo y tráfico de drogas.*

Casos	Nocividad de la sustancia	Prisión	Multa
General (sin agravación ni atenuación)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 3 a 6 años	Del valor de la droga al triple
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 1 a 3 años	Del valor de la droga al doble
Específico Atenuado (por escasa entidad del hecho o circunstancias personales)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 1 año y medio a 3 años menos un día	De la mitad del valor de la droga a su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De seis meses a 1 año menos un día	
Específico Agravado (grandes cantidades, sustancias adulteradas o mezcladas, en centros docentes, a menores etc.)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 6 años y un día a 9 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 3 años y un día a 4 años y medio	
Organización Criminal (Sólo Partícipes)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 9 a 12 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 4 años y medio a 10 años	
Organización Criminal (Jefes, Encargados y Administradores)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 12 a 18 años	De cuatro veces el valor de la droga a seis veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 10 a 15 años	

Nota, Fuente: Plan Nacional de Drogas (2024).

Esta perspectiva enfatiza el control y el castigo, contribuyendo al estigma del consumidor penado. De esta manera, el consumo acarrea consecuencias institucionales y sociales importantes (Informe Legislativo, 2024):

- El ingreso a prisión produce una ruptura significativa en la trayectoria vital del individuo, reforzando su estigma como delincuente.
- La salud mental, ya comprometida en muchos consumidores/as, resulta más amenazada.
- El deterioro del posicionamiento social, derivado del estigma legal, provoca un aumento de la exclusión laboral y educativa que dificulta el acceso a redes de apoyo y rehabilitación.

En definitiva, las consecuencias legales asociadas al consumo incluyen la criminalización del consumo, la vinculación con conductas delictivas y la reincidencia penal. Estas evidencias destacan la necesidad de un enfoque integral basado en la prevención, el tratamiento y la

búsqueda de alternativas a la cárcel y los centros sanitarios para evitar el círculo vicioso del consumo y la exclusión (Burgos, 2017).

4.8 Planes de intervención: PND, ENA y PAD

Existen tres niveles de prevención posibles: en primer lugar, la *prevención universal*, que no se centra en un sector concreto, sino que está destinada a la población general; en segundo lugar, la *prevención selectiva*, centrada en grupos o colectivos que se encuentran en una situación de riesgo; y, por último, la *prevención indicada*, dirigida a las personas con situaciones específicas de vulnerabilidad, en este caso, las que han comenzado con el consumo y presentan problemas de conducta asociados (Guitart et al., 2012).

En esta línea, la Estrategia Nacional sobre Drogas constituye el principal documento de planificación estratégica en materia de drogas y adicciones. Este instrumento, que es de carácter temporal y revisable periódicamente, establece los objetivos generales, las líneas de acción prioritarias y las metas a alcanzar en un periodo de tiempo determinado (Delegación del Gobierno, 2024).

Conforme a la Estrategia Europea (2020), el objetivo global es disminuir cuantitativamente la disponibilidad y accesibilidad de las drogas ilegales. Para lograrlo, se plantean medidas como la disuasión, la prevención y la desarticulación de la delincuencia, especialmente la organizada, promoviendo la cooperación judicial y policial, así como el fortalecimiento de la investigación y el control de fronteras.

Con la Ley 15/2014, el 16 de septiembre se crea el Consejo Español de Drogodependencia y otras adicciones sin sustancia. Su objetivo es mejorar la calidad técnica en las políticas de control de drogas y adicciones. Este Consejo asume las funciones de dos órganos anteriores (el Grupo Interministerial y el Consejo Asesor del Observatorio sobre Drogas) y busca una actuación más coordinada, eficaz y ágil (Estrategia Nacional sobre Drogas, 2024).

En consonancia con la citada ley y teniendo en cuenta tanto las consecuencias del consumo como los factores de riesgo y protección, se generan dos planes de actuación: el Plan Nacional sobre Drogas (PND) y La Estrategia Nacional sobre Drogas. Ambas son iniciativas gubernamentales que nacen con el objetivo de coordinar las políticas en esta materia que se

llevan a cabo desde las diversas Administraciones Públicas y con las entidades sociales en España.

Desde el Plan Nacional sobre Drogas (2024) se plantean diferentes objetivos para reducir el consumo de sustancias y los daños ocasionados por las adicciones, disminuyendo la presencia de drogas con potencial adictivo e intentando postergar la edad de inicio del consumo.

Las funciones principales del PND incluyen (Molina-Fernández et al., 2023):

- La coordinación interadministrativa de programas de prevención, asistencia y reinserción.
- La recopilación y análisis de datos epidemiológicos a través del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.
- La formación continua de profesionales del ámbito de las adicciones.
- La gestión de fondos procedentes de bienes relacionados con el tráfico ilícito de drogas.
- La colaboración con organismos internacionales y la representación del Estado en foros especializados.

En base a los objetivos formulados, se desarrollan programas y acciones socioeducativas necesarios para conseguir una mejora de la calidad de vida de las personas en situación de drogodependencia, a través de la deshabituación a las sustancias y una intervención centrada en la integración social eficiente (Plan Nacional sobre Drogas, 2024).

La Estrategia Nacional sobre Drogas (2024) se centra en la reducción de los factores de riesgo y la promoción de los factores de protección en la sociedad, además de ampliar la estructura de los programas preventivos contemplando las nuevas formas de adicción sin sustancia, la normalización del consumo, la presión sobre la legalización del cannabis o la aparición continua de nuevas sustancias. Y es que los nuevos contextos en los que se produce el consumo o el papel de las redes sociales requieren nuevas respuestas preventivas adaptadas.

Aunque la Estrategia Nacional sobre Drogas establece el marco conceptual, los objetivos y las prioridades temporales, es el Plan Nacional sobre Drogas quien articula su ejecución operativa a través de los diferentes planes de acción. Por tanto, ambos instrumentos son interdependientes y su eficacia se basa en la adecuada coordinación entre planificación estratégica y operatividad administrativa (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2004).

Por último, el Plan Autonómico de Castilla y León (2024) -contexto en el que se enmarca el presente TFG-, tiene como objetivo la reducción de la mortalidad, la morbilidad y los problemas sociales relacionados con el consumo abusivo y la dependencia a sustancias psicoactivas. En este sentido, la Administración de Castilla y León destina 122.754.870 euros a actuaciones específicas en materia de drogodependencia, así como a estudios sobre las adicciones y sus consecuencias. El objetivo es mantener los recursos existentes que han demostrado ser eficaces y sostenibles, así como apoyar las nuevas intervenciones ante problemas y necesidades emergentes.

En este contexto de Castilla y León, la primera entrada al sistema de las personas con adicciones tiene lugar en los centros de Acción Social y los equipos de Atención Primaria de Salud. El segundo nivel engloba los Centros de Asistencia Ambulatoria, las Unidades de Tratamiento al Alcoholismo y los Centros de Día, que requieren una asistencia más especializada y planes individualizados de tratamiento. Por último, al tercer nivel se accede mediante la derivación desde los niveles anteriores, ya que se trata de centros con un alto nivel de especialización en el tratamiento residencial de las personas en situación de drogodependencia.

4.9 Las comunidades terapéuticas

Una comunidad terapéutica (CT) es un centro residencial en el que se permanece la mayor parte del día (o el día en su totalidad) y en el que siempre se pernocta. En estos centros, las personas internas conviven de forma continua con miembros del equipo técnico, cuya finalidad no es controlar a los residentes, sino acompañar y guiar las tareas técnicas que se realizan de forma continua (Arnau, 2008).

Estas comunidades crean micro-sociedades en las que residentes y equipo profesional asumen roles diferentes bajo unas reglas claras orientadas a facilitar la deshabituación y la rehabilitación de las personas en situación de drogodependencia. Se trata de centros con programas de prevención indicada, es decir, dirigidos a aquellas personas que se han iniciado el consumo y presentan problemas conductuales derivados del mismo (Arana, 2022).

La duración de la estancia depende del progreso individual, aunque existe un tiempo límite. Estos centros atienden a personas adultas con problemas de adicción, derivadas por

profesionales médicos. Su abordaje es intensivo y global, incluyendo actividades médico-sanitarias, psicoterapéuticas, ocupacionales y socioeducativas. Los principios básicos de funcionamiento incluyen, entre otros, la prohibición total de conductas violentas y un sistema de puertas abiertas, permitiendo la libre entrada y salida de las personas residentes, aunque el equipo puede aplicar medidas para evitar el abandono de los programas (Arana, 2022).

La comunidad terapéutica forma parte del tercer nivel de actuación ya comentado y su estructura se desarrolla en diversos programas que potencian la autonomía, las habilidades cooperativas, el sentido de pertenencia, la participación en el entorno y las habilidades para la vida (Arnau, 2008).

Estos centros están conformados por un programa principal de carácter educativo-terapéutico, cuyo objetivo es el desarrollo de las personas drogodependientes y su integración en la vida rutinaria. Y las distintas dinámicas se diseñan a partir de las necesidades individuales, en base a las capacidades cognitivas, emocionales y sociales, fomentando una mejora del bienestar psicosocial (Pérez et al., 2013).

