



## **TRABAJO FIN DE GRADO.**

# **“EL IMPACTO DE LAS ADICCIONES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL EN CASTILLA Y LEÓN”.**

Autor:

Dña. Jimena Rodríguez Pérez

Tutor:

D. Francisco Javier Sánchez Galán

Grado en Trabajo Social

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID  
CURSO 2024-25

FECHA DE ENTREGA: 19 DE JUNIO DE 2025

## **ÍNDICE.**

<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
1.1 Justificación.....	7
1.2 Objeto.....	8
1.3 Objetivos.....	8
1.4 Hipótesis.....	9
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
2.1 Adicciones, aproximación terminológica.....	10
2.1.1 Tipos de adicciones.....	10
2.1.2 Sustancias psicoactivas y tipos.....	11
2.2 Salud mental.....	13
2.2.1 Factores que influyen en la salud mental.....	14
2.2.2 Estigma en salud mental.....	15
2.3 Relación entre adicciones y salud mental.....	16
2.3.1 La patología dual.....	17
2.3.2 El suicidio como consecuencia dual.....	19
2.4 El papel del Trabajo Social en las adicciones. Prevención, intervención y rehabilitación de este colectivo.....	20
2.5 Recursos y servicios sociales disponibles en Castilla y León para las personas con drogadicción y problemas de salud mental.....	25
2.6 Teorías aplicables a la intervención en adicciones.....	27
2.6.1 El modelo biopsicosocial en la atención a las adicciones.....	27
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>30</b>
3.1 Diseño metodológico.....	30
3.2 Técnicas e instrumentos.....	30
3.3 Población y muestra.....	31
3.4 Procedimientos.....	31
3.5 Aspectos éticos.....	32
<b>4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>33</b>
4.1 Resultados de las encuestas a usuarios.....	33

4.1.1	Datos sociodemográficos.....	33
4.1.2	Relacionado con el consumo de sustancias .....	35
4.1.3	Impacto en la salud mental .....	38
4.1.4	Relacionado con los Servicios Sociales.....	41
4.1.5	Relacionado con la familia’ .....	43
4.2	Resultados de las entrevistas a profesionales .....	45
4.2.1	Experiencia profesional en el ámbito de las adicciones .....	45
4.2.2	Frecuencia de la observación de trastornos mentales en personas consumidoras .....	45
4.2.3	Trastornos más frecuentes en personas con adicciones .....	46
4.2.4	Sustancias consumidas con mayor frecuencia entre los usuarios .....	46
4.2.5	Dificultades encontradas en la intervención social cuando hay un problema de salud mental asociado .....	47
	La intervención social cuando existen problemas de salud mental es un factor clave para poder realizar un seguimiento del usuario y lograr el objetivo principal, la reinserción.....	47
4.2.6	Estrategias para llevar a cabo una intervención social óptima .....	48
4.2.7	Efectividad de los recursos actuales para atender la problemática .....	48
4.2.8	Mejoras en el sistema de atención social .....	49
4.2.9	Respecto a las necesidades de las personas con adicciones y problemas de salud mental .....	49
4.2.10	Rol que el trabajo social debería reforzar en este ámbito .....	50
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>51</b>
<b>6.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....</b>	<b>55</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS**

Figura 1. Prevalencia riesgo de suicidio .....	19
Figura 2. Prevalencia riesgo de suicidio ante patologías.....	20
Figura 3. Edad de los/las usuarios/as .....	33
Figura 4. Sexo de los/as usuarios/as .....	34
Figura 5. Nivel académico alcanzado .....	34
Figura 6. Situación laboral actual .....	35
Figura 7. Sustancias consumidas .....	35
Figura 8. Edad inicial respecto al consumo de sustancias .....	36
Figura 9. Tratamiento o seguimiento del consumo personal de sustancias.....	37
Figura 10. Diagnostico por salud mental.....	38
Figura 11. Influencia del consumo de sustancias en salud mental .....	38
Figura 12. Diagnostico por salud mental antes del consumo .....	39
Figura 13. Adicción como consecuencia de la salud mental .....	40
Figura 14. Salud mental como consecuencia de la adicción .....	40
Figura 15. Atención de algún/a Trabajador/a Social en proceso .....	41
Figura 16. Efectividad de la intervención social en la recuperación .....	41
Figura 17. Aspectos que requieren más apoyo .....	42
Figura 18. Apoyo emocional respecto a familiares .....	43
Figura 19. Influencia del apoyo familiar en el proceso de cada usuario .....	43
Figura 20. Impacto del consumo de sustancias en la relación familiar .....	44
Tabla 1. Sustancias psicoactivas, enfermedades mentales asociadas y tratamiento.....	11
Tabla 2. Perfil de los/as profesionales .....	31

## **RESUMEN.**

Este trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social investiga y analiza la relación de las sustancias psicoactivas con la salud mental y los trastornos mentales que ocasiona, teniendo en cuenta las funciones del Trabajo Social y los recursos y servicios ofrecidos en Castilla y León. El objetivo de este trabajo es analizar tanto los fundamentos teóricos como las situaciones y experiencias reales de usuarios/as y profesionales de este colectivo vulnerable mediante el diseño de un estudio cualitativo y cuantitativo.

Se trata de un estudio exploratorio para valorar mínimamente esta situación a través de encuestas a usuarios/as de ACLAD, Proyecto Hombre y Aldama, asociaciones que atienden a personas drogodependientes y entrevistas a profesionales de Trabajo Social de ACLAD, siendo el preludio a investigaciones exhaustivas.

A través de los resultados obtenidos, se comprueba el impacto que generan las adicciones en la salud mental, la importancia que desempeña el papel del Trabajo Social en este colectivo y el sistema de atención a personas drogodependientes, teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades de este sistema y sabiendo que aún queda trayectoria para alcanzar una óptima atención social integral.

**Palabras clave:** Adicción, sustancias psicoactivas, salud mental, Trabajo Social, intervención social y sistema de atención.

## **ABSTRACT.**

This Final Degree Project in Social Work investigates and analyzes the relationship of psychoactive substances with mental health and the mental disorders it causes, taking into account the functions of Social Work and the resources and services offered in Castilla y León. The aim of this work is to analyse both the theoretical foundations and the real situations and experiences of users and professionals of this vulnerable group through the design of a qualitative and quantitative study.

This is an exploratory study to minimally assess this situation through surveys of users of ACLAD, Proyecto Hombre and Aldama, associations that care for drug addicts and interviews with ACLAD Social Work professionals, being the prelude to exhaustive investigations.

Through the results obtained, the impact generated by addictions on mental health, the importance of the role of Social Work in this group and the system of care for drug addicts are verified, taking into account the strengths and weaknesses of this system and knowing that there is still a long way to go to achieve optimal comprehensive social care.

**Keywords:** Addiction, psychoactive substances, mental health, Social Work, social intervention and care system.

## **1. INTRODUCCIÓN.**

### **1.1 Justificación.**

El consumo de sustancias psicoactivas y su impacto en la salud mental representa un problema significativo en la sociedad actual. Este factor no solo afecta a nivel individual, sino también a nivel social, familiar y comunitario, provocando situaciones de vulnerabilidad y deterioro de la calidad de vida. El papel del Trabajo Social en esta causa tiene gran importancia y es fundamental en la atención a personas con adicciones, haciéndose cargo del estudio de factores personales, ambientales y sociales, y a su vez, identificando factores de riesgo y redes de apoyo. Su objetivo es proporcionar bienestar a los usuarios y mejorar su calidad de vida (Gallego Llamas, 2019).

Hasta el 70% de las personas con adicciones sufren, además, una patología psiquiátrica grave, son personas en situaciones sociales complejas y familiares al límite que se sienten desahuciados por el sistema y exigen una cobertura más adecuada. El número de casos de trastorno dual está en aumento y la atención específica es insuficiente (“Adicción y enfermedad mental”, 2025, pp. 6-7).

La elección de este tema hace referencia a la realización de un análisis más profundo sobre el impacto que las sustancias psicoactivas tienen en la salud mental de los individuos, conociendo así cuales son sus consecuencias y los trastornos mentales que esto deriva, comprendiendo también su proceso de reinserción junto con las debilidades y fortalezas de su desarrollo. La relación entre el consumo de sustancias y trastornos mentales asociados requiere una intervención integral óptima desde el punto de vista del Trabajo Social para desarrollar estrategias de intervención, que, en base a esta fundamentación teórica, podremos comprender.

Según Mayor (1995), la intervención en adicciones es la acción que lleva a cabo tanto el usuario drogodependiente como los profesionales, el estado y la institución.

Este estudio de investigación se centra en la comunidad autónoma de Castilla y León, en la cual, los servicios sociales y los recursos especializados para personas con adicciones tienen un papel clave en cuanto a la intervención y atención de este colectivo vulnerable. No obstante, es necesario examinar como estos servicios y recursos abordan la problemática y si es eficaz para los beneficiarios que dispongan de ellos. Además de conocer si existe o se puede mejorar la coordinación entre la profesión de Trabajo

Social, salud mental y adicciones, permitiéndonos conocer las fortalezas y debilidades, con el objetivo de progresar hacia soluciones más eficaces.

Según Esvidas (2024), el Plan de Adicciones de Castilla y León pretende eliminar o disminuir el impacto de las adicciones en la sociedad, centrándose tanto en las personas con adicciones como en sus familiares.

Es fundamental resaltar que el Trabajo Social no solo hace hincapié en la atención centrada en las personas afectadas, sino también en la concienciación y prevención, atendiendo a los orígenes de la causa y favoreciendo entornos saludables y dignos.

Además, otra de las causas por las que he elegido este tema de investigación es la experiencia cercana que he experimentado con personas de mi entorno, lo que hace que quiera analizar con profundidad y veracidad el tema de estudio y conocer experiencias reales, además de comprender la sustentación teórica investigada.

## **1.2 Objeto.**

El impacto de la drogadicción en la salud mental desde la perspectiva del Trabajo Social en la comunidad autónoma de Castilla y León.

## **1.3 Objetivos.**

Objetivos generales:

Identificar las debilidades y fortalezas del sistema de atención e intervención social a personas con adicciones a sustancias psicoactivas en Castilla y León.

Analizar la relación entre las adicciones en personas drogodependientes y la salud mental.

Objetivos específicos:

- Revisar bibliografía, investigaciones y bases de datos donde evaluar la relación entre adicciones y salud mental.
- Analizar el papel del Trabajo Social en la prevención, intervención y rehabilitación de este colectivo y los trastornos mentales asociados.
- Explorar los recursos y servicios sociales disponibles en Castilla y León para las personas con drogadicción y problemas de salud mental.



- Identificar el impacto de la drogadicción en el entorno familiar y conocer el apoyo que el Trabajo Social brinda a los familiares.
- Diseñar encuestas para llevar a cabo entrevistas a trabajadores sociales y personas drogodependientes con el fin de conocer su experiencia, identificar necesidades y mejorar la intervención social.

#### **1.4 Hipótesis.**

Hipótesis 1: El consumo de sustancias psicoactivas aumentan los problemas de salud mental.

Hipótesis 2: El sistema de atención a personas drogodependientes actual no es eficaz.

## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 Adicciones, aproximación terminológica.**

Según Trujillo Segrera (2019) la problemática de las adicciones es un ámbito muy complejo puesto que hace partícipe al individuo, familia y comunidad, con diferentes e importantes influencias sociales, económicas, políticas, jurídicas y tecnológicas. Además, desde el individuo se aborda el área psicológica y física.

Desde una perspectiva psicológica, la adicción se explica como una forma inadecuada de hacer frente al dolor emocional, traumas del pasado o al estrés. Para poder entender este comportamiento, se incluyen o utilizan enfoques como el conductual, cognitivo y psicoanalítico (Cuerno Clavel, 2013). Desde un enfoque biomédico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adicción como “un trastorno de salud mental y un trastorno del comportamiento caracterizado por la necesidad compulsiva de consumir una sustancia”. Además, la OMS destaca que las adicciones pueden tener un impacto grave en la salud mental y física de las personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

La adicción es un proceso crónico caracterizado por la búsqueda y consumo compulsivo, la emergencia de reducción de un estado emocional disfórico o negativo y la tolerancia a la sustancia (Koob & Le Moal, 2009). A su vez, desde un enfoque social o psicosocial, la adicción y la persona que consume son el factor dinámico y complejo, es decir, que están en constante cambio y evolución, por ello es difícil de tratar o entender. Este enfoque o modelo tiende a referirse al porqué del consumo de drogas por parte del individuo y como puede llegar a convertirse en forma de comportamiento o hábito (Asociación Proyecto Hombre, 2015). Algunos factores que contribuyen al desarrollo de las adicciones son tener familiares con adicciones o predisposición genética de ellos, factores ambientales como la presión social, ausencia de apoyo social, inconvenientes para enfrentar problemas, entorno familiar inestable, etc. (Proyecto3 Psicólogos, 2023).

#### **2.1.1 Tipos de adicciones.**

El primer grupo en el que se pueden clasificar las adicciones son aquellas que dependen de sustancias químicas, conocidas como drogodependencias, como la cocaína,

el cannabis, el alcohol, la heroína, etc. (Adictalia, s.f.). La adicción a sustancias es un trastorno en el que se desarrolla un patrón patológico de conductas, acompañado de motivaciones y pensamientos que se centran en mantener ese consumo de sustancias. Estas sustancias activan el sistema de recompensa del cerebro, produciendo una sensación de placer y seguidamente comienza el periodo de tranquilidad, seguido por otro de ansiedad o síndrome de abstinencia, hasta que se consume de nuevo. Este ciclo se consume repetidamente y cada vez con más frecuencia e intensidad (Orbium Adicciones, 2025, párr. “¿Qué son las adicciones con sustancias?”).

