

La Humanización de las Adicciones en España. Una mirada desde la Inclusión Social



Organizado por



Financiado por:



Organizado por



Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno Para el Plan Nacional Sobre Drogas o las del Ministerio De Sanidad (DGPNSD)

La DGPNSD no se hace responsable de la originalidad del contenido incluido en este documento

Elaborado por Fundación Ceres (2025).

Financiado por el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

Organizado por



Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

““La gente puede olvidarse de lo que dijiste, pero nunca olvidará cómo los hiciste sentir.”

Maya Angelou

Especial agradecimiento a los Ayuntamientos, Unidades de Conductas Adictivas, Comunidades Terapéuticas, Unidades de Salud Mental, Hospitales y personas usuarias por la colaboración y por su contribución a la mejora de la humanización en el área de las adicciones.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN:	6
2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD	7
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
4. METODOLOGÍA	8
5. RESULTADOS	9
5.1 EVALUACIÓN BIBLIOGRÁFICA	9
ANDALUCÍA	10
ARAGÓN	11
ASTURIAS	12
BALEARES	12
CANARIAS	13
CANTABRIA	14
CASTILLA-LA MANCHA	14
CASTILLA Y LEÓN	15
CATALUÑA	16
EXTREMADURA	17
GALICIA	17
MADRID	18
MURCIA	19
NAVARRA	19
LA RIOJA	20
PAIS VASCO	21
VALENCIA	22
RELACIÓN DE DOCUMENTOS TENIDOS EN CUENTA PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL:	23
CONCLUSIONES	25
5.2. ANÁLISIS DEL NIVEL DE HUMANIZACIÓN PERCIBIDA POR PERSONAS CON ADICCIONES	26
METODOLOGÍA	26
RESULTADOS OBTENIDOS	27
5.3. ANÁLISIS DAFO (DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES) EN LA IMPLANTACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS	40
ÁMBITO SANITARIO	40

ÁMBITO SOCIAL	41
DEBILIDADES	42
AMENAZAS	43
FORTALEZAS	43
OPORTUNIDADES	44
CONCLUSIONES	44
5.4. ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE PARTICIPACIÓN	45
METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE PARTICIPACIÓN	45
DISEÑO DEL PROCESO PARTICIPATIVO	46
ESTRUCTURA METODOLÓGICA DE LAS SESIONES	46
RESULTADOS OBTENIDOS.	47
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	53
CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE PARTICIPACIÓN. ¿QUÉ NOS DICEN ESTAS VOCES SOBRE EL SISTEMA?	54
RECOMENDACIONES Y LLAMADO A LA ACCIÓN PARA PROFESIONALES Y RESPONSABLES INSTITUCIONALES	55
BIBLIOGRAFÍA:	57

1. INTRODUCCIÓN:

Si bien el concepto de las adicciones ha sido muy dinámico, evolucionando desde una percepción basada en la falta de voluntad o debilidad moral en el siglo XX, hasta la percepción actual en la que la adicción ha pasado a entenderse como una enfermedad crónica y compleja, con componentes biológicos, psicológicos y sociales, lo que ha favorecido un enfoque más comprensivo y orientado al tratamiento, aunque el estigma que conlleva tener una adicción es estático y se mantiene a lo largo de la historia.

El estigma, un concepto creado por los griegos, es un término acuñado por Erving Goffman, sociólogo canadiense del siglo XX, que estableció la definición moderna de estigma "un atributo desacreditador definido en términos de relaciones" (1986). Es una característica que hace diferente al individuo y que atrae la desaprobación del entorno social. Se trata de un atributo que, no constituyendo una falta social, moral o que ha sido saldada, se juzga como una marca que vuelve al individuo inferior e indeseable (1986).

El estigma puede intensificar o reiniciar el consumo de drogas. Este fenómeno no solo influye en las personas consumidoras antes y durante su tratamiento, sino también a la población general, ya que el miedo, la incomprensión y la discriminación alrededor de estas personas, contribuye a unas peores condiciones de vida y salud mental.

Es por ello que la humanización en el trato de personas que presentan esta patología se puede ver vulnerada en distintos servicios sociales y sanitarios, con un riesgo elevado de minimizar a esta población a su enfermedad y reducir la importancia de otros factores que puedan estar afectando a su bienestar biopsicosocial.