No obstante, existen distintos modelos o enfoques de comunidad terapéutica (ver Tabla 3), aunque su modelo más representativo es el comunitario, pues usan su propia estructura comunitaria como agente activo de cambio, generando un entorno normativo, de apoyo y de aprendizaje, sobre todo, de las habilidades socioemocionales necesarias en el proceso de rehabilitación. Tanto profesionales como participantes constituyen así un sistema de ayuda mutua donde las interacciones sociales promueven el aprendizaje de nuevas competencias adaptativas.

Tabla 4

Enfoques de acción en comunidad terapéutica.

Enfoques	Descripción
Comunitario	Usan la estructura como agente de cambio, para fomentar las habilidades sociales, la gestión emocional y la interiorización de normas psicosociales mediante la interacción dentro de la comunidad.
Integrador	Combina técnicas (cognitivo-conductuales, psicoeducativas, emocionales...) adaptadas a las necesidades del individuo.

Cognitivo-conductual	Entrenamiento de las habilidades de afrontamiento, control de estímulos e identificación de riesgo desde la prevención de recaídas y la reestructuración cognitiva.
Psicoterapéutico-familiar	Interviene sobre el entorno familiar para mejorar la comunicación, resolver conflictos y fortalecer el apoyo familiar durante el proceso de rehabilitación.
Habilidades Sociales	Entrenamiento específico de habilidades socioemocionales.

Nota Fuente: Elaboración propia a partir de Observatorio Español de Drogodependencias (2017).

En suma, la comunidad terapéutica se configura como un entorno estructurado de cambio donde, mediante la interacción grupal, la interiorización de normas y el fomento de habilidades sociales y emocionales, se promueve la transformación integral de la persona en situación de drogodependencia facilitando su rehabilitación y reintegración social (Observatorio Español de las Drogodependencias, 2017).

4.9.1 Programas de las comunidades terapéuticas

Las comunidades terapéuticas adoptan un enfoque multimodal donde las intervenciones grupales ocupan una parte importante en el proceso de rehabilitación, fomentando la práctica de habilidades sociales como la asertividad o la empatía, o la toma de decisiones y la resolución de conflictos en un entorno controlado. Y es que las intervenciones que incorporan el desarrollo de habilidades socioemocionales muestran un impacto positivo en el proceso de rehabilitación, mejorando el ajuste psicosocial y reduciendo el consumo de sustancias y la tasa de recaídas (Mavrou, 2012).

Por otra parte, el enfoque cognitivo-conductual es ampliamente utilizado en la eficacia de la modificación de patrones de comportamiento asociados al consumo de sustancias. Este enfoque ayuda a las personas participantes a identificar pensamientos disfuncionales, gestionar sus emociones y desarrollar habilidades de afrontamiento. Además, las intervenciones basadas en el *mindfulness* o la terapia de aceptación y compromiso muestran resultados prometedores en la reinserción de personas en situación de drogodependencia, mejorando el autocontrol y reduciendo el estrés (Díez, 2000).

Estos son sólo algunos ejemplos de los beneficios que pueden tener los diferentes enfoques y programas que se pueden implementar en las comunidades terapéuticas. A continuación, en la Tabla 4 se pueden ver distintos programas de intervención que las comunidades terapéuticas suelen utilizar en distintos momentos temporales para lograr la mayor eficacia en el proceso de

deshabitación del consumo. Estos programas están orientados a acciones socioeducativas - tanto individuales como grupales- adaptadas a las necesidades de las personas participantes (Fiestas y Ponce, 2012).

Tabla 5

Programas de intervención en comunidad terapéutica.

Programa	Descripción
Psicoterapéutico	Se abordan terapias individuales y grupales centradas en el trabajo emocional, la toma de conciencia, el apoyo mutuo, el desarrollo de habilidades sociales y la confrontación positiva.
Psicoeducativo	Se desarrollan talleres formativos en los que se abordan temas como la inteligencia emocional, el autocuidado, la prevención de recaídas, el autocontrol o la resolución de conflictos.
Educativo y formativo	Buscan preparar al usuario para la reinserción laboral a través de técnicas que generan autonomía y sentido de utilidad, así como el desarrollo de talleres productivos supervisados.
Intervención Familiar	Atención familiar que incluye orientación, terapia familiar, talleres y sesiones educativas con el objetivo de fortalecer el rol de la familia como red de apoyo durante el tratamiento.
Ocio y tiempo libre	Aporta alternativas de ocio saludable, técnicas de socialización y organización del tiempo de ocio productivo.
Seguimiento y reinserción	Una vez terminadas todas las fases del tratamiento, comienza el seguimiento o acompañamiento externo en centros de día que brindan continuidad terapéutica y supervisión progresiva durante la reinserción.

Nota Fuente: Elaboración propia a partir de Fiestas y Ponce (2012).

4.9.2. Factores que dificultan la eficacia de las comunidades terapéuticas

Aunque muchos estudios apoyen la eficacia de las comunidades terapéuticas, existen distintos factores que dificultan la intervención. Entre estas dificultades se encuentran (Arnau, 2006):

- La falta de motivación al cambio (o inseguridad por el cambio) de los miembros de la comunidad, la poca participación en los programas de habilidades sociales y la baja autoestima debido al temor al rechazo. Asimismo, los traumas o conflictos familiares que dificultan el aprendizaje de competencias emocionales adaptativas y el compromiso y la responsabilidad que el tratamiento supone.

- El ambiente de las comunidades terapéuticas. Y es que el respeto mutuo, la empatía o la estructura normativa, generan conflictos de convivencia que pueden derivar en aislamiento y recaída. Además, se produce una resistencia al cambio vinculada al fracaso social y a los prejuicios hacia los profesionales y el tratamiento.
- El mantenimiento de la abstinencia. La capacidad de manejar situaciones de estrés, resolver conflictos interpersonales y mantener relaciones sociales sanas, tienen un impacto directo en la resiliencia y la continuidad del tratamiento.

En todo caso, uno de los principales factores que comprometen la eficacia de las comunidades terapéuticas es la elevada tasa de abandono en las primeras fases del tratamiento. Hay estudios que muestran un porcentaje significativo de abandono antes de completar el programa, lo que reduce significativamente las posibilidades de una recuperación sostenida. Esto se debe a que las primeras semanas en la comunidad suelen ser especialmente exigentes, ya que las personas participantes deben adaptarse a una rutina estricta, asumir normas comunitarias y desvincularse de su red social previa vinculada al consumo de drogas. Esta transición puede generar altos niveles de ansiedad y resistencia al cambio, lo que conduce a los abandonos prematuros que limitan el tratamiento (Martínez, 2013).

Finalmente, es fundamental señalar las dificultades estructurales a las que se enfrentan muchas comunidades terapéuticas. Y es que la falta de financiación estable, la carencia de personal especializado suficiente, la sobrecarga de las personas participantes o las limitaciones de infraestructuras adecuadas, comprometen directamente la calidad de las intervenciones (Rosado, 1999).

5. Educación social en el ámbito de la drogodependencia

La problemática de la drogodependencia tiene una dimensión social clara que entronca directamente con la Educación social, una disciplina pedagógica que engloba todos los ámbitos de atención dirigidos a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad o con un alto riesgo de exclusión.

El/la educador/a social es “un agente de cambio social, dinamizador de grupos sociales a través de estrategias educativas que ayudan a los sujetos a comprender su entorno social, político, económico y cultural y a integrarse adecuadamente” (Libro Blanco, 2004, p.127). Así, en el ámbito de la drogodependencia, los/as educadores/as tienen funciones fundamentales en recursos residenciales como las comunidades terapéuticas en las que se focaliza este trabajo,

realizando programas de intervención socioeducativa centrados en la prevención, el tratamiento y los procesos de reinserción y acompañamiento (Sixto-Costoya y Arroyo, 2018).

El consumo de drogas puede entenderse, dependiendo del contexto, como una amenaza social o como una expresión de libertad personal. En el primer caso, la intervención buscaría su erradicación; en el segundo, se orientaría a las personas hacia el autocontrol y la toma de decisiones responsable. Y lo mismo ocurre con la educación social, que puede abordarse desde diferentes perspectivas, más o menos normativas. Por cierto, resulta curioso y contradictorio a la vez que, en algunos casos, la desadaptación puede llevar al consumo de drogas, y en otros, las drogas pueden provocar la desadaptación (Fuente, 1993).

En todo caso, la educación social, en este ámbito, debe plantear intervenciones y programas graduales y adaptados, teniendo en cuenta los diferentes factores personales, sociales, culturales..., que interactúan entre sí y que van más allá de lo estrictamente educativo (Vargas y Bedriñana, 2010).

En definitiva, las acciones educativas tienen que contribuir al desarrollo de la capacidad transformadora de las personas para acabar con las discriminaciones, promover el desarrollo de valores éticos, mejorar las condiciones de vida, ampliar las capacidades, actitudes y habilidades sociales que posibilitan la mejora de las relaciones personales y sociales, así como las formas de comunicación y participación ciudadana, ya que el consumo de drogas anula toda esperanza de conseguir la utopía educativa y social (Freire, 1976).