Por otra parte, se encuentran aquellas donde el objeto del consumo se orienta a actitudes, comportamientos, relaciones con personas u objetos, conocidas como adicciones comportamentales o conductuales, como el juego (Adictalia, s.f.).

Estos comportamientos adictivos tienen importantes y peligrosos efectos en el equilibrio emocional y en la escala de prioridades vitales de la persona adicta, para quien esta adicción pasa a convertirse en una prioridad vital (Centre Medic BM, 2014)

### **2.1.2 Sustancias psicoactivas y tipos.**

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, las sustancias psicoactivas son compuestos que, introducidas en el organismo, por cualquier vía de administración, producen una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y pueden generar dependencia, ya sea física, psicológica o ambas. Además, pueden alterar el estado emocional, la percepción o los procesos mentales de quien las consume. Las sustancias psicoactivas según sus efectos en el sistema nervioso central pueden ser estimulantes, depresoras o alucinógenas, según su origen serán naturales o sintéticas y según su la normatividad, legales o ilegales (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, s.f.).

**Tabla 1. Sustancias psicoactivas, enfermedades mentales asociadas y tratamiento**

<b>Clasificación</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Enfermedades mentales asociadas</b>	<b>Tipos de tratamiento</b>
Legales	Alcohol	Trastorno depresivo, de personalidad, ansiedad y	Medicamentos Terapias conductuales

		trastornos afectivos.	(terapia cognitivo-conductual, de mejora motivacional) Grupos de apoyo (Alcohólicos Anónimos) Centros de rehabilitación residencial
	Nicotina	Trastorno de ansiedad y pánico, depresión y TDAH.	Combinar asesoramiento y apoyo en el cambio de conducta con la terapia seguida de medicamentos
	Fármacos/ Medicamentos	Trastornos del sueño, de ansiedad, depresión y dependencia psicológica.	Terapias de apoyo con la administración intravenosa de sueros requerido de tratamiento hospitalario. En el caso de síntomas leves, apoyo social y psicológico.
Ilegales	Cannabis	Ansiedad, depresión y trastornos psicóticos.	Asesoramiento psicoterapéutico, terapias de modificación de conducta y programas de desintoxicación.
	Cocaína	Trastorno de bipolaridad, ansiedad, paranoia, psicosis y depresión.	Administración de fármacos como la metadona y la buprenorfina, a su vez, terapias comunitarias.
	MDMA (Éxtasis)	Trastornos del estado de ánimo y sueño, alteraciones cognitivas,	Fármacos que reduzcan la presión arterial Tratamiento para la

		ansiedad y depresión.	depresión y tendencias suicidas en el periodo de abstinencia Terapia cognitivo-conductual para evitar recaídas. Terapia de grupo
	Anfetaminas	Depresión, bipolaridad, ansiedad, trastorno del estado de ánimo.	Terapia cognitivo-conductual Terapia de grupo Fármacos controlados con hospitalización
	Heroína	Ansiedad, depresión, dependencia y tolerancia, bipolaridad.	Se utilizan opioides para la sustitución de la sustancia. Estos son la metadona y buprenorfina. Además de terapia grupal e individualizada

Fuente: elaboración propia a partir de (Manual MSD, s.f.), (MedlinePlus, s.f.).

## 2.2 Salud mental

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes (OMS, 2022).

### **2.2.1 Factores que influyen en la salud mental**

Son numerosos los estudios que pretenden hallar respuestas sobre cuáles son los factores que influyen en la salud mental de las personas. Los resultados no pueden asegurar porcentajes concretos, pero sí se puede afirmar que existe una serie de factores que afectan en la salud mental (Ohana Psicología, s. f., párr. ¿Qué factores influyen en nuestra Salud Mental?). Según el blog de LB Psicología, la salud mental está determinada por varios factores complejos que incluyen tanto elementos personales, internos, como influencias del entorno, externos. Los más relevantes son los factores biológicos, ambientales, socio-culturales y de estilo de vida (Berdún Udina, L.2024, abril 2).

En cuanto a los factores biológicos, es decir, los internos, tienen gran importancia en la salud mental. Estos incluyen aspectos como la genética y la química del cerebro, que pueden influir en el riesgo de desarrollar distintos trastornos mentales. La predisposición genética puede aumentar la probabilidad de desarrollar afecciones como la depresión, trastorno bipolar o la esquizofrenia, ciertos trastornos pueden ser más comunes en familias, lo que sugiere un componente hereditario.

En cuanto a la química del cerebro, neurotransmisores como la dopamina, regulan el estado de ánimo y las emociones. Desequilibrios en estas sustancias químicas pueden desarrollar trastornos mentales. Por ejemplo, un exceso de dopamina se puede asociar con trastornos psicóticos (Instituto Salamanca, s. f., sección “Genética”). No todo se reduce a los factores biológicos, los factores externos, como los ambientales, influyen de manera directa por el entorno en el que una persona vive y/o trabaja. El estrés crónico, la ausencia de apoyos sociales, la pobreza, etc., pueden desencadenar problemas de salud mental como síntomas de ansiedad y depresión. Por otro lado, los factores de estilo de vida como los hábitos, el sueño, el consumo de sustancias, el ejercicio, etc., tienen gran importancia en el impacto a la salud mental. Un estilo de vida saludable contribuye a la mejora de esta, mientras que el abuso de sustancias tiene un impacto negativo en la salud mental (Berdún Udina, L.2024, abril 2). Por último, los factores socio-culturales juegan un papel importante en nuestra salud mental. Los valores, expectativas y las normas sociales pueden afectar nuestra percepción de nosotros mismos y de los demás. Por ejemplo, en cuanto a los estándares de belleza física, es común que las personas experimenten baja autoestima si no cumplen esos

estándares y las expectativas sociales, pudiendo generar estrés y ansiedad (Psiquiatras Vigo, 2023, sección “Factores Biológicos”).

### **2.2.2 Estigma en salud mental**

Muchas sociedades han identificado a las personas con algún problema de salud mental como parte de un grupo minoritario y conduce a la exclusión y discriminación social, creando una carga para la persona afectada. Uno de los estigmas más relevantes lo constituye el estigma asociado a los trastornos mentales y/o por el uso de sustancias psicoactivas (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Según González Ayuso (2024), el estigma hacia personas con problemas de salud mental se presenta en distintos niveles. El estigma público o social hace referencia a las reacciones sociales y psicológicas, desarrolladas por los estereotipos, prejuicios y discriminación por parte de la sociedad. Pueden llevar a evitar tener contacto con las personas que padecen problemas de salud mental, además de afectar negativamente a la búsqueda de empleo, participación en actividades sociales y en la interacción o relación con familiares y amigos. También, el estigma, puede resultar un impedimento a la hora de buscar ayuda en los servicios de salud mental, ya que la persona muestra miedo y rechazo por parte de la sociedad, afectando negativamente en el proceso de recuperación de la persona usuaria. El estigma estructural hace referencia a las políticas que limitan las oportunidades de las personas con problemas de salud mental, como por ejemplo la pérdida de oportunidades sociales o el acceso limitado al trabajo. Este estigma aparece cuando son las políticas institucionales las que discriminan a este colectivo y se puede manifestar tanto en la normativa y protocolos como en la cultura de los servicios (SOM Salud Mental 360, s.f., sección “Tipos de estigma”). Por último, el autoestigma, se produce a nivel intrapersonal y hace referencia al proceso que vive la persona estigmatizada. Las personas aceptan las creencias y prejuicios hacia ellas, como parte de su persona (González Ayuso, 2024). Según el tipo de enfermedad mental, el estigma se manifiesta de una forma u otra. En el caso de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia o la bipolaridad o en determinados trastornos de personalidad, el estigma se manifiesta en comportamientos de miedo y rechazo por parte de la sociedad (Confederación Salud Mental España, 2019). No se define igual a una persona con problemas de salud mental que a una mujer con problemas de salud mental. El estigma se retroalimenta en el caso de las mujeres. Estas siempre han recibido etiquetas como

“incapaces” por el mero hecho de ser mujer y estar asociadas con problemas de salud mental. El 70% de las mujeres con problemas de salud mental, no tienen trabajos remunerados (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2019). Se habla de una doble discriminación dada por un estigma asociado al problema de salud mental de la mujer y a otro rol que históricamente han soportado las mujeres. Con frecuencia, las mujeres afectadas por trastornos mentales son cuidadoras, guardando relación con el hecho de que las mujeres presenten indicios más elevados de depresión, ansiedad, etc. debido a factores de riesgo psicosociales relacionados con la sobrecarga de cuidados o brecha salarial, llevando a cabo la discriminación de las mujeres (Luis Hernández, 2022, p. 34). El porcentaje de mujeres atendidas en las Unidades de Salud Mental (USM) es superior al de los hombres, pero haciendo referencia a los recursos especializados para personas con problemas de salud mental, las mujeres representan un porcentaje mucho más bajo que los hombres ocupando plazas en estos recursos. Este hecho refiere desigualdad, dada por el rol femenino vinculado al trabajo doméstico y el papel de las familias que las impulsan a quedarse en casa (Confederación Salud Mental España, 2019, p.10).

### **2.3 Relación entre adicciones y salud mental**

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno que ha cobrado relevancia en las últimas décadas, debido al impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, así como al costo económico y social que ocasiona a la población. De acuerdo con lo reportado por la literatura científica, los jóvenes y los adultos jóvenes son los más afectados por el uso de drogas, pues se ha identificado que las generaciones actuales se encuentran más expuestas a ellas. La comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales presenta una importante prevalencia. En ellos se ha encontrado que los trastornos que presentan una mayor comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias son los del estado de ánimo, los de ansiedad, los psicóticos y los de la personalidad antisocial (Marín-Navarrete et al. 2013). Según Forum Valencia (2023), en el contexto de adicciones y salud mental, es común que personas con trastornos psiquiátricos como pueden ser la ansiedad y depresión, recurran al uso de sustancias psicoactivas como forma de automedicación. Esta conducta, aunque pueda proporcionar a corto plazo alivio, a menudo conduce a un ciclo de dependencia y deterioro de salud mental



En cuanto al inicio del consumo, la etapa de la adolescencia se caracteriza con mayor frecuencia por un periodo de integración en el grupo de pares. Es una fase de curiosidad, de toma de riesgos y de desafío. En este periodo muchas personas se inician en el uso de sustancias psicoactivas. Los adolescentes se encuentran en un estado de transición que lo hace más vulnerable a los efectos neurotóxicos de las sustancias y aparición de trastornos mentales (Dianova International, s.f.).

Según García y Pérez (2023), investigaciones enfocadas en adolescentes han demostrado que el consumo de drogas puede afectar negativamente el desarrollo mental y emocional, aumentando el riesgo de trastornos como la ansiedad y la depresión. Estos hallazgos subrayan la importancia de intervenciones tempranas y programas de prevención dirigidos a jóvenes.

Un estudio llevado a cabo por profesionales relacionados con adicciones y patología dual del Hospital Universitario Vall d’ Hebron y del Vall d’ Hebron Institut de Recerca (VHIR) analiza y afirma que 7 de cada 10 (67%) de los pacientes atendidos y tratados en centro de salud españoles por adicción a la heroína, sufren un trastorno asociado como mínimo. Este análisis estudia los datos de 621 pacientes que se encuentran en tratamiento por dicha adicción, correspondiente a 74 instituciones. El 67% de los casos que han sido estudiados son casos de patología dual, ya que presentan mas de un trastorno psiquiátrico simultáneamente. En este análisis, el trastorno más frecuente es la ansiedad, correspondiendo a un 53% de los pacientes, a continuación, se presenta el trastorno por alteraciones en el estado de ánimo, propio del 48%, alteraciones en el sueño 41% de estos, alteraciones relacionadas con el consumo de sustancias 36% y por último alteraciones de la personalidad representa el 27% de los usuarios (Agencia SINC, 2016)

### **2.3.1 La patología dual.**

Conforme la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2020), la red asociativa Salud Mental en España se centra en la intervención con personas que presenten problemas de salud mental, pero cada vez se realiza una intervención integral con aquellas personas que también tienen adicciones, por la relación bidireccional de ambas situaciones.

La patología dual es una situación de gran trascendencia. Las personas en esta situación se encuentran en medio de dos redes de atención: adicciones y salud mental. La atención a las personas con patología dual es un desafío para los profesionales de los servicios y dispositivos de atención en salud mental. Cuando hablamos de patología dual nos referimos a la existencia simultánea de un trastorno mental y de un trastorno adictivo, esta patología puede ser difícil de diagnosticar ya que los síntomas de un trastorno pueden enmascarar los del otro. De vez en cuando los síntomas psiquiátricos pueden ser malinterpretados como efectos del abuso de sustancias, esto puede llevar a un aumento del riesgo de desarrollar enfermedades graves. Por ejemplo, es frecuente que personas con depresión recurran al alcohol para aliviar sus síntomas, lo que puede aumentar su estado depresivo y desarrollar un deterioro de la salud mental (Prieto Rodríguez, 2024).

En cuanto a los trastornos mentales más comunes asociados a la patología dual, se incluyen el trastorno de ansiedad, creando un círculo vicioso entre las sustancias y los síntomas de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, como la depresión mayor y el trastorno bipolar, que suelen darse con el consumo de alcohol y drogas estimulantes. Además, están presentes los trastornos psicóticos, por ejemplo, las personas que padecen esquizofrenia tienen una alta prevalencia de consumir sustancias psicoactivas. También, por el contrario, el consumo de cannabis conlleva y desarrolla síntomas esquizofrénicos. A su vez, las personas que padecen trastornos de la personalidad gestionan el estrés bebiendo o consumiendo. Por último, y de la misma manera, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), es gestionado por la persona juntando sustancias psicoactivas para amortiguar su malestar, complicando los síntomas de este (Prieto Rodríguez, 2024).