La humanización se define como el procedo mediante el cual se promueve un trato digno, empático, cercano y personalizado en los entornos sanitarios y sociales, respetando los derechos, la autonomía, la historia vital y la individualidad de cada persona, más allá de su diagnóstico o condición según el Centro de Humanización de la Salud & Cáritas Española. (2013)

“Hablar de humanización reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan. Y esto lo convierte en una necesidad de vital importancia y trascendencia” (J.C. Bermejo, 2014)

2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

Fundación CERES (Centro de Recursos Sociales) cuenta con una experiencia de más de 25 años trabajando y acompañando a personas con adicciones, siendo uno de sus valores la protección de la humanización de las personas usuarias durante su itinerario de inclusión y acompañamiento psicosocial. Durante el desarrollo de sus actividades, se ha detectado la necesidad de estudiar cómo se aborda la humanización en la atención sanitaria y social de las personas con adicciones.

Para entender esta necesidad es necesario comprender la evolución histórica del estigma de esta enfermedad que afecta a la salud biológica, psicológica y social de las personas y su entorno.

Las adicciones, históricamente no han sido tratadas como el resto de enfermedades debido a la falta de comprensión de esta dependencia, enfocándose su intervención a principios del siglo XX en la penalización y castigos como el encarcelamiento por cuestiones de salud. Esto, unido al hecho de que la adicción en sí ya genera un desgaste del entorno social y laboral, propicia que la persona con adicción viva su vida a través de la sustancia, creándose un estilo de vida psicosocial acorde con su nueva situación (Rubio, 2001).

No es hasta mediados de los años 70 y 80 del Siglo XX, tras el gran número de personas afectadas por la heroína, que comienza a hablarse de epidemia y a enfocarse las adicciones en un problema colectivo en lugar de individual, percibiéndose en 1985 por la sociedad española como el segundo problema nacional según el Centro de Investigaciones Sociológicas. (CIS 1985).

Ese mismo año, 1985 se pone en marcha el Plan Nacional Sobre Drogas que junto con los diferentes Planes Regionales crean una red asistencial para atender a las personas con adicciones, en paralelo a las redes normalizadas de salud.

En 2001, encontramos en el artículo de la editorial SEMFYC, cómo los servicios sanitarios de atención primaria empiezan a preocuparse por su papel en el abordaje de las drogodependencias, destacando la necesidad de formación. Según la Foundation Transform Drug Policy, (2010), este factor junto con la falta de sensibilización tiende a etiquetar a las personas con adicciones incluso antes de escucharlas o crear rechazo a estas personas

Debido al aumento de la demanda de estos servicios y la escasez de tiempo del personal, puede que esta humanización se está viendo mermada. Según R.O Urquiza (2017) se prioriza la producción (mayor número de consultas posibles), y con cupos demasiado grandes, población añosa, poco personal, etc., el aumento de la demanda puede reducir los tiempos de cada consulta. En España, por ejemplo, están luchando desde hace años por conseguir al menos 10 minutos por paciente. En algunas regiones están en cerca de 5 minutos, mientras el promedio nacional español se encuentra en 6,7 min por consulta. Tomarse el tiempo necesario para atender las necesidades de las personas es un factor fundamental para no caer en estigmas y para ofrecer a la persona usuaria una calidad asistencial que favorezca su recuperación.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como objetivo general contribuir al conocimiento del grado de humanización en la calidad de la atención social y sanitaria de las personas con adicciones como usuarias en diferentes recursos del Estado de Bienestar a través de un estudio de triangulación multi e interdisciplinar en las diferentes Comunidades Autónomas de España.

Para ello, se plantea una investigación basada en una triangulación metodológica multidisciplinar, abarcando distintos contextos dentro de las Comunidades Autónomas de España.

De forma más específica, este trabajo persigue varios objetivos. En primer lugar, se busca evaluar, a través de encuestas semiabiertas y entrevistas, el grado de humanización que perciben las personas con adicciones en los servicios sanitarios y sociales. En segundo lugar, se pretende analizar las prácticas actualmente existentes orientadas a la humanización en dichos servicios, mediante la revisión de estrategias tanto regionales como estatales. Asimismo, se propone identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que enfrentan los sistemas de atención sanitaria y social en su camino hacia una atención más humanizada. Por último, se aspira a generar propuestas de mejora que favorezcan dicha humanización, incorporando para ello las perspectivas y experiencias de las personas con adicciones y sus familias, a través de dinámicas participativas.