5.1. Artes escénicas: una vía de intervención

Dentro de la Educación social surge una apuesta pedagógica que moviliza las artes escénicas como medio de acompañamiento, comprensión y la transformación de la educación y las prácticas pedagógicas en cada uno de los niveles educativos, ya sean formales o informales. De esta forma, se abre la discusión sobre la educación artística como medio para transformar las concepciones tradicionales, adentrándose en la reflexión crítica, en la importancia de comprender más profundamente el alcance de los planes de intervención que deben responder eficazmente a las demandas de la realidad social (Ocampo, 2016).

Este acercamiento permite el desarrollo de habilidades diversas vinculadas a experiencias significativas, abiertas y flexibles que repercuten positivamente en los proyectos pedagógicos,

gracias a una mirada multidimensional, transversal y multidisciplinar que contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas (Ocampo, 2016).

Para comprender mejor los distintos enfoques que posibilita el arte, Muñoz (2002) hace una distinción entre tres conceptos: en primer lugar, “educar en el arte”, un enfoque centrado en el conocimiento teórico e histórico del arte; en segundo lugar, “educar para el arte”, dirigido al desarrollo de las distintas habilidades técnicas artísticas; y, por último, “educar a través del arte”, el enfoque más relacionado con la intervención social que utiliza el arte como medio para alcanzar objetivos educativos más amplios centrados en la calidad de vida y el desarrollo personal, siendo la educación el propósito principal y el arte un medio para conseguirlo.

El arte es una herramienta que funciona como medio de transformación e innovación y tiene múltiples beneficios en problemáticas sociales (Graeme, 1996):

1. Reflexión crítica sobre la realidad social
2. Función terapéutica
3. Entrena y estimula la percepción de la realidad
4. Transmite valores y sensaciones con trascendencia e intensidad
5. Medio para la identificación y comunicación con el otro
6. Influencia política, social y económica

En clara relación con el arte y la intervención se encuentra el/la “arteterapia”, una disciplina que vincula el proceso creativo y la expresión artística como medio terapéutico para mejorar el bienestar emocional, psicológico y social de las personas. El/la arteterapia usa el arte como medio para explorar emociones, resolver conflictos, desarrollar habilidades sociales, reducir el estrés, la impulsividad y mejorar la autoestima (Cornejo, 2017).

El/la arteterapia utiliza la estrategia de lo indirecto, de la escucha activa y la distancia adecuada, lo que permite explorar conflictos y sortear las resistencias sin que las personas se sientan juzgadas, mejorando la confianza en sus semejantes, aumentando su introspección y rentabilizando su paso por el tratamiento. Dentro de este tipo de terapia se utilizan desde las artes plásticas (dibujo, escultura...) hasta las artes escénicas (teatro, psicodrama, danza...) (Cornejo, 2017).

Una estrategia terapéutica que se suele utilizar con frecuencia es la musicoterapia, que utiliza la música y sus elementos para mejorar el bienestar, facilitar la comunicación y servir de vía para expresar emociones y resolver conflictos, tanto internos como externos. A través de los

estímulos musicales se provocan respuestas emocionales y físicas que ayudan a evocar recuerdos. Así, por ejemplo, en el campo de las drogodependencias, durante el proceso de desintoxicación, se puede conseguir que la persona exprese sus dificultades y obstáculos de una forma dinámica -e, incluso, inconsciente- facilitando la resolución de determinados conflictos (Urrea y Capece, 2009).

Desde una perspectiva educativa, se utiliza más la “mediación artística”, una herramienta de intervención socioeducativa cuyo objetivo es la inclusión social de las personas a las que va dirigida, vinculando la cultura, el arte y los procesos de aprendizaje social, cuyos beneficios van desde fomentar el pensamiento crítico hasta abrir canales para la educación emocional (Wimmer, 2002).

Asimismo, también se utiliza el “arte social” como herramienta de transformación, ya que, a través de diversas técnicas artísticas, se pueden abordar problemas sociales generando cierto impacto y fomentando la implicación y participación ciudadana con el objetivo de conseguir algún tipo de cambio (Galaz, 1971).

Pues bien, según Rodríguez et al., (2013), el teatro es un recurso de las artes escénicas que puede utilizarse como instrumento para satisfacer las necesidades psicosociales de una persona. Y es que el teatro, que formará parte de la propuesta de intervención que se presentará a continuación, va más allá de la expresión artística para pasar a ser un medio que implica relacionarse y desarrollar habilidades sociales, en este caso, con personas que se encuentran en situaciones de aislamiento y vulnerabilidad social.

Las personas con drogodependencia suelen mostrar dificultades para expresar y transmitir sus experiencias, emociones o sentimientos. Sin embargo, la interpretación les permite expresarse más libremente, sin temor a ser juzgadas, criticadas o rechazadas, es decir, dejan de ser lo que son para ser “otra” persona. Y aunque la actuación dramática sea ficticia, la experiencia vivida en la representación es real y, por tanto, les permite expresar emociones temidas, cambiar patrones de conducta o exhibir nuevos rasgos, de tal manera que esas nuevas experiencias pueden pasar a formar parte del repertorio de su vida real (Moreno, 1967).

Las artes escénicas se han consolidado como una herramienta eficaz dentro de los procesos socioeducativos de personas en situación de drogodependencia, debido a los espacios que ofrece de expresión, reflexión y transformación personal. El teatro, la música y la danza permiten que las personas en contextos vulnerables canalicen las emociones reprimidas, representen conflictos internos y exploren nuevas formas de interacción social desde un

entorno seguro y simbólico (Dumas y Aranguren, 2013). En resumen, las artes escénicas favorecen el desarrollo de habilidades sociales, la reconstrucción de la identidad y la mejora del autoconcepto y la autoestima, elementos que resultan de vital importancia en las personas con drogodependencia. Al promover la creatividad, el juego y la expresión corporal, las artes escénicas facilitan el compromiso terapéutico y estimulan la motivación para el cambio, convirtiéndose en un medio y recurso valiosísimo para los/as educadores/as sociales en las diferentes intervenciones socioeducativas.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: “ESCENARIOS DE CAMBIO”

La drogodependencia constituye uno de los fenómenos más complejos y multidimensionales que enfrentan los sistemas de salud y bienestar social en la actualidad. Sobre este fenómeno, a lo largo de la historia, se ha intervenido especialmente desde las instituciones clínicas o penitenciarias, dejando a un lado la importancia de lo social, educativo y cultural. No obstante, con la aparición del Plan Nacional sobre Drogas y las distintas estrategias asociadas, se ha puesto de manifiesto la necesidad de cambiar las estructuras de intervención y los centros de drogodependencia. Como ya se ha comentado anteriormente, el fenómeno de la drogodependencia se encuentra en constante transformación y, por tanto, requiere que las estrategias y los planes de prevención e intervención estén en constante actualización.

En este contexto, la educación social puede contribuir abordando cuestiones emocionales, sociales, comunitarias..., y ampliando el marco de la acción socioeducativa. En este sentido, el presente TFG plantea la inclusión de distintas técnicas de intervención que permitan a las personas en situación de drogodependencia mejorar su calidad de vida a través de la interiorización de normas, valores y responsabilidades de forma dinámica y experimental, y lo hace en el contexto de las comunidades terapéuticas. Y es que, si bien existen factores que limitan la intervención de las comunidades terapéuticas, estas comunidades ofrecen muchas posibilidades para la rehabilitación.

Las personas en situación de drogodependencia, como el resto de la ciudadanía, tienen necesidad de identificación y pertenencia, pero suelen tener carencias en habilidades sociales, gestión emocional y control de impulsos. Las comunidades terapéuticas suelen centrarse en programas psicoterapéuticos, basados en talleres individuales y grupales para trabajar, entre otras cosas, rutinas, habilidades sociales, toma de decisiones y prevención de recaídas (Díez, 2000), pero también pueden ir más allá, con enfoques de tipo comunitario.

Las artes escénicas y las dinámicas sociales ofrecen herramientas eficaces para la rehabilitación de las personas en situación de drogodependencia. El uso del arte como recurso formativo y terapéutico permite que las personas con adicciones reelaboren su identidad, mejoren la reflexión crítica, gestionen sus emociones y fortalezcan sus redes de apoyo (Ocampo, 2016).

Por todo ello, se presenta aquí una propuesta de intervención diseñada para una comunidad terapéutica de Palencia y planteada desde las artes escénicas con el fin de explorar otras posibilidades de intervención para mejorar la calidad de vida de las personas con drogodependencia.

6.1. Contexto

La asociación ALDAMA de Palencia nace en 1984 como una entidad sin ánimo de lucro que busca ofrecer respuestas integrales a la problemática de la drogodependencia, ya sea hacia sustancias legales o ilegales. Ofrece programas de tratamiento en régimen ambulatorio y comunitario para la deshabituación, rehabilitación e integración social, gestionados por un equipo multidisciplinar compuesto por educadores/as sociales, médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y personal administrativo.

Esta asociación forma parte de la Red de Asistencia al Drogodependiente de Castilla y León (SAISDE), integrada en el marco del VII Plan Regional sobre Drogodependencias (2021) junto con otras entidades de Palencia como ARPA, ARGU, ACLAD o el centro de San Juan de Dios.

ALDAMA tiene un enfoque multidimensional que integra la atención médica y psicológica, dirigida al manejo clínico de la abstinencia y las patologías duales, y el tratamiento socioeducativo, centrado en la rehabilitación, el desarrollo de habilidades sociales, la mediación familiar y la reinserción laboral. Por último, cuenta con el trabajo comunitario terapéutico, que implica la convivencia residencial en un entorno estructurado.