En la actualidad, para poder llevar a cabo la intervención en patología dual, se abordan tres modelos distintos, según la forma en que actúan los sistemas de atención. En primer lugar, el modelo secuencial, interviene en un recurso (salud mental o adicción) y posteriormente en el otro. Es el modelo más usado. A continuación, el modelo paralelo hace referencia a una intervención simultánea en el tiempo, en la cual se asiste a dos recursos para poder trabajar de manera separada las adicciones y la salud mental. Por último, el modelo integrado, en el cual se realiza una intervención unificada, un solo equipo combina los elementos terapéuticos de ambas, teniendo en

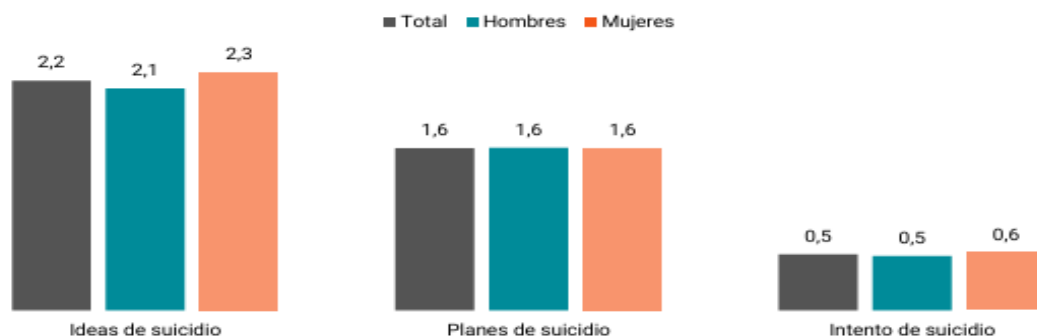
cuenta las necesidades de la persona, seguidamente, se plantea una atención integral prolongada en el tiempo. Este último es el modelo mas adecuado y conveniente ya que está condicionado a las posibilidades que pueda tener cada recurso, trabajando de forma conjunta y por un mismo equipo (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2020).

### **2.3.2 El suicidio como consecuencia dual**

El suicidio constituye uno de los mayores problemas y desafíos para las sociedades desarrolladas. En el caso de las personas con adicciones, ante la presencia o aparición de trastornos mentales, los pensamientos y tentativas suicidas son más frecuentes. En muchos casos, el suicidio se produce incluso tras un consumo desaforado de la sustancia que les genera dependencia (Pereiro & Pereiro, 2025).

En 2022 se incorporó en el cuestionario sobre alcohol, drogas y otras drogas en España (EDADES), una serie de preguntas con el objetivo de conocer el nivel de riesgo de suicidio en relación con las adicciones y salud mental, entre la población de 15 a 64 años. Se observa que el 2,2% de la población reconoce haber tenido ideas de suicidio, el 1,6% ha tenido planes de suicidio y el 0,5% ha llegado a intentarlo. En función del sexo, se observa que entre las mujeres existe mayor predisposición al suicidio (Plan Nacional sobre Drogas, 2024, p.2).

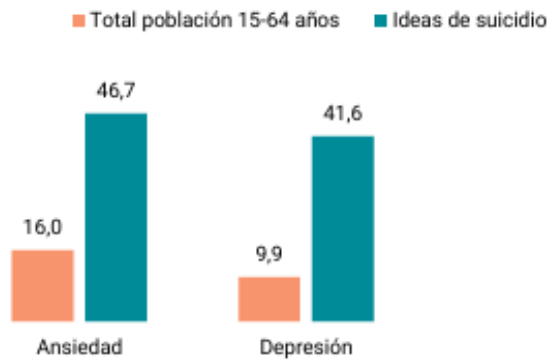
**Figura 1. Prevalencia riesgo de suicidio**



Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Se aprecia como existe correlación y riesgo entre el suicidio, las adicciones y los trastornos mentales, en este caso, se muestran los trastornos mentales por ansiedad y depresión. (Plan Nacional sobre Drogas, 2024, p.2).

**Figura 2. Prevalencia riesgo de suicidio ante patologías.**



Fuente: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

## **2.4 El papel del Trabajo Social en las adicciones. Prevención, intervención y rehabilitación de este colectivo**

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento de las personas (International Federation of Social Workers, 2014). Esta profesión tiene como objetivos, mejorar la calidad y bienestar de los usuarios. Actualmente, cada vez es mayor la presencia de los trabajadores sociales en todos los ámbitos sociales, dentro de marcos institucionales tanto públicos como privados. En este sentido, en las adicciones juega un papel protagónico (Pico, 2017).

Las adicciones se caracterizan como un problema multicausal y al abordarlas se requiere de intervenciones profesionales flexibles y amplias. Por lo tanto, identificamos una serie de factores causales, tales como psicológicos, familiares, sociales, culturales y económico-políticos. Si bien cada uno de ellos no actúa como causa única, la interacción de estos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo (Bravo & Díaz, 2013, p.3).

Además, es necesario realizar una diferenciación entre los conceptos uso, abuso y dependencia de sustancias. Uso: contacto inicial con la sustancia, no presenta un riesgo para la persona ni para su entorno. Esto se valora a partir de la frecuencia y cantidad del consumo, y de la situación psíquica, física y social del sujeto. Sin embargo, esta valoración debe realizarse con cuidado, pues alguien puede beber alcohol con poca frecuencia, pero en gran cantidad cada vez que lo hace o, por el contrario, beber poco pero cada día. Abuso: tanto la persona que consume sustancias o hábitos, como el entorno de ésta, sufren consecuencias negativas (Adictalia, s.f.). El abuso aumenta la frecuencia e intensidad del consumo de la sustancia. Se empieza a desarrollar la tolerancia, se establece una “manera” de utilizar la sustancia, horarios definidos, secuencia a lo largo de la semana, es decir, un patrón de consumo. Empiezan a presentarse problemas en algunas áreas de la vida de la persona y a darse consumos en situaciones en las que hacerlo puede ser peligroso (Centro Bonanova s.f.).

Médicamente, se considera que el abuso indebido de sustancias se debe a tres causas: biológicas, psicológicas y medio ambientales. En el primer caso, existe una predisposición genética, es decir, hay genes marcados que hacen que la persona tenga un potencial mayor de tolerancia hacia las sustancias; estos individuos son en un 70% hijos o hijas de padres consumidores y abusadores de alguna droga. En el caso del abuso por cuestiones psicológicas, se remite a los estados anímicos de la persona. Por lo general, es la necesidad de encontrar una manera de escapar a las cuestiones de la vida que le angustian. Un factor importante en la vida de un ser humano son sus relaciones familiares, la familia es el primer socializador y formador de la personalidad del individuo. Para que una persona crezca psicológicamente sana, debe vivir en una familia funcional. En cuanto a las causas medio ambientales, se consideran el grupo de amigos cercanos, la accesibilidad de obtención de la sustancia, el poder adquisitivo de la persona, los medios de comunicación, los prejuicios sociales, etc. (Cuerno, 2013).

Dependencia: el consumo pasa a ser regular y la tolerancia aumenta, fallan los recursos psicológicos para enfrentar las crisis. La sustancia es consumida en cantidades mayores o en periodos más largos de tiempo. Se dedica cada vez más tiempo a actividades relacionadas con la obtención y el consumo de la sustancia y se reducen las actividades sociales, laborales y familiares. Se consume a pesar de ser consciente de los problemas que le produce el consumo de la sustancia (Centro Bonanova s.f.).

El/la trabajador/a social, suele ser la puerta de entrada al acudir a un servicio, centrándonos en las funciones del trabajador social, podemos hablar de las siguientes:

funciones en el área familiar, funciones en el área educativa, funciones en el área laboral... (Molina Lorite, 2014, p.2).

Los objetivos específicos del trabajador/a social en conductas adictivas hacen referencia a la atención de necesidades sociales que influyan a lo largo del proceso de desintoxicación, rehabilitación y reinserción, potenciando su autonomía personal y facilitando una evolución óptima. Además, motivar cambios en el estilo de vida del usuario hacia conductas más saludables para prevenir recaídas en factores de riesgo. Acompañar en todo el proceso, tanto en la incorporación al mundo laboral como al familiar y comunitario, permitiendo que su proceso de integración continúe y, por otro lado, facilitar la coordinación con otros órganos competentes (Sánchez Robres, 2019, párr.3).

Las causas y factores de riesgo que llevan al consumo de sustancias psicoactivas tienen una gran importancia, por ello es necesario prevenir de manera efectiva e intentar aplicar desde los medios y recursos que se disponen, una prevención capaz de evitar los daños que se puedan ocasionar. Para ello es importante explicar la definición de prevención y los tipos de prevención que existen. La prevención de drogodependencias se conoce como la intervención realizada antes de que aparezca un consumo problemático de sustancias psicoactivas, cambiando todos los factores de riesgo que estén presentes tanto individuales como sociales o ambientales, favoreciendo el desarrollo de los factores de protección (Becoña Iglesias, 2023, p. 15).

Según la Asociación Proyecto Hombre, la prevención de drogodependencias se clasificaba en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria, pero en los últimos años se pasa a diferenciarse en: universal, selectiva e indicada.

- Universal: se refiere a los programas o actuaciones orientadas a la población general, independientemente de su nivel de riesgo.
- Selectiva: son programas dirigidos a grupos con mayor exposición de riesgo y que pueden estar relacionados con situaciones de exclusión social, problemas de adaptación escolar o entornos familiares problemáticos.
- Indicada: se diferencia del resto de actuaciones en que están centradas en las dificultades concretas de cada individuo y de su entorno particular y la intervención parte de una evaluación individual y el posterior desarrollo de un plan de intervención adaptado a cada caso (Asociación Proyecto Hombre, s.f.).

No basta con suprimir o reducir el consumo de drogas, se necesita lograr que la conducta abstinente se mantenga en el tiempo. Se tiene que evitar las recaídas y hay que hacer frente a los efectos colaterales (Rodríguez Romero, 2020).

La última fase es la rehabilitación, la cual se inicia cuando la conducta abstinente está implantada y ha tenido éxito. El objetivo de esta fase es la reincorporación de la persona drogodependiente a sus contextos naturales, familiares, laborales, comunitarios y sociales. En muchos casos no será posible llevar a cabo una recuperación o superación del problema sin que se produzca algún cambio en los estilos de vida de las personas (Rodríguez Romero, 2020).

Losada et. al (1995) reflejan las funciones que realizan los/las trabajadores/as sociales en las distintas áreas de intervención:

- Funciones en el área de consumo de drogas:
  1. Conocer como ha evolucionado el consumo a lo largo de la historia (contexto socioambiental y familiar).
  2. Conocer la situación actual de la persona y de su familia ante el tratamiento.
  3. Conocer las variables sociales externas que pueden repercutir en el proceso del tratamiento. (la problemática social relacionada con el consumo, las pérdidas económicas, laborales o de vivienda, las detenciones, etc.)
  4. Realizar las actividades adecuadas tanto en la valoración y gestión del caso, como en los recursos y servicios necesarios.
- Funciones en el área familiar: fundamental durante la intervención, su implicación y colaboración activa. Las familias atendidas por drogodependencias muestran una serie de características comunes, como pueden ser déficits para buscar soluciones falta de establecimiento de límites, confusión en la autoridad, sentimiento de culpa, etc.
  1. Elaborar la historia socio-familiar para conocer su estructura y características.
  2. Analizar de qué forma los familiares han detectado el consumo de sustancias.
  3. Considerar las alteraciones que se producen en las relaciones familiares como discusiones o enfrentamientos, prestando atención a los sentimientos de rechazo.

4. Detectar obstáculos de la familia que impiden el desarrollo del usuario.
  5. Evaluar la situación familiar y los problemas que existen en sus relaciones.
  6. Facilitar la recuperación de los hábitos saludables de la familia, así como la mejora de la comunicación y el fomento del interés por compartir tiempo de ocio entre el individuo y la familia.
  7. Facilitar la recuperación de los hábitos saludables de la familia, así como la mejora de la comunicación y el fomento del interés por compartir tiempo de ocio entre el individuo y la familia.
- Funciones en el área relacional y de ocupación de ocio y tiempo libre: la calle es el lugar donde se inician los primeros consumos de sustancias psicoactivas. Cuánto más tiempo la persona consume drogas, mayor es el proceso de aislamiento y deterioro de las capacidades personales en cuanto al aspecto relacional familiar o social. Las funciones giran en torno a:
1. Conocer y analizar al usuario en función de sus relaciones sociales, así como las actividades que realiza con las mismas. También es necesario conocer cuáles son las aficiones o intereses del usuario y en que emplea el tiempo libre.
  2. Modificar y favorecer el abandono del ambiente y amistades relacionadas con el consumo de drogas, estimulando el conocimiento de nuevas amistades que no consuman drogas.
  3. Sensibilizar a la familia e intentar cambios de actitudes en ella frente al usuario, motivándoles en la apreciación de sus cambios y valorando su transformación frente a la ausencia de drogas.
  4. Fomentar el desarrollo de habilidades de comunicación y toma de decisiones propias y autónomas frente a la presión social (Losada, Márquez, & Sebastián, 1995, p. 125).