La asociación es de carácter concertado, es decir, tiene financiación privada, aunque cuenta con subvenciones de la Junta de Castilla y León. De hecho, la Junta ha destinado más de 1,5 millones de euros a Palencia para la intervención en drogodependencias, beneficiando a ALDAMA con plazas residenciales y cobertura de servicios ambulatorios.

Bajo este contexto, ALDAMA dispone de una base sólida para desarrollar propuestas innovadoras, como intervenciones con dinámicas creativas o recursos artísticos. Partiendo de un sistema institucional consolidado, con financiamiento público, cobertura operativa y una población receptiva, se cuenta con el escenario ideal para activar estrategias creativas.

6.2. Participantes

La propuesta de intervención está dirigida a personas pertenecientes a ALDAMA que se encuentren en un proceso activo de rehabilitación del consumo problemático de sustancias. La selección de las personas participantes se realizará en coordinación con el equipo técnico del centro, teniendo en cuenta, entre otros factores, el estado de salud, la disposición actitudinal o las probabilidades de adherencia al tratamiento.

El grupo estará compuesto por un mínimo de 10 y un máximo de 15 participantes, con edades comprendidas entre 18 y 64 años, cuyo rango corresponde al perfil general de usuarios/as atendidos/as en esta comunidad terapéutica. Así, se incluirán tanto hombres como mujeres de distintas edades, niveles educativos, experiencias vitales y trayectorias de consumo, sin distinción por tipo de sustancia consumida, por lo que se diseñarán estrategias flexibles, inclusivas y adaptadas al grupo.

No obstante, existirán actividades complementarias adaptadas para las personas que no dispongan de las capacidades psicológicas o físicas para la participación en el programa.

6.3. Objetivos

Objetivo general

Favorecer la rehabilitación integral de las personas con drogodependencia a través de las artes escénicas.

Objetivos específicos

OE1: Estimular la expresión corporal y emocional para favorecer la canalización de emociones.

OE2: Promover el desarrollo de habilidades sociales para mejorar la comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, las redes de apoyo y el sentido de pertenencia.

OE3: Fomentar la introspección, la identidad positiva y la autoestima.

6.4 Metodología

En el ámbito social, se necesitan implementar estrategias metodológicas que impulsen la participación e iniciativa de las personas en todo el proceso de intervención. En este sentido, esta propuesta opta por una metodología activa de carácter inclusivo.

El objetivo de este enfoque es un diseño de actividades que permitan el aprendizaje específico de habilidades socioemocionales ajustadas a las necesidades y características de las personas en situación de adicción, estimulando su autonomía e incorporación a la vida comunitaria, permitiendo que los participantes adquieran un rol protagónico en su proceso de rehabilitación.

No obstante, para el diseño y desarrollo de las actividades se seguirá el modelo de la mediación artística, que no sólo es una buena herramienta, sino un mecanismo crítico que tiene como finalidad imaginar, cuestionar, aprender y transformar las formas en que se entiende y se vive el espacio compartido a través del arte (Peters, 2019).

La mediación artística es la intervención socioeducativa que se lleva a cabo mediante proyectos artísticos y culturales con personas y grupos en situación de vulnerabilidad. Su objetivo no es conseguir obras excelentes, sino mejorar la calidad de vida de las personas implicadas y promover la autonomía desde distintos procesos de creación artística (González, 2016).

Existen diferentes técnicas de mediación artística, entre las que se encuentra el teatro foro que se empleará en esta propuesta, ya que ayuda a transformar la realidad a través de una escena interpuesta, una especie de ensayo previo antes de actuar en la vida real. Este teatro se aleja del espectáculo, ya que su objetivo es la experiencia social y colectiva de aprendizaje mutuo para mejorar la capacidad de resolución de problemas presentes en el día a día (Molina, 2025).

Asimismo, esta propuesta también se apoyará en la gamificación, una metodología que permite crear experiencias de aprendizaje personalizadas que se ajusten a las necesidades de las personas a las que van dirigidas. Según Quesada y Villa (2023), técnicas como el *escape room educativo*, transforman el proceso de aprendizaje en una experiencia confortable para las personas, aumentando su participación y motivación y logrando el desarrollo de habilidades sociales y emocionales.

El aprendizaje a través del arte permite generar experiencias significativas que conectan al espectador con la obra y los demás participantes, obteniendo una mejora en la reflexión crítica y la autonomía de las personas participantes (González, 2010).

Asimismo, se antoja indispensable el proceso de acompañamiento durante la rehabilitación, así como cierta mediación familiar para generar o fortalecer una red de apoyo que facilite la reintegración social de las personas participantes.

6.5. Temporalización

La propuesta de intervención está diseñada para 11 meses de duración, con posibilidad de ampliación en función de los resultados y las necesidades de los/as participantes. El programa contempla un mes inicial de preparación e introducción de los contenidos y un par de semanas de cierre, y se divide en tres bloques de intervención: expresión corporal y emocional, habilidades sociales y autoconcepto/autoestima (ver Cronograma). En general -aunque hay excepciones que se explicarán más adelante-, cada bloque tendrá unos 3 meses de duración, con 3 sesiones al mes de una hora cada una orientadas a los distintos objetivos específicos. Las sesiones. Así, el proyecto se llevará a cabo con una temporalización específica, pero con capacidad de adaptación en función a la programación del centro.

Tabla 6

Cronograma.

	Act	Sem	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Inicio	1	1 ^a , 2 ^a y 3 ^a											
	2	2 ^a y 3 ^a											
	3	4 ^a											
Bloque 1	4	2 ^a											
	5	3 ^a , 4 ^a y 1 ^a											
	6	1 ^a , 2 ^a y 3 ^a											
Bloque 2	7	1 ^a , 2 ^a y 3 ^a											
	8	2 ^a y 3 ^a											
	9	2 ^a											
Bloque 3	10	1 ^a											
	11	2 ^a											
	12	4 ^a											
Cierre	Fin	2 ^a y 3 ^a											

6.6. Desarrollo de actividades

“Escenarios de cambio” contempla un mes de preparación con tres actividades en septiembre dirigidas a romper el hielo, generar curiosidad y motivación por el proyecto y potenciar el vínculo participantes-equipo técnico. Además, se establecerán las normas a seguir a lo largo del proyecto y se informará de los objetivos del mismo.

ACTIVIDAD 1: “Entrando al juego”
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fomentar la participación y la colaboración. -Crear un espacio seguro y de confianza entre las personas de la comunidad terapéutica y su equipo técnico. -Potenciar la escucha activa y la introspección.
<p>Desarrollo de la actividad:</p> <p>Esta actividad está dividida en 3 sesiones. En la primera sesión, se realizará un <i>escape room</i> bajo una narrativa teatral: los participantes se encuentran en un antiguo teatro abandonado y</p>

deben encontrar el “telón sagrado” que permita abrir el escenario de su propia historia. Deberán seguir pruebas, pistas y encontrar los trozos del mapa que les llevarán a la sala final donde encontrarán el telón sagrado y el comienzo de su nueva historia.

En la segunda sesión, se realizará un “círculo de confianza”, formando un círculo con sillas entre los distintos participantes y presentándoles sus normas:

1. Toda la información compartida en ese espacio se queda en ese espacio.
2. Sólo puede hablar la persona que tiene el peluche en la mano y éste irá pasando de persona en persona, según se vaya levantando la mano.
3. La participación es voluntaria, es decir, si alguien no quiere hablar está en su derecho.

Una vez claras las normas, se desarrollará la sesión en tres fases:

- Fase inicial: comienza con la pregunta de “¿Qué tal estáis?” y deberán responder uniendo el sentimiento con una parte física del cuerpo. Al ser la primera sesión, la persona dinamizadora podrá contestar primero a las preguntas. No obstante, en otras sesiones deberán mantener el silencio hasta que alguien dé el paso.
- Fase de desarrollo: se harán preguntas abiertas para reflexionar (Ej.: ¿Cuál es tu color favorito? ¿Por qué?).
- Fase final: cuando se haga el silencio porque ya nadie más quiera intervenir, se cerrará la sesión preguntando cómo se han sentido a lo largo de la misma para conocer su opinión. La persona dinamizadora deberá agradecer la sinceridad y la participación.

Tras el cierre de la sesión, se anotarán cuestiones importantes tratadas durante la misma para orientar las preguntas de la segunda sesión hacia sus necesidades.

Participantes: 15 personas en grupos de 3 o 4.

Duración: 90 minutos

Sesiones: 3

Materiales: Telas, luces, cajas cerradas, acertijos, pistas, peluche, sillas, música de misterio, espacio grande.

Recursos Humanos: un/a profesional por grupo y personas de la comunidad terapéutica para participar en la creación de ambiente.

Fuentes de verificación: ficha de registro profesional y observación sistemática

ACTIVIDAD 2: ¿Quién soy yo cuando juego?

Objetivos:

- Fomentar la introspección y la expresión creativa.
- Impulsar la participación activa y colectiva.
- Potenciar la cohesión de grupo.

Desarrollo de la actividad:

Se trata de crear un personaje artístico simbólico que les permita jugar con su autoimagen desde la libertad y la imaginación. A través de distintos materiales, cada persona creará su máscara con una versión alternativa de sí misma: puede ser un alter ego inventado o cualquier personaje que quieran representar.

Esta actividad se desglosa en 2 sesiones. La primera estará orientada a la creación de la máscara con distintos materiales que se dejarán a disposición de todos/as. Además, contarán con la ayuda de un/a profesor/a de arte. En la segunda sesión, tratarán de adivinar el personaje o el significado de cada máscara a través de una especie de “¿Quién es quién?”. Para ello se dispondrán todas las máscaras encima de la mesa sin saber su autor/a y una persona voluntaria elegirá una de las máscaras al azar, sin que el resto sepa cual, y a través de preguntas de sí o no, se irán descartando máscaras hasta llegar al personaje elegido.

Participantes: 15

Duración: 60 minutos

Sesiones: 2

Recursos materiales: pinturas, papel, periódico, cola, agua, témperas, pinceles, telas, cajas, música ambiental

Recursos humanos: profesional voluntario de artes plásticas de Cáritas y un/a educador/a social

Fuente de verificación: ficha de registro profesional

ACTIVIDAD 3: “Ríe y actúa”

Objetivos:

- Mejorar la capacidad de improvisación y expresión oral.
- Estimular la escucha activa.
- Valorar el humor como herramienta educativa.

Desarrollo de la actividad:

Para el desarrollo de esta actividad se requiere que se formen parejas. Una vez formadas, se les repartirá un papel con una situación determinada y tendrán 10 minutos para realizar un pequeño diálogo de comedia sobre esa situación (si no se acuerdan de lo pactado con el compañero podrán improvisar sobre la marcha). La pareja que más haga reír al resto y que mejor improvise se llevará el trofeo a los/as mejores comediantes.

Participantes: 15

Duración: 60 minutos

Sesiones: 1

Recursos materiales: papeles con situaciones, el telón, accesorios divertidos (gafas, capas...) papel y bolígrafo

Recursos humanos: un/a educador/a social

Fuentes de verificación: ficha de registro profesional

- **Bloque 1: Expresión corporal y emocional**

A lo largo de este bloque se llevarán a cabo talleres centrados en la expresión corporal y emocional, de forma que se contribuya a la identificación de emociones y la vinculación de estas con la expresión corporal. Esto favorece la exteriorización de conflictos internos y el afrontamiento de conflictos externos, en un espacio seguro para las personas en situación de drogodependencia.

ACTIVIDAD 4: “Emoción en movimiento”

Objetivos:

- Potenciar la expresión de emociones a través del cuerpo.
- Mejorar la creatividad y la reflexión personal.
- Promover la conciencia personal y la autorreflexión.

Desarrollo de la actividad:

En las asambleas previas, se habrá pedido a los/as participantes que rellenen una ficha con las canciones que escuchan cuando sienten las distintas emociones planteadas (Anexo 1), porque esa será la música que se usará en las distintas sesiones de “Emoción en movimiento”.

En primer lugar, se reproducirá la música recopilada, y se pedirá a los/as participantes que suelten el cuerpo y hagan distintos movimientos en función de lo que sientan escuchando la canción de fondo. Cada persona será libre de hacer lo que sienta en ese momento y, para facilitar la participación, la persona dinamizadora deberá sumarse activamente.

Tras el movimiento libre, se distribuirán por parejas para hacer una improvisación emocional. En esta parte, deberán representar, a través de mímica, la emoción que les toque. La persona dinamizadora deberá preparar una bolsa con papeles en los que haya variedad de emociones y cada pareja deberá coger uno para después representar la emoción respectiva al resto de compañeros/as. Tras las distintas representaciones de cada pareja se iniciará un diálogo para compartir qué hubiesen hecho si les hubiera tocado esa otra emoción...

Finalmente, se dispondrán en círculo y se llevará a cabo una sesión de reflexión personal. En una hoja escribirán cómo se han sentido, qué les ha costado más y qué han descubierto de su cuerpo que antes no sabían. Como cierre, deberán rellenar una ficha de autoevaluación y se hará una puesta en común en la que podrán compartir lo que deseen, incluyendo qué les gustaría mejorar o llevar a cabo en la siguiente sesión.

Duración: 60-90 minutos

Sesiones: 1

Recursos materiales: altavoz, hojas, bolígrafos, pañuelos, cuerdas, peluches...

Recursos humanos: un/a educador/a social

Fuentes de verificación: ficha de autoevaluación (Anexo 2), ficha de registro profesional (Anexo 3)

ACTIVIDAD 5: "Dibujo oculto: lo que no te dije"

Objetivos:

- Facilitar la canalización de emociones reprimidas.
- Ofrecer un canal alternativo de comunicación no verbal.
- Establecer un espacio seguro para compartir, escuchar y reflexionar.

Desarrollo de la actividad:

Se explicará el objetivo de la actividad, se pondrá música ambiental y se invitará a las personas participantes a realizar un dibujo libre que les recuerde un momento importante de su vida. Podrán usar el tipo de pintura o material que prefieran y que esté a su disposición. Cada participante podrá compartir su historia a través del dibujo, incluso, si quieren, con algún tipo de representación escénica. Finalmente, se hará un cierre reflexivo que comenzará con dos preguntas abiertas a debate y se acabará preguntando cómo se han sentido durante la actividad y qué cosas han sacado en claro.

Duración: 60 minutos

Sesiones: 3

Materiales: folios, cartones, pinturas, témperas, pinceles, altavoz

Fuentes de verificación: ficha de registro profesional, observación sistemática

ACTIVIDAD 6: “Decisiones difíciles”

Objetivos:

- Potenciar la resolución de conflictos de forma colectiva.
- Estimular la improvisación y la creatividad.
- Entrenar la toma de decisiones.

Desarrollo de la actividad:

Esta actividad tiene tres sesiones. En la primera, con la colaboración de los/as profesores/as del grupo de teatro de Cáritas, se realizará un taller para enseñar técnicas de improvisación y expresión corporal. En la segunda, los/as profesores/as de teatro enseñarán técnicas de estructura de guion y creación de personajes. Durante esta sesión se harán prácticas en las que al menos 5 voluntarios/as prepararán una historia corta que represente un conflicto vinculado a la adicción. En la última sesión, las personas que prepararon la historia, deberán representarla a modo de teatro foro, de tal forma que los compañeros/as intervendrán proponiendo soluciones o alternativas escénicas. Por último, se realizará una reflexión final de lo experimentado durante los talleres.

Duración: 90 minutos

Sesiones: 3

Recursos humanos y materiales: grupo de Teatro Cáritas Palencia, espacio cerrado con sillas

Fuentes de verificación: ficha de registro profesional, dossier fotográfico y observación sistemática

- **Bloque 2: “Habilidades sociales”**

Este bloque cuenta con 10 sesiones a lo largo del programa cuyas actividades planteadas están diseñadas a partir del OE2: “Promover el desarrollo de habilidades sociales para mejorar la comunicación asertiva, las relaciones interpersonales, las redes de apoyo y el sentido de pertenencia”.

ACTIVIDAD 7: “Improvisa en cadena”
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la escucha activa - Potenciar la comunicación verbal y no verbal - Mejorar la cohesión de grupo
<p>Desarrollo de la actividad:</p> <p>Esta actividad tendrá 2 sesiones. En la primera, se realizará un calentamiento corporal (por ejemplo, caminar según las indicaciones: más rápido, más lento, más pesado...) y luego la dinámica del “espejo”: una persona hace un movimiento y el resto del grupo lo repite. A continuación, se introducirá el concepto de “improvisación en cadena”, de tal manera que la persona dinamizadora o alguna persona voluntaria creará una escena inicial que alguien tendrá que continuar, y así, sucesivamente. En la segunda sesión, el/a educador/a entregará a una persona voluntaria una tarjeta con una emoción o situación, y tendrá 1 minuto para representarla. Una vez acabe, continuará la escena la persona más rápida en improvisar una continuación. Se cerrará la sesión con una lluvia de ideas sobre lo vivido.</p>
<p>Duración: 60 minutos</p> <p>Sesiones: 2</p> <p>Recursos materiales: tarjetas con palabras, emociones o situaciones, sillas, cronómetro</p> <p>Recursos humanos: un/a educador/a social</p> <p>Fuentes de verificación: dossier fotográfico, ficha de registro profesional</p>

ACTIVIDAD 8: “Roles locos”
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular la creatividad y la improvisación. - Mejorar la comunicación verbal y no verbal. - Promover el análisis colectivo de dinámicas de poder, culpa o dependencia

Desarrollo de la actividad:

Esta actividad consta de dos sesiones. En primer lugar, se realizará un taller de carteles, en el que cada participante deberá representar gráficamente (letras, dibujos, etc.) a la persona que considere más importante actualmente en su vida y el rol que representa. Luego se hará un círculo de reflexión en el que se darán distintos motivos de por qué es esa persona. Finalmente, tendrán que representar alguno de los conflictos de convivencia que tengan en su día a día con esa persona, y cada participante asumirá el rol de persona implicada para llegar, con la ayuda de sus compañeros/as, a distintas soluciones.