En 2019, la OMS afirma que una de cada ocho personas en el mundo padecía un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, pero existen también otros como el trastorno bipolar, el trastorno de estrés postraumático, la esquizofrenia, trastornos del comportamiento alimentarios como la anorexia y bulimia, trastornos de comportamiento disruptivo y disocial o también conocido como trastorno



de conducta y, por último, trastornos del neurodesarrollo que incluyen trastornos del espectro autista (TEA) y por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (OMS, 2022).

## **2.5 Recursos y servicios sociales disponibles en Castilla y León para las personas con drogadicción y problemas de salud mental.**

La Junta de Castilla y León en su área de asistencia e integración social aborda el consumo de sustancias con el fin de finalizar con el abuso o la dependencia a estas y conseguir la integración social de la persona con adicciones. Los centros y servicios reconocidos del Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE) de Castilla y León, se estructuran a partir de tres niveles complementarios y coordinados de intervención. Además, se integran recursos generales y especializados de los sistemas de Salud y de Servicios Sociales de Castilla y León y recursos específicos llevados a cabo por entidades privadas sin ánimo de lucro. Los recursos del primer nivel son la principal puerta de entrada al sistema. Son los recursos más accesibles y menos exigentes. De este nivel forman parte los siguientes centros y servicios:

- Servicios específicos de Primer Nivel para todo tipo de personas con adicciones, principalmente consumidores de drogas ilegales. Las funciones que llevan a cabo son orientar e informar sobre recursos.
- Servicios de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el Ámbito Laboral. Información y orientación sobre recursos, detección de trabajadores con problemas de abuso o dependencia de las drogas, apoyo jurídico y mediación en conflictos laborales, motivación y derivación para iniciar tratamiento, seguimiento de la situación laboral y del tratamiento del trabajador drogodependiente, apoyo tutelado para la reincorporación al trabajo tras la rehabilitación.
- Servicios de Orientación y Asesoramiento a drogodependientes con problemas jurídico-penales. Estos servicios proporcionan apoyo técnico especializado para personas adictas con problemas jurídico penales con objeto de mejorar su confianza a cerca de la inserción social.

- Servicios de emergencia social para personas con drogodependencia. Atiende las necesidades básicas de personas drogodependientes en situación grave de exclusión social.

Los recursos del segundo nivel se encargan de realizar el proceso de asistencia especializada a drogodependientes, está formado por los siguientes recursos:

- Equipos de salud mental de distrito. Tras la derivación de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de las unidades de hospitalización psiquiátrica llevan a cabo el diagnóstico, desintoxicación y deshabituación ambulatoria de alcohólicos y otros drogodependientes, tratamiento de los trastornos mentales asociados, atención ambulatoria a las urgencias psiquiátricas por abuso y dependencia de drogas.
- Centros de asistencia ambulatoria a drogodependientes (CAD). Son el recurso de referencia para el tratamiento ambulatorio de drogodependientes. Atienden los casos más complejos y cuyas necesidades desbordan otros recursos del primer o segundo nivel.
- Unidades para el tratamiento del alcoholismo (UTA). Atienden los casos de alcoholismo más complejos y cuyas necesidades exceden las posibilidades de intervención de otros recursos de segundo nivel.
- Servicios, unidades y consultas especializadas en el tratamiento del tabaquismo. Consultas de referencia que atienden los casos más complejos de persona fumadoras.
- Centros de día. Proporcionan una asistencia ambulatoria de alta intensidad a personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas. Son referentes para la incorporación sociolaboral de los usuarios.

Por último, los recursos del tercer nivel tienen un alto nivel de especialización para el tratamiento residencial de drogodependientes. Se accede a ellos por derivación de recursos especializados de segundo y tercer nivel.

- Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y de Patología Dual (UDH). Su función se basa en la desintoxicación hospitalaria y tratamiento de la patología dual aguda de drogodependientes.
- Comunidades Terapéuticas. Servicios residenciales de referencia regional para el tratamiento integral, intensivo y altamente estructurado de personas drogodependientes en las que no está indicado un tratamiento ambulatorio.

- Centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos (CRA). Servicios residenciales de referencia regional para el tratamiento integral, intensivo y altamente estructurado de pacientes alcohólicos en los que no está indicado un tratamiento ambulatorio.
- Unidades de Hospitalización psiquiátrica. Realizan la desintoxicación hospitalaria de pacientes alcohólicos (Junta de Castilla y León, s.f.).

## **2.6 Teorías aplicables a la intervención en adicciones.**

### **2.6.1 El modelo biopsicosocial en la atención a las adicciones.**

El modelo biopsicosocial fue propuesto por George L. Engel en 1977 como una crítica ante el modelo médico predominante en la época. El modelo de Engel ha tenido un gran crecimiento en el entendimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, y más recientemente en la aplicación clínica, marcando pautas para la atención brindada por los distintos profesionales de la salud (Villareal y Guzmán-Saldaña, 2021).

Según Infocop Online (2023), el modelo biopsicosocial plantea que los factores sociales, biológicos y psicológicos, juegan un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades, trastornos o problemas psicológicos, en este caso las adicciones. De esta forma, los seres humanos son conceptualizados como sistemas complejos, lo que implica que las adicciones son causadas por múltiples factores y no por un factor único. Este modelo afirma que son los factores genéticos/biológicos, psicológicos y socioculturales, los que contribuyen al consumo de sustancias y todos ellos deben ser tenidos en cuenta para la prevención y el tratamiento de estas.

Según Proyecto Hombre de Burgos (2015) el uso de la palabra “modelo” siempre ha estado presente en la teoría y en el análisis de la práctica de la intervención en adicciones, encontrándonos que, cuando se ha tenido que dar razón, justificar o explicitar lo que se desarrolla en este campo, con frecuencia se ha hablado de diferentes modelos y sus componentes. La Asociación Proyecto Hombre de Burgos (2015) expone cuatro factores que identifica la necesidad de abordar las adicciones desde el modelo biopsicosocial:

El primer factor hace referencia al cambio notable de las representaciones sociales sobre las adicciones en los últimos años, jugando éstas un papel determinante en el desarrollo de las políticas, en las actitudes y comportamientos hacia las mismas y en el abordaje del fenómeno de las drogodependencias, y, por tanto, en la adecuación y el ajuste de los recursos de respuesta. El segundo factor habla de la incorporación al quehacer de Proyecto Hombre en el campo de la Prevención. Tras años de puesta en marcha de programas de tratamiento con una metodología de intervención proveniente de las Comunidades Terapéuticas, se generan dos visiones dentro de las organizaciones que han provocado desacuerdos teóricos entre los y las profesionales, más allá del acuerdo genérico y compartido de que Proyecto Hombre es una organización “centrada en las personas”. El tercero alude a la incorporación de personas a los equipos con una formación teórica alta (graduados, graduadas, técnicos de diversos campos de lo social), que devuelven una reflexión crítica sobre la visión de Proyecto Hombre en el campo de las adicciones, su modelo formativo y el estilo de trabajo en equipo, generando importantes aportaciones y reflexión interna. Al cuarto y último factor le podemos llamar “eclecticismo desordenado”, en dos sentidos. El primero, respecto a los contenidos formativos propuestos por el Centro de Formación, algunas con escasa o poco contrastada validez. El segundo, respecto a los objetivos de los programas como: abstinencia, reducción del daño, etc. Se ponen en marcha en los diferentes centros, sin un acuerdo ni discusión previa sobre si se ajustan a la propuesta del modelo de Proyecto Hombre, respondiendo en algunos casos a una demanda local o de la administración autonómica, sin una justificación adecuada, generando en ocasiones confusión interna y externa.

De manera general, la adopción del modelo biopsicosocial aplicado a Proyecto Hombre está formada por los siguientes elementos: en primer lugar, incorpora el enfoque de reducción de riesgos y daños, pretende una intervención sanitaria, psicológica, social y comunitaria, requiriendo una coordinación de recursos que trabajan estas áreas e incorporando actividades preventivas y asistenciales. Además, da cabida a los programas generales de prevención y educación para la salud, destinados a frenar tanto la magnitud de los problemas adictivos como la de cualquier otra conducta desadaptativa. También integra el enfoque comunitario e incorpora el área existencial, entendida como las creencias, valores y estilos de vida de las personas. Por otra parte, abarca la inclusión de la perspectiva de género y posibilita el trabajo en equipo multidisciplinar, constituido por voluntarios y profesionales. Aborda la intervención

terapéutica y preventiva teniendo en cuenta la red social y familiar de las personas, proporciona información y orientación a estas y a su entorno, favorece que las personas expliquen sus creencias y expectativas sobre su adicción, y, por último, facilita a los usuarios expresar sus preocupaciones más relevantes y la expresión de sus emociones (Proyecto Hombre, 2015).

### **3. METODOLOGÍA.**

#### **3.1 Diseño metodológico.**

Este Trabajo de Fin de Grado se desarrolla desde una metodología mixta, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas con el fin de realizar un estudio exploratorio sobre la influencia de las sustancias psicoactivas en la salud mental y el papel del Trabajo Social en su intervención. Este enfoque mixto permite combinar los datos estadísticos obtenidos a través de encuestas con las experiencias recogidas mediante entrevistas, sin que el objetivo sea la significación estadística, sino el abordaje integral del objeto de estudio.

#### **3.2 Técnicas e instrumentos**

Se ha diseñado una encuesta estructurada destinada a personas usuarias de recursos de atención a adicciones de la Asociación “Proyecto Hombre<sup>1</sup>” de Burgos, “ACLAD<sup>2</sup>” Asociación de atención integral a colectivos en riesgo de Valladolid y “Aldama<sup>3</sup>” Asociación de tratamiento para el alcoholismo en Palencia. Las preguntas abordan aspectos como datos sociodemográficos, preguntas en relación con el consumo de sustancias, la salud mental, los Servicios Sociales y el apoyo familiar. Las encuestas respetarán en todo momento la privacidad del usuario y voluntariedad de la participación.

Por otro lado, las entrevistas se realizarán a trabajadores/as sociales que intervengan en el programa de atención a personas usuarias drogodependientes de la asociación ACLAD de Valladolid.

El guion de la entrevista incluye preguntas sobre la experiencia de cada uno de ellos trabajando con personas adictas, la relación que existe y analizan entre el consumo y la salud mental de estas, también se tratarán las dificultades y estrategias en la intervención social y la valoración del sistema de atención a los usuarios desde un enfoque psicosocial.

---

<sup>1</sup> [PROYECTO HOMBRE BURGOS – Proyecto hombre Burgos :: Fundación Candéal](#)

<sup>2</sup> [ACLAD en Valladolid | ACLAD. atención integral a colectivos en riesgo](#)

<sup>3</sup> [▷ Asociación Aldama - Clínicas y centros desintoxicación](#)

### 3.3 Población y muestra

La población de estudio será, en cuanto a los cuestionarios, las personas usuarias de las asociaciones Proyecto Hombre de Burgos, ACLAD de Valladolid y Aldama de Palencia, y, por otro lado, las encuestas a los profesionales del Trabajo Social de ACLAD, Valladolid. En cuanto a la muestra se realizará con 29 usuarios de esta entidad del tercer sector que acepten participar de forma voluntaria y anónima y las entrevistas a 6 profesionales del Trabajo Social que desempeñen su trabajo con personas drogodependientes en la asociación ACLAD. Se trata de una pequeña muestra para un estudio exploratorio, que podría continuar con trabajos de investigación más amplios.

**Tabla 2. Perfil de los/as profesionales**

Identificación	Género	Edad	Institución
E.P.1	Femenino	33	ACLAD
E.P.2	Femenino	26	ACLAD
E.P.3	Masculino	50	ACLAD
E.P.4	Femenino	32	ACLAD
E.P.5	Femenino	37	ACLAD
E.P.6	Femenino	34	ACLAD

Fuente: elaboración propia.

### 3.4 Procedimientos

Para llevar a cabo esta investigación se ha diseñado una recogida de datos en los que se emplearán cuestionarios dirigidos a personas usuarias de dichas asociaciones de las distintas provincias de Castilla y León, Burgos, Palencia y Valladolid y entrevistas dirigidas a los profesionales de Trabajo Social que desarrollen su trabajo en la asociación ACLAD (Valladolid). El objetivo es obtener una visión completa sobre la relación entre salud mental y adicción a sustancias psicoactivas.

Los pasos para recolectar y analizar datos siguen un orden para lograr los objetivos. En primer lugar, se ha contactado con las asociaciones colaboradoras, en este caso, Proyecto Hombre, ACLAD y Aldama, especializadas en colectivos en riesgo. Se han concertado encuentros para la realización de encuestas y entrevistas con los

profesionales y usuarios, respetando en todo momento el anonimato y confidencialidad de estos. Para llevar a cabo estas encuestas y entrevistas se ha realizado una selección de participantes, los usuarios deben ser personas mayores de edad que reciban actualmente tratamiento o apoyo en este programa. Los profesionales, en este caso trabajadores/as sociales, deberán estar en activo trabajando directamente en la intervención social de la entidad. Las encuestas y entrevistas son los instrumentos clave para recopilar y analizar los datos obtenidos. Respecto a la primera herramienta mencionada, se aplica de manera presencial o asistida, dependiendo de las necesidades del usuario. En algún caso no se ha podido hacer de forma presencial, por lo que se ha compartido con los usuarios un enlace para acceder a la encuesta. Se explica el objetivo de la encuesta a los usuarios, asegurando la confidencialidad y voluntariedad a la hora de colaborar en la investigación. Las entrevistas a profesionales de la asociación se realizan de forma presencial y se graban, con permiso previo, para posterior análisis y transcripción de la información. Una vez se han recopilado todos los datos e información, las encuestas se analizan mediante técnicas estadísticas, como tablas o porcentajes y las entrevistas con técnicas de análisis cualitativo, fundamentando la realidad investigada proporcionada por los profesionales de cada organización.

Además, se realiza un análisis comparativo de los datos obtenidos entre las encuestas a usuarios/as y a los/as profesionales de Trabajo Social con el fin de conocer si existen diferencias o similitudes en las respuestas obtenidas de la figura usuaria y profesional.

### **3.5 Aspectos éticos**

Durante esta intervención social, la confidencialidad y el anonimato de cada persona participe es fundamental y se llevará en todo momento a cabo.

Antes de realizar los cuestionarios y entrevistas, se explica a cada uno de ellos la protección de sus datos personales y cuando sea necesario, utilizar códigos que resguardarán su anonimato. Estos códigos se crean para la confidencialidad y son usados en las entrevistas a los profesionales, ya que los cuestionarios son anónimos desde un principio. Hacen referencia a la persona entrevistada según un número (E.P.1, E.P.2 y así continuamente en su orden), siendo su significado entrevista profesional 1, entrevista profesional 2, etc. La información aportada por usuarios y profesionales será únicamente destinada a la investigación y respetará la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.



## **4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

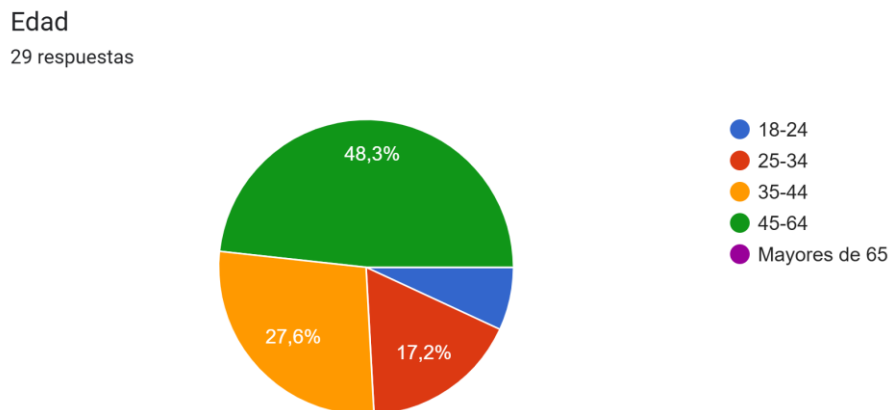
A continuación, se van a presentar en gráficas los resultados obtenidos de los cuestionarios a usuarios de Proyecto Hombre, Aldama y ACLAD, y, por otro lado, las entrevistas realizadas a los profesionales referentes de ACLAD.

### **4.1 Resultados de las encuestas a usuarios**

El análisis de esta investigación nos ayudará a descubrir el impacto de las adicciones en la salud mental de los usuarios, las debilidades y fortalezas del sistema de atención e intervención social con personas drogodependientes y la influencia del apoyo familiar a lo largo de la intervención.

#### **4.1.1 Datos sociodemográficos**

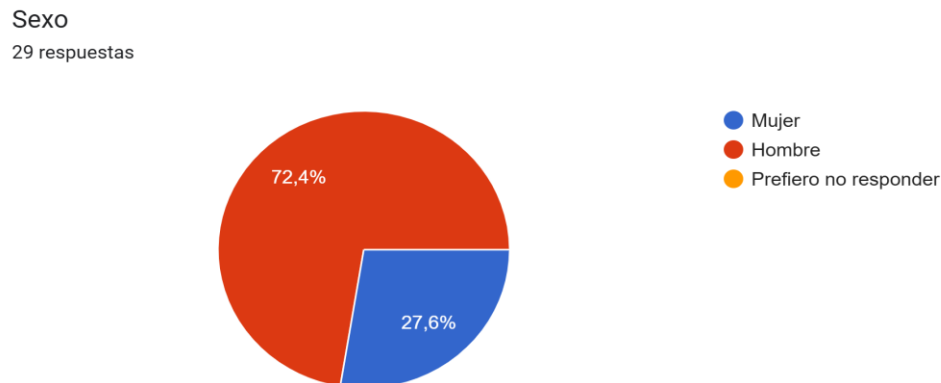
**Figura 3. Edad de los/las usuarios/as**



Fuente: elaboración propia.

La edad es un dato fundamental para llevar a cabo la investigación y análisis. El rango de edad con el que hemos trabajado es desde los 18 en adelante. El grupo que mayor porcentaje representa con el 48,3 % es entre 45 y 64 años. Esto quiere decir que casi la mitad de los usuarios encuestados son personas adultas. Por el contrario, las personas jóvenes y los mayores de 65 años tienen un porcentaje mínimo o nulo.

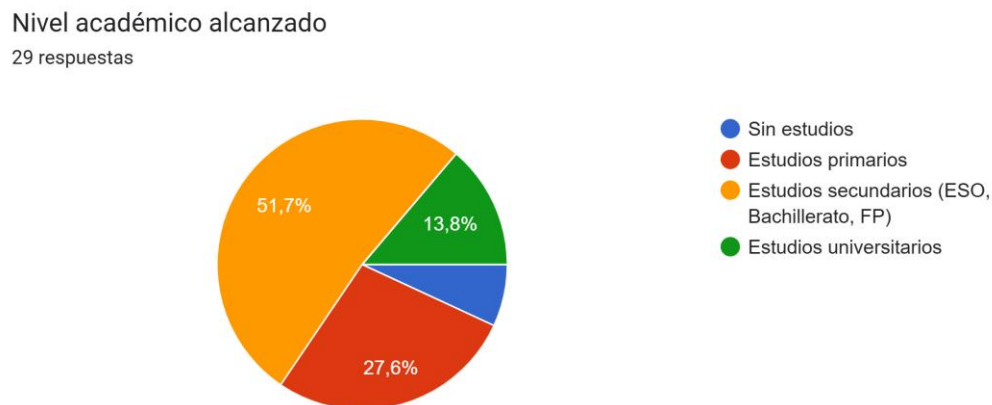
**Figura 4. Sexo de los/as usuarios/as**



Fuente: elaboración propia.

Dentro del sexo entre los que se encuentran los usuarios encuestados, se puede apreciar un claro aumento en los hombres con un 72,4%, siendo las mujeres el 27,6%, lo que refleja que, en dichas asociaciones, el número de hombres es mayor que el de mujeres.

**Figura 5. Nivel académico alcanzado**

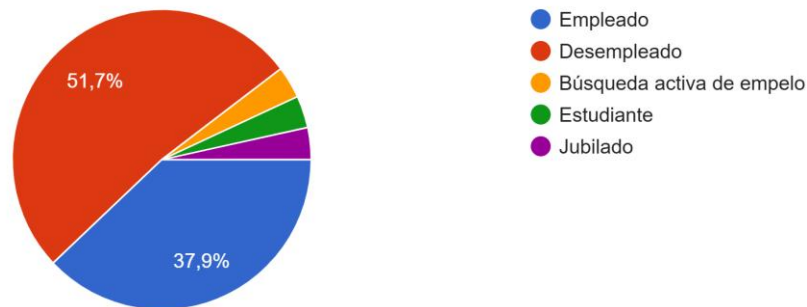


Fuente: elaboración propia.

En este análisis se observa como la gran mayoría de usuarios posee estudios. En primer lugar, se encuentran los estudios secundarios, con un 51,7%, seguidos los primarios, abordado el 27,6% y por último el 13,8% de los usuarios tienen estudios universitarios.

**Figura 6. Situación laboral actual**

Situación laboral actual  
29 respuestas



Fuente: elaboración propia.

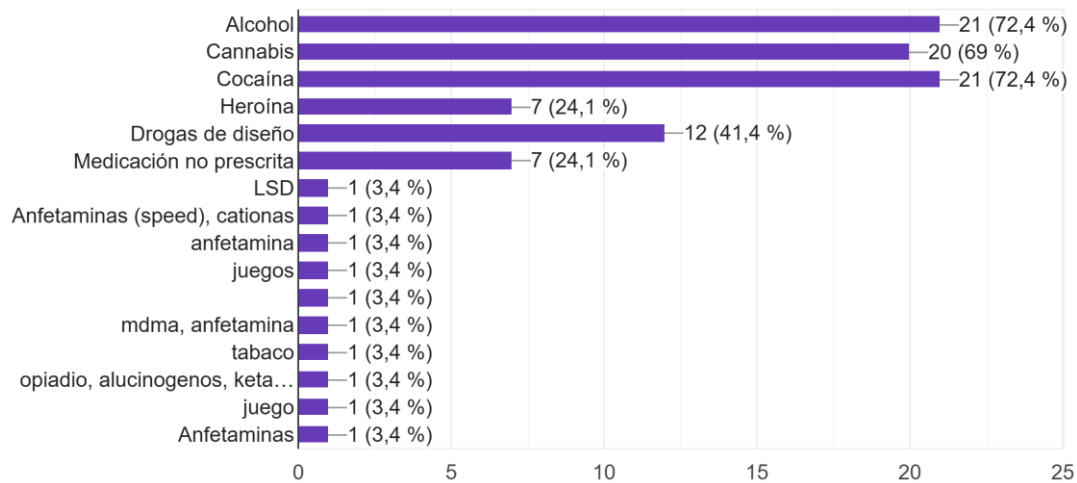
Tal y como se observa en la figura 4, más de la mitad de las personas encuestadas, 51,7%, se encuentran en situación de desempleo, lo que refleja una figura vulnerable económicamente. Por otra parte, un gran porcentaje, 37,9%, afirma estar empleado, consecuencia positiva ya que tienen contacto con el mercado laboral. El resto se encuentra en búsqueda activa de empleo, jubilado o siendo estudiante, pero con un porcentaje mínimo o escaso.

#### **4.1.2 Relacionado con el consumo de sustancias**

**Figura 7. Sustancias consumidas**

¿Qué tipo de sustancias consume o ha consumido?

29 respuestas



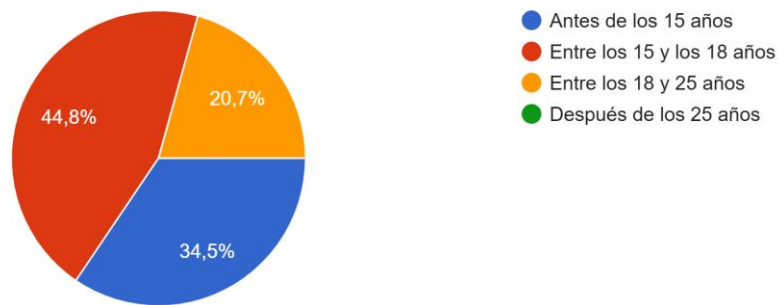
Fuente: elaboración propia.

Con los datos obtenidos en el gráfico dictaminamos que las sustancias más consumidas por los usuarios son el alcohol y la cocaína, cada una con un 72,4%, es decir 21 personas de las 29 que están encuestadas. Seguido se encuentra el cannabis, con un porcentaje prácticamente parecido a las anteriores sustancias consumidas, 69%, lo que equivale a 20 usuarios. A continuación, se encuentran las drogas de diseño, con un 41,4% y en menor medida, representando cada una el 24,1%, se encuentra la heroína y medicaciones no prescritas. Por último, en el apartado de “otras sustancias” para libre aportación, con un 3,4%, se encuentran las drogas alucinógenas, anfetaminas, catinonas etc.

**Figura 8. Edad inicial respecto al consumo de sustancias**

¿A qué edad comenzó el consumo de sustancias?

29 respuestas



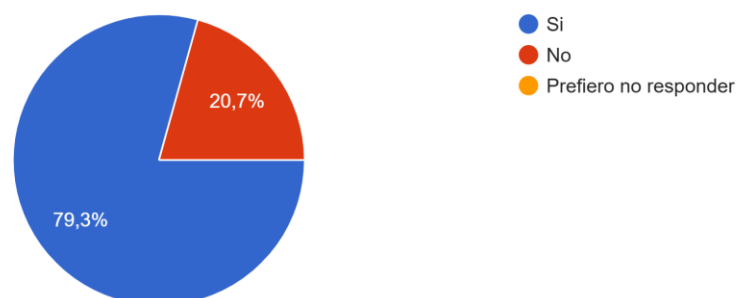
Fuente: elaboración propia.

El análisis muestra como el 44,8% de los usuarios comienzan el consumo de sustancias entre los 15 y 18 años, el 34,5% antes de los 15 años y por último el 20,7% entre los 18 y los 25 años. Después de los 25 no hay nadie que haya empezado a consumir, lo que nos lleva a la conclusión de que la gran mayoría de personas empiezan su consumo desde muy jóvenes y perdura en el tiempo.

### **Figura 9. Tratamiento o seguimiento del consumo personal de sustancias**

¿Actualmente está en tratamiento o seguimiento por consumo de sustancias?