En la segunda sesión se repartirán tarjetas al azar con personajes locos o extremos (ej.: rey dramático que lo exagera todo, una abuela rapera, un robot reprimido, etc.). Cada participante deberá caminar por el espacio transformándose poco a poco en ese personaje (voz, cuerpo, ritmo, actitud...) y cuando se crucen con otros personajes improvisarán un encuentro de 30 segundos, compartiendo problemas o intentando un diálogo ridículo. Por último, se sentarán en círculo y cada participante deberá compartir brevemente cómo se ha sentido y si ha descubierto algo sobre sí mismo/a actuando de esa forma.

Duración: 60 minutos**Sesiones:** 2**Recursos materiales:** carteles, pinturas, música, tarjetas con personajes**Recursos humanos:** un/a educador/a social**Fuentes de Verificación:** ficha de registro profesional, observación sistemática**ACTIVIDAD 9: “Luces, cámara y acción”****Objetivos:**

- Diseñar una obra de teatro para el final del programa.
- Fomentar el trabajo en equipo y la búsqueda de recursos.
- Mejorar las relaciones interpersonales y la toma de decisiones.

Desarrollo de la actividad:

Esta actividad consta de 6 sesiones orientadas a la preparación, organización y desarrollo de una obra de teatro. En la primera sesión, se convocará nuevamente a los/as profesores/as del grupo de teatro de Cáritas para dar otro taller sobre cómo se hace y se estructura un guion de una obra de teatro, y comenzarán una lluvia de ideas para elegir el tema a abordar, los personajes, etc. En la segunda sesión, se continuará dando forma al guion con la ayuda de profesionales. En cuanto a la tercera sesión, se repartirán los personajes y los distintos

equipos técnicos (dirección, vestuario, maquillaje, decorados...) para la realización de la obra de teatro final. Para la realización de los decorados se implicará a personas residentes en el centro que no estén en el programa. A partir de la cuarta sesión, los/as profesores/as del grupo de teatro de Cáritas les enseñarán técnicas de actuación que pondrán en práctica a través de ejercicios, y funcionarán como figuras de apoyo durante los sucesivos ensayos de los/as intérpretes de la obra. Las dos últimas sesiones irán destinadas a los ensayos finales de la puesta en escena.

Duración: 60-90 minutos

Sesiones: 6

Recursos materiales: tela, papel, bolígrafos, vestuario, altavoz, espacio amplio para los ensayos...

Recursos humanos: grupo de teatro Cáritas, dos educadores/as sociales, personas residentes del centro

Fuentes de verificación: observación sistémica, dossier fotográfico, ficha de registro profesional

- **Bloque 3: “Autoconcepto, autoestima e identidad positiva”**

A lo largo de este bloque se desarrollarán actividades diseñadas en función al OE3: “Fomentar la introspección, la identidad positiva y la autoestima”.

ACTIVIDAD 10: “La caja del yo “

Objetivos:

- Fortalecer la autoestima.
- Identificar aspectos internos y externos del “yo”.
- Estimular la identidad personal.

Desarrollo de la actividad:

Se reparte una caja a cada uno de los participantes, estos deben decorar la parte externa de la caja con lo que muestran al mundo (colores, dibujos, palabras...), mientras que dentro de la caja deberán meter, escribir o dibujar lo que no muestran a nadie, durante todo el proceso de hacer la caja se pondrá música de fondo. Finalmente, se realiza una reflexión grupal sobre los contrastes de lo que han sentido, escrito y se mostrarán las cajas.

Duración: 60 minutos

Sesiones: 1

Materiales: cajas pequeñas, materiales de pintura o decoración, papeles, bolígrafos

Fuentes de verificación: registro de los profesionales, cajas

ACTIVIDAD 11: “Habitar mi cuerpo”

Objetivos:

- Conectar con el cuerpo de forma consciente.
- Fomentar la auto-aceptación corporal.
- Descubrir nuevas formas de habitar el cuerpo con creatividad, seguridad y libertad.

Desarrollo de la actividad:

Esta actividad requiere de tres sesiones. En la primera, se llevará a cabo un taller de danza integral, dirigido por un/a profesor/a de AMGu (Asociación Musical de Guardo), en la que aprenderán distintos tipos de movimientos y coreografías y, por último, se les dejará un tiempo libre de baile emocional.

La segunda sesión se iniciará con mindfulness con el fin de conseguir un estado de calma y tranquilidad en los/as participantes. Luego, con la ayuda del/la profesor/a de danza, realizarán coreografías de suelo, con el fin de que puedan expresar emociones desde otra perspectiva.

En la última sesión se realizarán bailes en parejas y por grupos, poniendo en práctica las técnicas aprendidas en las anteriores sesiones. Por último, se realizará una reflexión colectiva sobre las sensaciones y emociones experimentadas a lo largo de la actividad.

Duración: 60 minutos

Sesiones: 3

Recursos materiales: música, esterillas, altavoz, cintas para la danza

Recursos humanos: un/a profesor/a de la asociación de AMGu y un/a educador/a social

Fuentes de verificación: observación directa, ficha de registro profesional

ACTIVIDAD 12: “Citas de películas”

Objetivos:

- Reforzar la autoestima.
- Fomentar la reflexión individual.
- Promover la identificación con referentes positivos.

Desarrollo de la actividad:

En primer lugar, se repartirán papeles con frases de películas inspiradoras que puedan tener una lectura interesante en el campo de las adicciones (Ej.: “El pasado puede doler, pero, tal como yo lo veo, puedes huir de él o aprender” - El Rey León) y deberán ponerse en parejas y escribir qué les sugiere la frase. Tras el trabajo en parejas se hará un grupo de discusión en el que poder compartir sus reflexiones si lo desean. Por último, se pondrán pequeños extractos de películas (Ej.: “Trainspotting”, “Historias del Kronen”, “Leaving as Vegas”, etc.) que deberán comentar en una suerte de cinefórum aplicado a sus vidas, analizando personajes, situaciones, emociones, etc., y señalando qué les ha marcado más y por qué.

Duración: 60 minutos

Sesiones: 1

Recursos materiales: frases de películas, música, televisión, papel y bolígrafo

Recursos humanos: un/a educador/a social

Fuentes de verificación: ficha de registro profesional y observación sistemática

Las dos últimas semanas del último mes, constan de una sesión para la representación en público de la obra de teatro preparada los meses anteriores, a modo de celebración por todo el esfuerzo y tiempo dedicado, en la que asistirán el resto de los/as residentes y profesionales de la comunidad, así como familiares y amigos/as. Por último, una sesión para evaluar las actividades realizadas y agradecer la participación.

6.7. Evaluación

La evaluación es una herramienta esencial de cualquier intervención socioeducativa, ya que, entre otras cosas, permite comprobar el grado de éxito de los objetivos planteados y las fortalezas y debilidades del proceso. La evaluación de esta propuesta contempla tres tipos de evaluación: inicial, procesual y final, con el fin de poder abordar de manera eficaz los logros, carencias y avances obtenidos durante el proceso y al finalizar el mismo.

En primer lugar, se realizará una evaluación inicial a través de un grupo de discusión en el mes de preparación, para evaluar las habilidades sociales, el autocontrol, la autopercepción y la

toma de decisiones, entre otras cuestiones. También se establecerá un espacio en el cual las personas participantes puedan exponer sus necesidades y sus intereses, de cara al planteamiento y adaptación de las actividades.

Por otra parte, se llevará a cabo un seguimiento constante para evaluar el progreso de los/as participantes en relación con la expresión emocional, la interacción social, la autoestima o su nivel de implicación y satisfacción, a través de la observación participante del equipo profesional -sistemizada a través de una hoja de registro (Anexo 3) y la recogida de fotografías- y de dinámicas de autoevaluación grupal. En este sentido, el equipo técnico del centro (educadores/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales...) aportará informes periódicos sobre la evolución del grupo en cada reunión semanal, para contrastar los avances percibidos desde la intervención artística con los observados en otros ámbitos.

Para la evaluación final del programa se aplicará un cuestionario a las personas participantes (Anexo 4) que permita comparar la situación con los resultados obtenidos en la evaluación inicial, y también se realizarán entrevistas y una sesión grupal para recoger las vivencias, aprendizajes y propuestas de mejora de los/as participantes. Además, se elaborará un informe final en colaboración con el equipo técnico que recoja los logros y las dificultades alcanzadas, atendiendo a todos los registros acumulados.

7. CONCLUSIONES

Este Trabajo de Fin de Grado ha puesto de manifiesto la importancia de desarrollar propuestas de intervención innovadoras y humanistas en el ámbito de la drogodependencia, entendiendo este fenómeno como un proceso complejo, multidimensional y atravesado por factores sociales, emocionales y culturales, que necesita de enfoques integrales que consideren a las personas en toda su globalidad.

A lo largo de la propuesta presentada, se ha mostrado la potencialidad de las artes escénicas como herramienta socioeducativa en los procesos de rehabilitación de las personas en situación de drogodependencia, en el marco de una comunidad terapéutica. A través del análisis teórico del ámbito de las drogas, se ha constatado, entre otras cosas, el impacto social que tienen, el desconocimiento social que las rodea, la criminalización y estigmatización de las personas consumidoras, así como los diversos factores de riesgo que favorecen al aislamiento social y la perpetuación del consumo.