29 respuestas



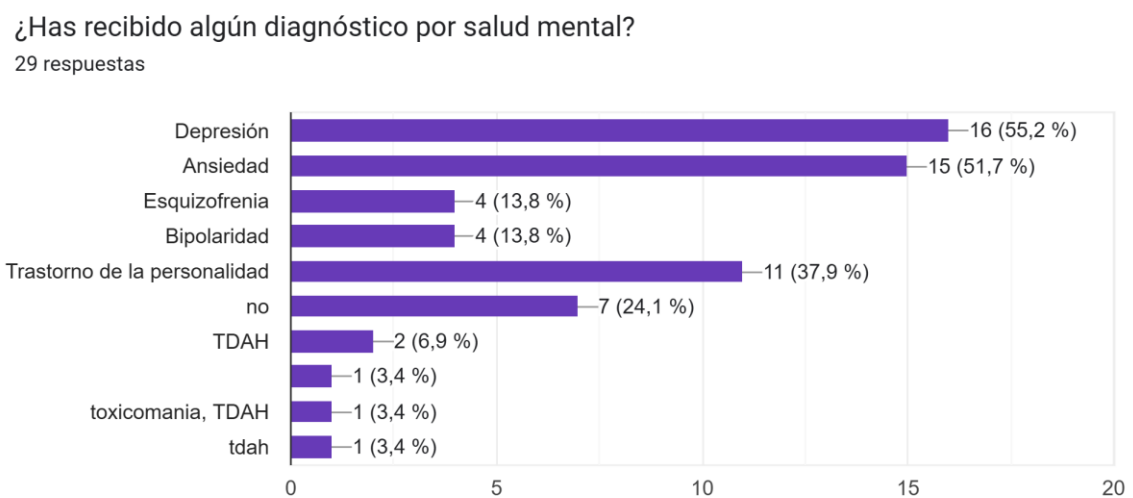
Fuente: elaboración propia.

En cuanto al tratamiento de cada usuario a cerca de su consumo, observamos que la mayoría de estos reciben un seguimiento o tratamiento para controlar su adicción, hablamos del 79,3%, mientras que el 20,7% afirma lo contrario.

Esto es un impacto positivo ya que demuestra responsabilidad y sensatez por parte de los usuarios a cerca de su adicción y reinserción.

#### 4.1.3 Impacto en la salud mental

**Figura 10. Diagnostico por salud mental**



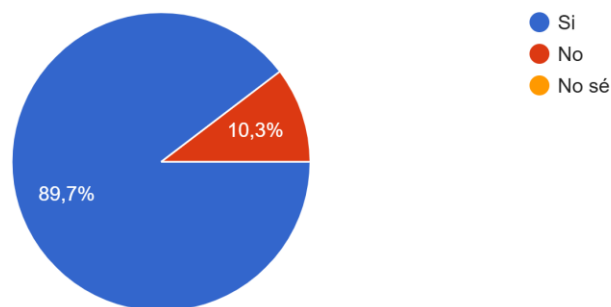
Fuente: elaboración propia.

Dentro del diagnóstico por salud mental, el 55,2%, más de la mitad de los usuarios, presentan depresión, el 51,7% ansiedad y el 37,9% trastorno de la personalidad. En menor medida, con un 13,8% cada una, afirman haber sido diagnosticados por esquizofrenia y bipolaridad, el 6,9% TDAH y en menor medida, corroboran no haber recibido tratamiento ni seguimiento, siendo estos el 24,1%.

**Figura 11. Influencia del consumo de sustancias en salud mental**

¿Considera que el consumo de sustancias ha afectado a su estado de salud mental?

29 respuestas



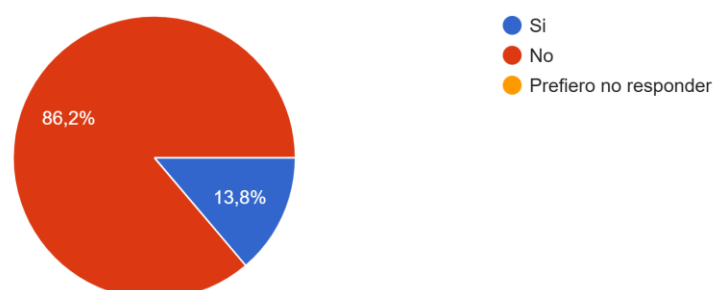
Fuente: elaboración propia.

El 89,7% de las personas usuarias han afirmado que las sustancias han afectado a su estado de salud mental, lo que confirma el impacto negativo de estas, ya sea antes de consumir o una vez empezado el consumo. Tan solo el 10,3% de los usuarios niegan que haya afectado en su salud mental, porcentaje muy bajo, lo que demuestra que mayormente este consumo afecta en la salud mental de las personas.

### **Figura 12. Diagnostico por salud mental antes del consumo**

¿Antes de comenzar ha consumir había experimentado o le habían diagnosticado algún problema de salud mental?

29 respuestas



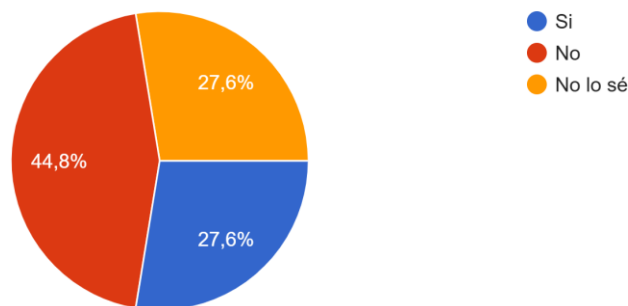
Fuente: elaboración propia.

El análisis de este grafico nos hace ver que la mayoría de ellos, antes de empezar a consumir no tenían problemas de salud mental, lo que el consumo de estas se lo ocasionó. Únicamente el 13,8% del total dicen haber tenido diagnostico por problemas de salud mental antes del consumo, y, por el contrario, el 86,2% lo niegan.

### **Figura 13. Adicción como consecuencia de la salud mental**

¿Consideras que tu adicción es consecuencia de tu salud mental?

29 respuestas



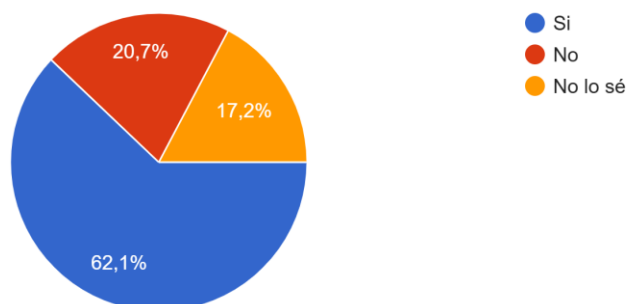
Fuente: elaboración propia

En este caso, representando un 44,8%, dicen no considerar que la adicción que poseen es consecuencia de su salud mental, es decir, viene dada por otros factores. Por otro lado, las respuestas están divididas, el 27,6% afirma esto, la adicción si que es consecuencia de su salud mental, y con el mismo porcentaje, dicen no saberlo.

### **Figura 14. Salud mental como consecuencia de la adicción**

¿Consideras que tu salud mental es consecuencia de tu adicción?

29 respuestas





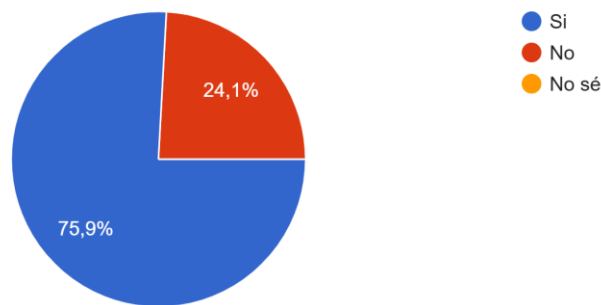
Fuente: elaboración propia.

Con más de la mitad del porcentaje total, 62,1%, las personas cuestionadas afirman que la salud mental viene dada a raíz de la consecuencia por su adicción. En menor medida, el 20,7% niegan esto y, por otro lado, el 17,2% no lo sabe.

#### **4.1.4 Relacionado con los Servicios Sociales**

**Figura 15. Atención de algún/a Trabajador/a Social en proceso**

¿Ha sido atendido por algún/a Trabajador/a social durante su proceso de recuperación?  
29 respuestas



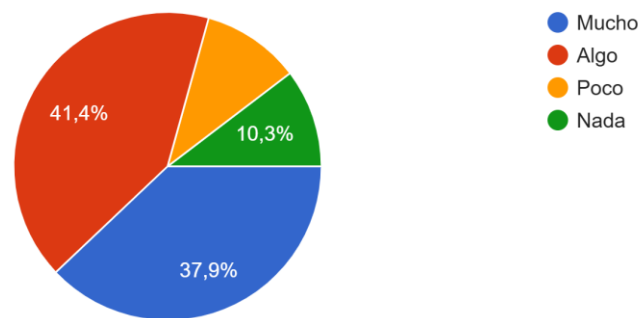
Fuente: elaboración propia.

Consta en el análisis que la mayoría han sido atendidos por profesionales del Trabajo Social, lo cual es un impacto positivo y pone en evidencia el importante papel que desempeñan los profesionales en el seguimiento y atención de los usuarios. Por el contrario, el 24,1% corroboran que no han sido atendidos por Trabajadores/as Sociales.

**Figura 16. Efectividad de la intervención social en la recuperación**

¿Considera que la intervención social ha servido de ayuda en su recuperación?

29 respuestas



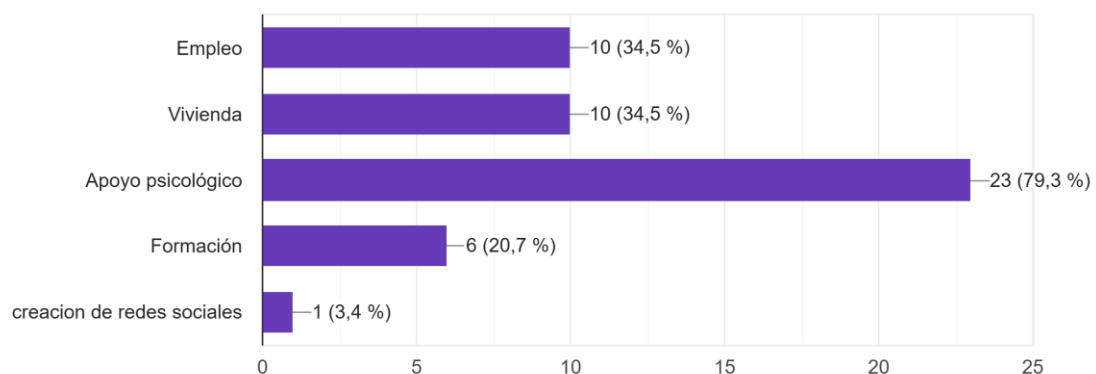
Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la ayuda de la intervención social en la recuperación de cada usuario, observamos que el 37,9% considera de gran ayuda esta intervención, el 41,4%, el mayor porcentaje, afirma que sirve de algo y por iguales, con un 10,3%, de nada y poca ayuda.

#### **Figura 17. Aspectos que requieren más apoyo**

¿En cual de estos aspectos considera que necesita mayor apoyo?

29 respuestas



Fuente: elaboración propia.

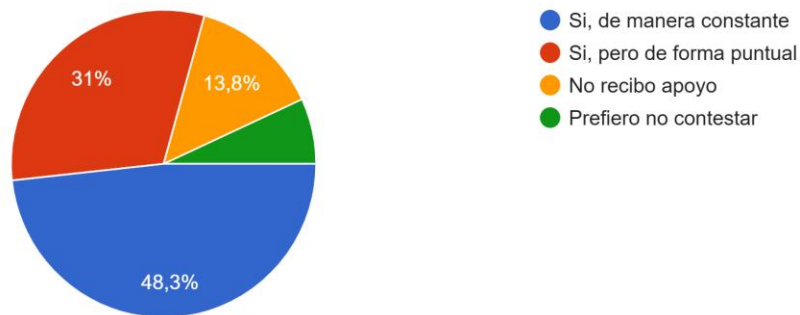
En este gráfico de barras los usuarios hacen ver que el mayor apoyo que necesitan es el psicológico, 79,3%, es decir, 23 de las 29 personas encuestadas. También aluden al empleo y vivienda con un mismo porcentaje, 34,5% cada uno. En menor medida, el

20,7% hace referencia al apoyo en formación y por último un usuario ha hecho hincapié en la creación de redes sociales, 3,4%.

#### **4.1.5 Relacionado con la familia´**

**Figura 18. Apoyo emocional respecto a familiares**

¿Actualmente recibe apoyo emocional de su familia?  
29 respuestas



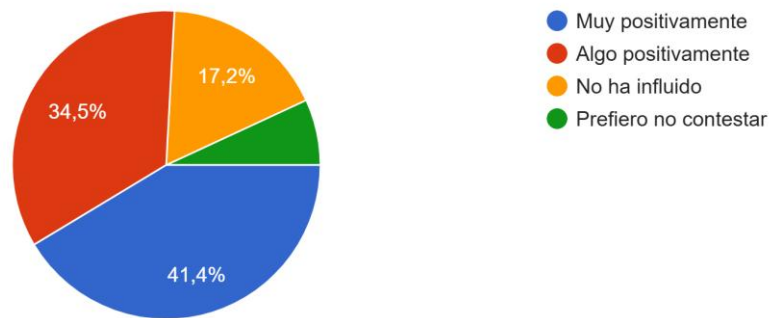
Fuente: elaboración propia.

Casi la mitad de las personas, 48,3%, dicen recibir de manera constante apoyo por parte de su familia, consecuencia positiva para su recuperación. El 31% reciben apoyo familiar, pero de forma puntual, en defecto, el 13,8% no recibe apoyo y un menor porcentaje prefiere no contestar a la cuestión.

**Figura 19. Influencia del apoyo familiar en el proceso de cada usuario**

¿Considera que el apoyo familiar ha influido en su proceso?