Las dificultades de las personas en situación de drogodependencia por mantener relaciones interpersonales sanas y gestionar sus emociones, la falta de desarrollo en habilidades sociales y la baja autoestima, han sido factores determinantes para la creación de esta propuesta. Sin embargo, es importante no desatender al contexto en el que vivimos: una sociedad de consumo globalizada, instantánea y profundamente hedonista, que invita a encontrar respuestas y soluciones rápidas a todo, también en el campo de la intervención en adicciones, lo que suele desembocar en el abandono prematuro del proceso de rehabilitación. Por eso la convivencia prolongada en una comunidad terapéutica -pilar fundamental del presente trabajo-, puede resultar muy adecuada en estos casos.

El diseño metodológico planteado responde a una visión integral del ser humano, incorporando el cuerpo, las emociones, la creatividad y la participación como ejes centrales. Este enfoque humanista, dinámico y vivencial, favorece la motivación e implicación de las personas, especialmente en las fases iniciales del proceso donde el riesgo de abandono es más elevado.

A pesar del potencial transformador de la propuesta aquí presentada, existen también potenciales limitaciones a la hora de llevarla a cabo. Entre ellas se encuentran la resistencia inicial a participar en actividades artísticas (debido a la vergüenza, el miedo, el desconocimiento o la baja autoestima) o la variabilidad del estado emocional y cognitivo de los/as participantes.

Sin embargo, la propuesta tiene amplias posibilidades de ser implementada en un entorno como el que posibilita la comunidad terapéutica de ALDAMA, ya que cuenta con una estructura consolidada, un equipo interdisciplinar comprometido y un alto conocimiento de la atención a personas con drogodependencia. Además, la intervención es progresiva y adaptable, lo que permite ajustarla a distintos contextos y niveles de participación.

Por último, realizar este Trabajo de Fin de Grado ha supuesto una experiencia desafiante y reveladora tanto a nivel académico como personal. Diseñar esta propuesta me ha permitido profundizar más sobre las personas en situación de drogodependencia, aportándome una perspectiva integral y comprensiva de estas realidades tan complejas y a menudo invisibilizadas.

En este sentido, he aprendido la importancia de generar espacios seguros en los procesos de cambio, así como el impacto que puede tener la expresión creativa en el fortalecimiento de la

identidad o el desarrollo de las habilidades sociales y, por tanto, en la promoción del bienestar emocional y la rehabilitación de las personas en situación de drogodependencia.

Este trabajo también me ha invitado a reflexionar sobre el poder transformador del arte, tanto a nivel personal como social, así como a entrenar la creatividad de cara a la intervención y diseño de las distintas actividades. De hecho, la propuesta de intervención presentada, que utiliza el arte como herramienta de intervención y transformación en una comunidad terapéutica, apuesta por cambiar la estructura y metodología interventiva en el campo de las drogodependencias.

Y es que la inclusión social no es solo una cuestión política, sino también de segundas oportunidades, reencuentros (incluso con uno/a mismo/a), vínculos y experiencias compartidas. Todas las personas tienen el potencial de cambiar, de reconstruirse y de participar activamente en la vida social; sólo se necesitan las herramientas y estrategias adecuadas.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Arnau, D. C. (2006). Comunidades terapéuticas: La transformación invisible. *Adicciones*, 18(4), 323-326. <https://doi.org/10.20882/adicciones.328>
- Barbero, R. V. (2008). *El tratamiento intrapenitenciario y extrapenitenciario: elemento motivador de cambio en la conducta delictiva en una muestra de reclusos drogodependientes*. Servicio de Publicaciones e Imagen Institucional, Universidad de Burgos. <https://riubu.ubu.es/handle/10259/170>
- Barrabeitg, G. (2018). Conceptualización y alcance de las drogas emergentes en plena progresión en el presente siglo. *Journal of Advance Research in Medical & Health Science*, 4(11), 1–11. <https://goo.su/ABbRX>
- Bedriñana, F. (2006). La educación social y las drogodependencias: algunas explicaciones de los porqués del contacto. *Universidad de Granada*.
- Burgos Sánchez, L. B. (2017). La criminalización del consumo de drogas, al no acreditarse la enfermedad en los aprehendidos (Tesis de grado). <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/8253>
- Casanueva Sanz, I. (2021). El delito de tráfico de drogas en el ordenamiento jurídico español. Un repaso a algunas de las cuestiones más relevantes de la regulación penal actual. *Derecho & Sociedad*, (56), 1-34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8024634>
- Castro-Jalca, A. D., Jaya-Campos, D. M., & Párraga-Cedeño, A. A. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas por consumo de drogas en adolescentes. *MQRInvestigar*, 7(4), 388–418. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.388-418>
- Caudevilla, F. (2007). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Barcelona: Barc Sn.
- Chaves, J. J. F., & Khenti, A. (2019). Conocimiento de las consecuencias y uso de drogas en estudiantes universitarios costarricenses. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28, e416. <https://www.scielo.br/j/tce/a/x6KcCS6ZTwcDF8hM37kzYCq/?lang=es>

- Clavel, C. L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. *Revista de Ciencias Sociales*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4899397.pdf>
- Cornejo, E. A. (2017). Una experiencia de arteterapia en drogodependencia. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/159482>
- Darias Curvo, S. (2005). Drogas e intervención comunitaria. En *Actualizaciones año 2005* (pp. 91–129). Difusión Avances de Enfermería-DAE.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995–2024*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Informe de indicadores clave sobre drogas 2006–2020*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Boletin_PNSD_Indicadores_Clave.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2022). *Consumo problemático de las sustancias psicoactivas 2006–2020*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Indi_consumo_problemativo.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 1983–2020*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Indi_mortalidad_.pdf
- Díez, F. J. S. (2000). Intervención psicológica en personas adictas a heroína: resultados en una Comunidad Terapéutica (Doctoral dissertation, Universitat de València). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=143836>
- Dumas, M., y Aranguren, M. (2013). Beneficios de la arteterapia sobre la salud mental. In *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del*

MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
<https://www.academica.org/000-054/212.pdf>

Fernández Semedo, J. D., & Delgado Tornés, A. (2013). Prácticas culturales y consumo de droga en la sociedad mindelense, Cabo Verde. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
<https://www.eumed.net/rev/cccss/26/consumo-droga.html>

Fiestas, F., & Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29, 12-20.
<https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2012.v29n1/12-20/es>

Freire, P. (1973). EL MENSAJE DE PAUL FREIRE: TEORIA Y PRACTICA DE LA LIBERACION.MADRID, ESP.: MARSIEGA.
<https://www.sidalc.net/search/Record/KOHA-OAI-UAAAN:30411/Description>

Fuente, A. V. (1993). *La acción social ante las drogas: Propuestas de intervención socioeducativa* (Vol. 31). Narcea Ediciones. <https://goo.su/tBuu7>

Gainza, I., Nogué, S., Martínez Velasco, C., Hoffman, R. S., Burillo-Putze, G., Dueñas, A., ... & Pinillos, M. A. (2003). Intoxicación por drogas. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 26, pp. 99-128). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s1/seis.pdf>

Galaz, G. (1971). La fuerza social del arte. *AISTHESIS: Revista Chilena de Investigaciones Estéticas*, (6), 29-38.

García Fernández, M. (2018). Las consecuencias psicosociales de la dependencia a las drogas en la familia. *Dialnet*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6589423>

González-Olachea, P. (2018). Consecuencias sociales y legales sobre el uso de las drogas. *Academia.edu*. <https://goo.su/mahWH>

González, A. M. (2010). La mediación artística: un modelo de educación artística para la intervención social a través del arte. *Revista Iberoamericana de educación*, 52(2), 1-9.
<https://doi.org/10.35362/rie5221797>

- González, A. M. (2016). Inclusión social por el arte: mediación artística. *La sociedad académica*, 41-47. <https://itson.mx/publicaciones/sociedad-academica/Documents/lisa47.pdf#page=44>
- Graeme, F. (1996): Arte, educación y diversidad cultural. Barcelona.
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205–213. <https://doi.org/10.20882/adicciones.707>
- Iglesia, A. J. V., Lezcano, C. A. V., Martínez, D. H., Gómez, A. E. Á., & Pita, G. D. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 1–5.
- Llort Suárez, A. (2018). «Dime dónde consumes y te diré...» Antropología sobre el uso y abuso de cocaína. *Perifèria. Revista d'investigació i formació en Antropologia*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6493590>
- Llopis, D., Pons, J., Peirats, E. (1996). Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas. *Universidad de Oviedo*. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72780303.pdf>
- Libro Blanco. Título de Grado de Pedagogía y Educación Social (2004). pp. 127 www.aneca.es
- López, E. (2017) El consumo de drogas en las personas en situación de prostitución [Trabajo fin de grado, Universidad de la Laguna] Google.
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., & Hickman, M. (2005). Consecuencias psicológicas y sociales del cannabis y otras drogas ilícitas consumidas por los jóvenes: Informe sistemático de estudios longitudinales de la población general. *RET: Revista de Toxicomanías*, (43), 11–22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5510705>
- Mansilla, M. D. C. M. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-journal of criminal sciences*, (2), 2-30.