29 respuestas



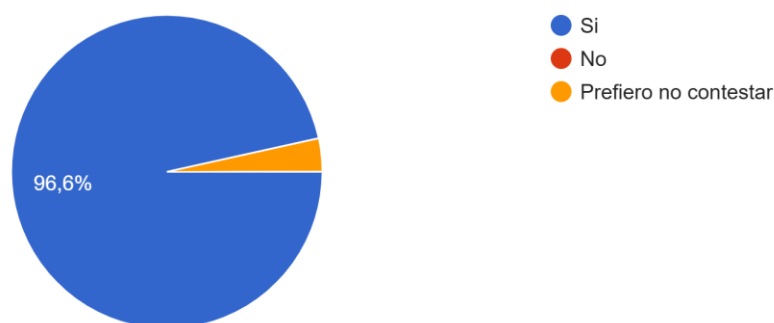
Fuente: elaboración propia.

El 41,4% del total considera la influencia del apoyo de su familia en el proceso muy positivamente, de gran ayuda. El 34,5% algo positivo, en menor medida, el 17,2% resalta que no ha influido ese apoyo y por último con el menor porcentaje prefieren no contestar.

#### **Figura 20. Impacto del consumo de sustancias en la relación familiar**

En su opinión, ¿considera que su consumo de sustancias ha afectado en su relación familiar?

29 respuestas



Fuente: elaboración propia.

En este último análisis la mayoría es clara, el 96,6% del total confirman que el consumo de sustancias ha afectado en su relación familiar. Nadie ha contestado de manera negativa y, por otro lado, un pequeño porcentaje del 3,4% prefieren no contestar a la cuestión.

## **4.2 Resultados de las entrevistas a profesionales**

A continuación, se mostrarán los resultados recopilados a través de las entrevistas realizadas a seis profesionales del Trabajo Social de la Asociación ACLAD de Valladolid. El objetivo de este análisis cualitativo es conocer la postura de los/as trabajadores/as sociales, su experiencia en el ámbito de las adicciones y su sistema de intervención social en él, al igual que roles de la profesión que deberían reforzarse en el ámbito.

### **4.2.1 Experiencia profesional en el ámbito de las adicciones**

Las respuestas de los profesionales en cuanto a su experiencia en este ámbito son diversas ya que cada uno trabaja con diferentes programas, niveles y perspectivas, por ejemplo, recursos ambulatorios, programas de reducción de daños, etc. La mayoría lleva una trayectoria larga trabajando con adicciones.

*“Llevo 15 años trabajando con personas con adicciones en Castilla y León, tanto en recursos ambulatorios como en programas de inserción social” (E.P.3)*

*“Llevo más de 12 años trabajando en el ámbito de las adicciones, principalmente en programas de reducción de daños y atención directa en calle” (E.P.4)*

### **4.2.2 Frecuencia de la observación de trastornos mentales en personas consumidoras**

La mayoría de los profesionales afirman que es frecuente observar trastornos mentales en usuarios con consumo problemático de sustancias, desencadenado en patología dual, pero dependiendo de la situación y de la sustancia. También abordan el tema de la duración. Por el contrario, existen perspectivas profesionales que no están de acuerdo en que sea tan frecuente o no se dé en casi todas las personas. Un profesional

aborda que el 40% de los usuarios presenta algún síntoma o diagnóstico, frente a otro profesional que afirmaba ser el 80% de los pacientes los que padecían esta patología dual. Esto depende de la situación, sustancia y consumo que se lleve a cabo en los diferentes programas.

*“Depende de la situación, de la sustancia y predisposición de las personas, pero sí que hay un componente en el que casi todas las personas pasan por algún proceso de salud mental, antes, durante o después. Puede que sea transitorio o permanente” (E.P.2)*

*“No siempre, pero sí es común. Diría que en torno a un 40% de los usuarios presentan algún diagnóstico o síntoma compatible” (E.P.5)*

#### **4.2.3 Trastornos más frecuentes en personas con adicciones**

Los profesionales mantienen en común que los trastornos más frecuentes que aparecen en este colectivo son la depresión, ansiedad y trastorno límite de la personalidad y, en ocasiones, es difícil diferenciar el trastorno con el efecto que causan las sustancias psicoactivas.

*“Principalmente trastornos afectivos como depresión, además de muchos casos de trastorno límite de la personalidad y esquizofrenia” (E.P.4)*

*“Se ven muchas alteraciones del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, aunque a veces es difícil diferenciarlos del efecto de las sustancias” (E.P.5)*

#### **4.2.4 Sustancias consumidas con mayor frecuencia entre los usuarios**

Los/as Trabajadores/as sociales coinciden con sus respuestas en cuanto a las sustancias consumidas con mayor frecuencia entre las personas de ACLAD. Dados los

diferentes programas o niveles de intervención, ponen en prioridad unas u otras, pero muestran similitudes significativas.

El consumo de alcohol predomina en la mayoría de las respuestas obtenidas por los profesionales, aunque, a su vez, el consumo de cocaína y cannabis es muy frecuente.

*“El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida, aunque en los últimos años han aumentado los casos de policonsumo, especialmente con cocaína y cannabis” (E.P.3)*

#### **4.2.5 Dificultades encontradas en la intervención social cuando hay un problema de salud mental asociado**

La intervención social cuando existen problemas de salud mental es un factor clave para poder realizar un seguimiento del usuario y lograr el objetivo principal, la reinserción.

Se presentan varias dificultades a la hora de desempeñar este papel como el desequilibrio por la medicación asignada o falta de adherencia al tratamiento, la coordinación entre adicciones y salud mental, la estigmatización, falta de recursos especializados, etc.

*“La intervención se complica cuando el problema de salud mental no está bien diagnosticado o cuando hay una falta de adherencia al tratamiento psiquiátrico” (E.P.6)*

*“La estigmatización y la dificultad de acceso a servicios especializados cuando hay diagnóstico dual es una gran barrera” (E.P.4)*

#### **4.2.6 Estrategias para llevar a cabo una intervención social óptima**

Los profesionales deben llevar a cabo diferentes estrategias y tácticas para abordar positivamente la intervención y eliminar todas las barreras que impidan el desarrollo del seguimiento, control y actuación con los usuarios. Cada uno tiene su forma de enfocar las pautas que consideran más apropiadas para intervenir, pero muchos de ellos tienen claro que lo esencial es un acompañamiento integral, centrado en la persona, coordinación e intervención conjunta de los diferentes equipos multidisciplinares y establecer un vínculo de confianza entre profesional y usuario.

*“El trabajo en red, la intervención individualizada y conjunta con los equipos, y el acompañamiento social cercano son claves. También la formación continua del equipo” (E.P.3)*

*“Que tengan confianza con los profesionales, no juzgar sus acciones pasadas y respetar sus decisiones, aunque le dificulten su recuperación o abstinencia” (E.P.1)*

#### **4.2.7 Efectividad de los recursos actuales para atender la problemática**

Los recursos ofrecidos destinados para el abordaje de la problemática son esenciales en la intervención social, su efectividad es crucial, y, sin embargo, en base a las respuestas obtenidas por los profesionales, obtenemos una totalidad negativa, es decir, los recursos tanto sanitarios como sociales o comunitarios no son suficientes, lo que debería cambiar ya que la problemática aumenta considerablemente. Además, se pone énfasis en las zonas rurales, ya que la escasez de recursos abunda más, siendo las zonas urbanas más demandadas.

*“No, se necesitarían más recursos, pisos tutelados, más comunidades, centros de días con actividades programadas y más atención sanitaria con el objetivo de poder estabilizar a los usuarios según avance el tratamiento” (E.P.1)*

*“No, faltan recursos especializados, sobre todo en zonas rurales, y hay listas de espera largas para salud mental” (E.P.3)*



#### **4.2.8 Mejoras en el sistema de atención social**

A lo largo de los años se han logrado muchos avances que han permitido que el sistema de atención social sea más integral y efectivo, pero siguen existiendo limitaciones y barreras para abordar las necesidades de las personas usuarias. Por ello es esencial la mejoría de este sistema a lo largo del tiempo, logrando la plena coordinación entre servicios, aumento de personal, recursos específicos, formación conjunta entre profesionales de distintos ámbitos, más atención en calle y barrios, etc. Todas ellas giran en torno al mismo eje, por lo cual, una vez identificado el problema o la escasez en diferentes ámbitos para la mejora de atención, es más fácil contribuir a su avance y progreso adecuado.

*“Mejoraría la comunicación entre servicios y aumentaría los recursos específicos para personas con trastorno dual. También incluiría más intervención social en los barrios” (E.P.6)*

*“Haría falta más personal, recursos específicos para trastorno dual y formación conjunta entre profesionales de distintos ámbitos” (E.P.4)*

#### **4.2.9 Respecto a las necesidades de las personas con adicciones y problemas de salud mental**

Las necesidades que los usuarios con esta problemática necesitan son básicas y esenciales. Se pueden dividir en apoyo, vivienda, empleo, cercanía y confianza. Son necesidades que toda persona necesita, pero este colectivo vulnerable con especialidad. Las respuestas de los entrevistados siguen una misma línea; acompañamiento más cercano por parte de los profesionales, confianza y seguridad en el proceso de cada uno de ellos, apoyo estable, acceso a recursos,

*“Un trato más cercano, más confianza en el proceso, entender que los errores, las recaídas son parte del proceso” (E.P.2)*

*“Muchas tienen necesidades básicas sin cubrir (vivienda, ingresos), falta de apoyo familiar y dificultades para mantener tratamientos estables” (E.P.3)*

*“Necesitan apoyo estable, confianza, y no sentirse juzgadas. También acceso a recursos donde puedan estar, aunque sigan consumiendo” (E.P.5)*

#### **4.2.10 Rol que el trabajo social debería reforzar en este ámbito**

El papel del trabajo social es fundamental para abordar la intervención en este ámbito, tiene que seguir mejorando y reforzándose cada día. El acompañamiento le destacan varios de los profesionales, además del fomento de comunicación con otros profesionales e intervención comunitaria. También afirman que la intervención debería de ir más allá de las ejecuciones de intervenciones realizadas, abordando temas como el diseño y planificación de recursos. Por último, se analizan temas como enfoques más adaptados y orientados a los derechos de las personas, colaborando con la participación activa de las personas excluidas, para que sean escuchadas y reconocidas, siendo este un rol muy importante para la profesión y sobre todo para la persona beneficiaria.

*“Ser conscientes de fomentar las comunicaciones con otros profesionales, y acompañamiento en sus necesidades diarias” (E.P.1)*

*“El trabajo social debería reforzar su papel de mediador entre recursos, acompañar procesos complejos y liderar la intervención comunitaria” (E.P.3)*

*“El trabajo social debe liderar un enfoque más flexible y centrado en derechos. Tiene que dar voz a quienes quedan fuera del sistema” (E.P.5)*

## **5. CONCLUSIONES**

En esta investigación se ha llevado a cabo el análisis del objetivo del trabajo, descubrir el impacto y la relación entre personas con adicciones y la salud mental, y las debilidades y fortalezas del sistema de atención en intervención social con este colectivo. A continuación, se presentan las conclusiones generales alcanzadas tras la elaboración y análisis de la investigación.

En primer lugar, haremos hincapié en el concepto de adicción, viendo como representa una realidad compleja y multidimensional, afectando no solo al usuario, sino a su familia y entorno comunitario. Este hecho presenta factores físicos, sociales, psicológicos y económicos, desencadenando un consumo compulsivo y a su vez consecuencias como el aumento de la tolerancia y dependencia. Esta realidad se corrobora en las encuestas realizadas a los/as profesionales de Trabajo Social, es muy frecuente que el consumo problemático desemboque en un trastorno mental, y a su vez, en patología dual.

Uno de los conceptos más significativo en este trabajo es la patología dual, existencia de un trastorno mental y un trastorno por el consumo de sustancias, simultáneamente. Esta situación la aborda la mayoría de las personas con adicciones, tal y como se expresa en los cuestionarios y entrevistas, además de suponer un gran reto para la intervención social de los/as profesionales en el proceso de recuperación de los/as usuarios/as y en su tratamiento. Esto hace referencia a una intervención social integral y eficaz.

En cuanto a las dificultades que se les presenta a los profesionales a la hora de intervenir con los usuarios cuando hay un problema de salud mental asociado encontramos varias, todas ellas con gran importancia, por ejemplo, la falta de coordinación entre salud mental y adicciones, complicando la correcta atención integral, el acceso limitado o nulo a recursos especializados, la falta de diagnóstico claro y adherencia al tratamiento y la estigmatización, afectando tanto a usuarios como al sistema de atención social.

En general, las respuestas a las entrevistas han sido negativas hacia los recursos actuales para atender dicha problemática, son insuficientes. Es evidente que la falta de estos recursos agrava la situación, como afirman, hay un desfase entre la complejidad de los casos y los medios disponibles. También aluden a la falta de personal y la incidencia

grave en los medios rurales, ya que se centra más en zona urbana. Aun así, las zonas urbanas carecen de suficientes pisos tutelados, centros de día y atención sanitaria para el seguimiento de los usuarios según avanza el tratamiento

Con el fin de poder llevar a cabo una intervención social óptima y eliminar barreras que limiten esto, los profesionales del trabajo social en las entrevistas dan a conocer diferentes estrategias centradas en la persona, como la confianza, punto clave para todos ellos, acompañamiento, coordinación entre salud mental e intervención constante, realista y centrada en los objetivos alcanzables, trabajo en red y por último libre decisión de los usuarios, aunque dificulte su recuperación, respetando sus valores y no juzgar sus acciones pasadas.

Todos ellos han dado su punto de vista a la hora de elaborar mejoras en el sistema de atención, ya que es un punto de inflexión clave, como el aumento de comunicación entre los profesionales, aumento de recursos específicos, ampliación de personal, puesto que la sobrecarga de trabajo en los profesionales repercute de forma significativa en la eficacia de sus respuestas, coordinación entre servicios y más atención en calle y barrios.