- Martín-Santana, J., Fernández-Monroy, M., y Gálvan-Sánchez, I. (2015). Valores y creencias de los jóvenes ante el policonsumo de sustancias adictivas. *Redalyc*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28043815004>
- Mavrou, I. (2012). Los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente análisis socioeducativo del programa de comunidad de Proyecto Hombre en Granada y del programa de Pyksida en Nicosia. *Universidad de Granada*.
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/23278/21007020.pdf?sequence=1>
- Miguel Martínez, M. (2013). El rol del paciente experto en el tratamiento de las adicciones: una propuesta para paliar las altas tasas de abandono prematuro en comunidades terapéuticas. <https://repositori.uvic-ucc.cat/handle/10854/2336>
- Molina-Fernández, A. J., Feo-Serrato, M. L., & Serradilla-Sánchez, P. (2023). Evaluación del impacto de la estrategia europea de adicciones en el Plan Nacional Sobre Drogas español según la sociedad civil. *adicciones*, 35(1), 85-86
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1726>
- Molina, C. T. (2025). Mediación artística y educativa: teatro foro con temática inclusiva y diversidad de género contra el bullying.
<https://doi.org/10.5209/arte.82272>
- Moreno, J. L. (1967). Las bases de la psicoterapia. In *Las bases de la psicoterapia* (pp. 374-374). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1203864>
- Muñoz, M. P. (2002). La Educación a través del arte en la Educación Social: Los espacios laborales y la investigación en educación a través del arte. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, (9), 287-299.
- Observatorio Nacional de Drogas y Toxicomanías (2004). Evaluación de estrategias públicas sobre drogas: España y en el contexto europeo. *Revista de Estudios Europeos*, 18-25.
- Observatorio Español de las Drogodependencias. (2017). *Informe sobre tratamientos integradores en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2024_OEDA-Informe.pdf

- Ocampo, A. (2016). “La educación artística como propuesta pedagógica para la libertad” Reflexiones formativas desde las artes escénicas. <https://goo.su/SjoUU>
- Paredes, M. Á., Alonso, J. R., y Xarau, S. (2014). Intoxicaciones por drogas de abuso: sustancias emergentes en el siglo XXI. *Emergencias*, 2014, vol. 26, p. 472-480. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/109364>
- Peña, E. B. (2016). Los educadores sociales ante las drogas. *Nuevos paraísos artificiales*, 209. <https://goo.su/t7NB3u>
- Pérez, Y. M., Piñeiro, E. Z., Cedeño, L. Y. S., Estrada, L. E. P., & Reyes, S. D. P. O. (2016). Factores psicosociales que favorecen el inicio del consumo de alcohol en adolescentes. *Multimed*, 20(1), 1–14. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63853>
- Peters, T. (2019). ¿Qué es la mediación artística? Un estado del arte de un debate en curso. Córima. *Revista de Investigación en Gestión Cultural*, 4(6), 11-15. [doi:10.32870/cor.a4n6.7134](https://doi.org/10.32870/cor.a4n6.7134)
- Pineda, O. J., & Torrecilla, S. M. (1999). Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Revista Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías*, 1(1), 13–21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097583>
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157–186.
- Rodrigo, M. D. B., García, M. L., de Antonio Pérez, V., & Llera, J. L. G. (2004). Síndrome de abstinencia y otros efectos en jóvenes fumadores de hachís. *Adicciones*, 16(1), 19–30. <https://doi.org/10.20882/adicciones.414>
- Rodríguez, M. F., Mora, P. G., & Iglesias, O. B. (2013). El teatro como instrumento terapéutico en la rehabilitación psicosocial. *Norte de salud mental*, 11(46), 82-88.
- Rosado, G. T. (1999). Evaluación de los programas de comunidades terapéuticas en drogodependencias. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3),

677-690.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=97801>

Rosado, M., García, M. L., & Meza, J. G. C. (2016). Causas y consecuencias en el consumo de drogas: un estudio de casos en estudiantes de bachillerato. *Revista Científica Sinapsis*, 2(9).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8280858>

Ruiz, M. J. O., Reyes, M. D. C. Q., & Rodas, J. A. (2023). Agresividad en consumidores de sustancias psicoactivas. *Veritas & Research*, 5(2), 171-184. <http://revistas.pucesa.edu.ec/ojs/index.php?journal=VR&page=article&op=view&path%5B%5D=151>

Salas, P., y Chamizo, H. A. (2002). Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 10(1), 67-78. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140912592002000100006&script=sci_arttext

Sixto-Costoya, A., & Olivar Arroyo, Á. (2018). Educación y trabajo sociales en adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *Revista de Educación Social*, (26). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6417109>

Trujillo Sagrera, M. A. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos: Addiction and its different concepts. *Centro Sur*, 3(2), 14–26. <https://doi.org/10.37955/cs.v3i2.18>

Torales, J., Barrios, I., & Armoa, L. (2017). El delirium: una actualización para Internistas y Psiquiatras. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 54-64. <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/68>

Torrens, M. (2020). Patología dual: situación actual y retos a futuro. *Adicciones*, 20(4), 315–319. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122048001.pdf>

Urrea, F., & Capece, M. (2009). *La musicoterapia y su aplicación clínica en el ámbito de la adicción a las drogas* (Doctoral dissertation, Universidad del Salvador). <https://core.ac.uk/download/pdf/267877588.pdf>

Vargas, L. y Bedriñana, F. T. (2010). Actuaciones socioeducativas con menores vulnerables, en riesgo, relacionados con las drogas. Reflexiones críticas. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/94191>

Vinueza-Vera, G., & Cedeño-Barreto, M. (2024). Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de la urbanización San Alejo. *Revista Científica Interdisciplinaria*. <https://doi.org/10.33386/593dp.2024.3.2392>

Wimmer, M. (2002). La mediación artística en los procesos educativos. *Perspectivas. Revista trimestral de educación comparada*, 32(4), 55-70. <https://goo.su/7hYFOHw>

9. ANEXOS

ANEXO 1

Ficha musical.

Emoción	Artista/canción a la que asocias la emoción	¿Por qué eliges esa música cuando te sientes así?
Alegría / Euforia		
Tristeza / Nostalgia		
Ira / Frustración		
Ansiedad / Nerviosismo		
Motivación		
Amor		

ANEXO 2

Ficha de autoevaluación.

Fecha: _____

1. ¿Qué emoción me costó expresar más con el cuerpo? ¿Por qué?

2. ¿Qué emoción fue la más fácil de representar? ¿Por qué?

3. ¿Cómo me sentí durante el movimiento libre con música?

- Muy cómodo/a
- Cómodo/a
- Inseguro/a
- Incómodo/a

¿Por qué?

4. ¿Cómo viví la improvisación en pareja?

5. ¿Qué me gustaría mejorar o probar en la próxima sesión?

ANEXO 3

Ficha de registro profesional.

Fecha: _____

INDICADOR	Sí	Parcialmente	No	OBSERVACIONES
Asistencia y puntualidad				
Ha aumentado la motivación del grupo con el programa				
Participaron activamente en el movimiento libre				
Hubo espontaneidad al expresar emociones corporales				
Se implicaron en la improvisación en parejas				
Hubo feedback respetuoso a los demás				
Tuvieron iniciativa en la apertura de la reflexión final				
Se adaptaron bien a las dinámicas propuestas				
Han mejorado la gestión emocional a través de las distintas actividades				
Han mejorado las habilidades sociales				
Hubo una mejora de las relaciones interpersonales				
Ha aumentado su capacidad de concentración				
Ha habido un nivel de satisfacción/disfrute en las actividades				

Mejoras en las siguientes sesiones:

ANEXO 4

Instrucciones: Marca la opción que mejor refleje tu opinión o responde de forma escrita.

Este cuestionario es anónimo y tu participación es voluntaria. Tus respuestas nos ayudarán a mejorar.

1. **¿Cómo calificarías tu experiencia general en “Escenarios de cambio”?**

- Muy satisfactoria
- Satisfactoria
- Regular
- Poco satisfactoria
- Nada satisfactoria

2. **¿Te sentiste cómodo/a y respetado/a durante las actividades?**

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

3. **¿Qué bloque te resultó más útil o significativo?**

- Expresión corporal y emocional
- Habilidades sociales
- Autoconcepto, autoestima e identidad positiva
- No sabría decir

4. **¿Qué actividad te gustó más? ¿Por qué?**

5. **¿Las actividades te han ayudado a expresarte mejor?**

- Mucho
- Algo

- Poco
- Nada

6. **¿Has sentido una mejora en tu forma de relacionarte?**

- Sí
- En parte
- No

7. **¿Te ayudó este programa a conocerte mejor y reforzar tu autoestima?**

- Mucho
- Algo
- Poco
- Nada

8. **¿Cómo valoras la actitud y la participación del equipo técnico (educadores/as, psicólogos/as...)?**

- Muy positiva
- Positiva
- Neutra
- Negativa

9. **¿Te sentiste escuchado/a y a gusto durante el proceso?**

- Sí
- A veces
- No

10. ¿Recomendarías este programa a otras personas en proceso terapéutico?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

11. ¿Qué te llevas de esta experiencia?

12. ¿Te gustaría seguir participando en actividades similares en el futuro?

- Sí
- No
- Tal vez