Por otro lado, haciendo referencia a las sustancias psicoactivas y la salud mental, en las entrevistas se analiza como los profesionales del trabajo social mantienen en común la sustancia más consumida por los usuarios, el alcohol, en la mayoría de los programas, aunque están muy presente otro tipo de sustancias como el cannabis, la cocaína, anfetaminas o benzodiazepinas, de acuerdo con los cuestionarios realizados a los usuarios. En cuanto a los cuestionarios realizados a los usuarios, existe una línea ligada a lo que los profesionales han contestado en las entrevistas. Hay similitud entre las sustancias consumidas con gran frecuencia que los trabajadores sociales afirman y la respuesta de los usuarios ya que el alcohol, la cocaína y el cannabis son las sustancias consumidas con mayor número de porcentaje entre estos.

La mayoría de los usuarios, 79,3% siguen un tratamiento dada su adicción y además han recibido diagnóstico por salud mental. Los trastornos mentales que más se frecuentan son la depresión, ansiedad y trastorno límite de la personalidad, coincidiendo así con los manifestados por los profesionales.

En cuanto al impacto del consumo en la salud mental, los usuarios aseguran su afecto en ella, siendo el 89,7 % del total los que así opinan. Esta respuesta refleja, una vez más, las aclaraciones de los trabajadores sociales en las entrevistas.

Además, aseguran en su mayoría, que su salud mental es consecuencia de la adicción que llevan a cabo y, por el contrario, la mitad de ellos, que su adicción no es consecuencia de su salud mental. Esto quiere decir, que un alto porcentaje padece trastornos mentales una vez empezado su consumo, no anteriormente.

Es por ello fundamental en el contexto de las adicciones y salud mental el papel del Trabajo Social. Lleva a cabo funciones preventivas, de orientación, coordinación, promoción, atención directa, inserción social y acompañamiento integral tanto a nivel individual como familiar, todo ello esencial para la recuperación óptima de la persona drogodependiente, además de ser la puerta de entrada para el acceso a recursos y servicios.

Los objetivos de los/as profesionales de Trabajo Social son dotar de seguridad a los/as usuarios/as tanto en sí mismos como en ellos, para llevar a cabo una intervención eficaz, corregir los problemas que lleven a cabo el consumo de sustancias y además mejorar su calidad de vida y bienestar. Centrado en la persona usuaria, se detectan por parte de los profesionales diferentes necesidades que deben abordar para su integridad total, como un acompañamiento cercano, orientado y estable. Además, confianza plena, redes de apoyo, social y familiar, opciones de vivienda y laborales y un enfoque más flexible y humano, no tan burocrático. Son necesidades que deberíamos abordar todas las personas, pero adquiere especial relevancia en este colectivo debido a sus condiciones de vulnerabilidad.

Relacionado con los servicios sociales y la atención recibida por parte de ellos, consideran, un alto porcentaje, 79,3%, que la intervención social les ha servido de gran ayuda en su recuperación, lo que refleja un buen trabajo por parte de los profesionales, aún sabiendo ellos que hay aspectos que reforzar y en los que mejorar, como han acentuado anteriormente.

Hemos hablado de las necesidades básicas de los usuarios de este colectivo en las que necesitan mayor apoyo, y las tres más valoradas por estos son el apoyo psicológico, el empleo y la vivienda. En las entrevistas se han cerciorado las mismas respuestas, lo

que confirma que tanto los usuarios como los profesionales son conscientes de esta problemática.

Por último, relacionado con la familia, los cuestionarios corroboran que casi la mitad de los usuarios, 48,3% reciben apoyo constante de sus familiares y en su medida, que ha influido en su proceso. La mayoría de la totalidad, afirman el impacto en su relación familiar. A su vez, los profesionales afirmaban dentro de las necesidades básicas de los usuarios, las redes de apoyo, acentuando la familiar, ya que es de importancia relevante para el acompañamiento en su proceso de recuperación.

Siendo un estudio exploratorio, se puede observar que tanto los cuestionarios realizados a usuarios y las entrevistas a profesionales del ámbito, desembocan las mismas respuestas, lo que refleja problemáticas identificadas, sin hechos aislados. Las hipótesis planteadas en este estudio son el aumento de los problemas de salud mental en consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas y la ineficiencia del sistema de atención a personas drogodependientes en la actualidad. Mediante los cuestionarios y entrevistas se ha visto que estas hipótesis, en gran medida, permiten acercarse a una realidad observable, aunque no se represente de manera absoluta, del impacto de las sustancias psicoactivas en la salud mental de las personas drogodependientes, además de la deficiencia de los recursos ofrecidos a los usuarios beneficiarios de este colectivo, haciendo ineficaz el sistema de atención social.

## **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

Adicción y enfermedad mental, un trastorno “doble” al alza y sin atención específica. (3 de mayo de 2025). *Diario de Burgos*, pp. 6-7.

Adictalia. (s.f.). *Qué tipos de adicciones existen y cómo tratarlas*.

[Qué Tipos de Adicciones Existen y Cómo Tratarlas - Adictalia](#)

Agencia SINC. (2016, 24 de octubre). *El 70% de los adictos a la heroína sufre una enfermedad psiquiátrica asociada*.

<https://www.agenciasinc.es/Noticias/El-70-de-los-adictos-a-la-heroina-sufre-una-enfermedad-psiquiatrica-asociada>

Asociación Proyecto Hombre. (s.f.). *Con P de Prevención*.

Barreto Pico, M.A (2017). *Papel del trabajador social en las adicciones*. Dominio de las Ciencias, 3(4), 310-326.

Becoña Iglesias, E. (2023). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Berdún Udina, L. (2024, abril 2). *Qué es la salud mental, factores y cómo mejorarla*. LB Psicología.

<https://lbpsicologia.es/blog/que-es-la-salud-mental-factores-y-como-mejorarla/>

Bravo, D., & Díaz, Y. (2013). *Adicciones al juego desde la mirada del trabajo social: La intervención del trabajador social en las adicciones dentro del Programa Juego Responsable* [Tesina de grado, Universidad Nacional de Cuyo]. Biblioteca Digital UNCuyo.

Centre Medic BM. (2014). *Tipos de adicciones*.

<https://centremedicbm.com/es/tipos-de-adicciones/>

Centro Bonanova. (s.f.). *Uso, abuso y dependencia de drogas*. Recuperado el 30 de abril de 2025.

[Uso, abuso y dependencia de drogas - Centro Bonanova](#)

Comisión Nacional de Formación de la Asociación Proyecto Hombre. (2015). *El modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*. Asociación Proyecto Hombre.

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2020). *Apuntes sobre patología dual: Propuestas de la Red SALUD MENTAL ESPAÑA*.

Confederación Salud Mental España. (2019). *Estudio sobre el estigma de la enfermedad mental en Euskadi*.

Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. (2019). *Guía de salud mental con perspectiva de género*.

Cuerno Clavel, L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. *Revista Policía y Seguridad Pública*, 2(2), 65–111.



Dianova International. (s. f.). *Adicciones y salud mental*. En *info adicciones – Una cuestión transversal*.

<https://www.dianova.org/es/info-adicciones/una-cuestion-transversal/adicciones-y-salud-mental/>

Esvidas. (2024). *Plan de adicciones en la provincia de Palencia*

[Castilla y León - Plan Prevención y Tratamiento Adicciones](#)

Forum Valencia. (2023, 27 de diciembre). *Salud mental y adicciones: una relación compleja*. Adicción Valencia.

<https://adiccionvalencia.com/salud-mental-y-adicciones-una-relacion-compleja/>

Gallego Llamas, M. (2019). *El papel del trabajador social en materia de drogodependencia*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. UVaDOC Repositorio Documental.

García, M. A., & Pérez, L. J. (2023). *Impacto del consumo de drogas en la salud mental de adolescentes: Revisión sistemática*. ResearchGate.

González Ayuso, V. (2024, 25 de abril). *El estigma en salud mental*. Blog CREAP – Imserso.

[El estigma en salud mental - Blog del Creap Valencia - Instituto de Mayores y Servicios Sociales](#)

González Ayuso, V. (2024, 8 de mayo). *El estigma en salud mental: Tipos y efectos en la persona con experiencia vivida (Iª parte)*. Blog del CREAP- Imserso.

<https://blogcreap.imserso.es/-/estigma-tipos-impactos>

Infocop Online. (2023, 14 de septiembre). *El declive de la atención en las adicciones*. Consejo General de la Psicología de España.

<https://www.infocop.es/el-declive-de-la-atencion-en-las-adicciones/?cn-reloaded=1>

Instituto Castelaio. (s.f.). *¿Cuáles son las sustancias psicoactivas?*

<https://www.institutocastelao.com/cuales-son-las-sustancias-psicoactivas/>

Instituto Salamanca. (s. f.). *Concepto de salud mental: Desarrollo e importancia.*

[Concepto de Salud Mental: Desarrollo e importancia](#)

International Federation of Social Workers. (2014). *Definición global del trabajo social.*

<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>

Junta de Castilla y León. (s.f.). *Asistencia e integración social - Familia, mujer, adicciones.*

<https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/asistencia-integracion-social.html>

Koob, G.F., & Le Moal, M. (2009). Addiction and the brain antireward system. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238.

[Neurocircuitos de la adicción | Neuropsicofarmacología](#)

Losada, M.J., Márquez, P., & Sebastián, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, (8), 123-134.

<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9595110123A/8412>

Luis Hernández, M. (2022). *Prevención y abordaje del doble estigma que sufren las mujeres con Trastorno Mental Grave en Canarias y actuación desde el Trabajo Social* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria].

Manual MSD. (s.f.). *Trastornos mentales inducidos por sustancias*.

[https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias#Trastornos-mentales-inducidos-por-sustancias\\_v73503306\\_es](https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias#Trastornos-mentales-inducidos-por-sustancias_v73503306_es)

Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. E., Tena-Suck, A., & Villatoro-Velázquez, J. A. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda Mutua. *Salud Mental*, 36(6), 491–497.

Mayor, J. (1995). *Las drogodependencias como objeto del Trabajo Social*. Cuadernos de Trabajo Social, (8), 213–239. Servicio de Publicaciones, Universidad Complutense de Madrid.

MedlinePlus. (s.f.). *Trastorno de consumo de drogas*. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001522.htm>

MedlinePlus. (s.f.). *Tratamiento del trastorno por consumo de alcohol (AUD)*. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.

<https://medlineplus.gov/spanish/alcoholusedisorderautreatment.html>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f.). *Convivencia, desarrollo humano y sustancias psicoactivas*.

[Prevención del consumo de sustancias psicoactivas \(SPA\)](#)

Molina Lorite, A.B. (2014). *Trabajo social e inclusión socio-laboral: Una aproximación a la empleabilidad en personas con problemas de drogodependencias* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Jaén]. CREA.

Ohana Psicología. (s. f.). *¿Qué factores influyen en nuestra salud mental?*

<https://ohanapsicologia.es/que-factores-influyen-en-nuestra-salud-mental/>

Orbium Adicciones. (2025, 23 de enero). *Adicciones a sustancias*.

<https://orbiumadicciones.com/adicciones-a-sustancias/>

Organización Mundial de la Salud. (2022, junio 17). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 8 de junio). *Trastornos mentales*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Uso de sustancias*.

<https://www.paho.org/es/temas/uso-sustancias>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Estigma en salud mental*

Pereiro, M., & Pereiro, M. (2025, 8 junio). *Suicidio y adicciones: una realidad silenciada*. Castela.

<https://www.institutocastelao.com/suicidio-y-adicciones-una-realidad-silenciada/>

Pico, M. A. B. (2017). Papel del trabajador social en las adicciones. *Dominio de las Ciencias*, 3(4), 310-326.

Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2024* [PDF]. Ministerio de Sanidad.

Prieto Rodríguez, A. (2024, 16 de octubre). *Patología dual: comprendiendo la interacción entre trastornos mentales y adicciones*. Top Doctors.

<https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/patologia-dual-comprendiendo-la-interaccion-entre-trastornos-mentales-y-adicciones/>

Proyecto3 Psicólogos. (2023, 4 de abril). *Tipos de adicciones y cómo tratarlas*. Proyecto3 Psicólogos.

<https://www.proyecto3psicologos.com/2023/04/04/tipos-de-adicciones-y-como-tratarlas/>

Psiquiatras Vigo. (2023, 23 de junio). *Factores biológicos y socioculturales que influyen en la salud mental de las personas*.

[https://www.psiquiatrasvigo.com/factores-biologicos-y-socioculturales-que-influyen-en-la-salud-mental-de-las-personas\\_fb93042.html](https://www.psiquiatrasvigo.com/factores-biologicos-y-socioculturales-que-influyen-en-la-salud-mental-de-las-personas_fb93042.html)

Real Academia Española. (s.f.). *adicción*. En *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.).

[adicción | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](#)

Rodríguez Romero, L. (2020). *El papel del trabajador/a social en el ámbito de la drogodependencia* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio UVaDoc.

Sánchez Robres, M. E. (2019, diciembre). *Trabajo social y conductas adictivas: claves para el acompañamiento* [Entrada en blog]. ATSEL – Asociación Nacional de Trabajo Social en Ejercicio Libre.

[Trabajo social y conductas adictivas - Atsel](#)

SOM Salud Mental 360. (s. f.). *Tipos de estigma*.

<https://estigma.som360.org/es/tipos-estigma>

Trujillo Segrera, M. A. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos. *Centro Sur*, 3(2), 14–26

Villarreal, J. L. A., & Guzmán-Saldaña, R. (2021). Modelo Biopsicosocial: De la teoría a la clínica. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 10(19), 101-102.