4. METODOLOGÍA

El presente estudio se enmarca en una triangulación de la investigación cualitativa y cuantitativa. A través de esta metodología mixta nos permite realizar un análisis de datos cuantitativo, necesario para una comprensión objetiva y una medición precisa de la realidad y permitiendo cuantificar la satisfacción en torno a los servicios sanitarios y sociales de tratamiento de adicciones; junto al análisis cualitativo que explora las propuestas que desarrollen las personas a través de las cuestiones abiertas, lo que permite una comprensión más holística, que se adecúe al carácter humano de la investigación y que tiene en cuenta áreas de estudio menos parametrizables; consiguiendo así un análisis completo de la situación, desde múltiples perspectivas y mejorando la calidad del estudio.

Además, se utilizará la metodología de investigación-acción participación (IAP) que ha sido conceptualizada como un proceso por el cual miembros de un grupo o una comunidad oprimida, colectan y analizan información, y actúan sobre sus problemas con el propósito de encontrarles soluciones y promover transformaciones políticas y sociales (Selener, 1997). Esta metodología es muy importante a la hora de hacer partícipes y decisoras a las personas usuarias de su propio proceso de mejora de la calidad de los servicios, factor clave de la humanización que se pretende defender con el presente proyecto.

Para la consecución de esta metodología se llevarán a cabo grupos de participación en los que las personas usuarias podrán explicar los problemas encontrados en el proceso

de humanización de servicios sanitarios y sociales y podrán realizar sus propuestas para elevarlas a las instituciones correspondientes a través de un informe.

En relación a la aplicación de la perspectiva de género en nuestra investigación, implica que el género se considere una variable clave y explicativa en sí misma. Si no se tienen en cuenta las cuestiones de género pertinentes o se abordan de manera superficial, los resultados de la investigación pueden ser parciales y potencialmente tendenciosos.

5. RESULTADOS.

5.1 EVALUACIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Para llevar a cabo un correcto análisis de las prácticas para la consecución de la humanización existentes en los servicios sanitarios y sociales prestados a personas con adicciones se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de estrategias y planes tanto estatales como autonómicos para observar el planteamiento estratégico en materia de atención a personas con adicciones.

Para empezar, se ha tenido en cuenta La Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017 – 2024, realizada por la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, un órgano directivo adscrito al **Ministerio de Sanidad**. Esta estrategia se ve completamente comprometida con la humanización de las personas con adicciones, incluyendo en sus ejes centrales la atención a colectivos vulnerables, la perspectiva de género, la participación de la sociedad civil e innovando en la búsqueda de respuestas centradas en la persona, integrales y equitativas a las diferentes tipologías de adicciones, incluidas las más novedosas como el juego patológico. Además, se rige por valores como el enfoque de salud pública integral, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad; la universalidad; la coherencia y colaboración entre administraciones públicas, la atención a la diversidad y la corresponsabilidad social y pública.

En cuanto a documentos estatales sobre humanización, se ha considerado la cronología de las principales etapas evolutivas de la humanización de la atención sanitaria en España. Tal y como expone la Fundación HUMANS en su publicación Situación de la Humanización de la Atención Sanitaria en España. Revisión 2023–2024, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), operativo hasta el año 2002, desempeñó un papel pionero en este ámbito. En 1984, el INSALUD promovió el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria, orientado a una atención integral y personalizada que contemplara las dimensiones médicas, emocionales y psicológicas del paciente. Posteriormente, en 1987, se implementó un programa específico que incorporaba medidas como la formación en habilidades comunicativas para profesionales sanitarios y la creación de comités de humanización en los centros hospitalarios.

A pesar de la desaparición del INSALUD, el actual Sistema Nacional de Salud (SNS) ha continuado e intensificado estas acciones. Instituido formalmente en 1989 y regulado por la Ley General de Sanidad de 1986, el SNS se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y solidaridad. La transferencia de competencias sanitarias a las

comunidades autónomas en 2002 consolidó un modelo descentralizado, que permitió a cada región gestionar y adaptar su propio sistema sanitario. Esta descentralización ha tenido un impacto significativo en el desarrollo y aplicación de políticas de humanización, que han evolucionado de forma heterogénea en función de las prioridades, estrategias y capacidades específicas de cada comunidad autónoma.

Es por esta razón por la que se han analizado diferentes planes estratégicos de Servicios Sociales y Sanitarios de las diferentes Comunidades Autónomas para conocer su nivel de preocupación por la humanización de las personas que sufren adicciones y la cual desarrollaremos a continuación.

ANDALUCÍA.

- **Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: estrategia de humanización compartida. (2021):** Esta estrategia transversal para promover la atención centrada en la persona en entornos sanitarios establece medidas desde un enfoque generalista, pero no aborda directamente la problemática de las adicciones, no encontrando ninguna referencia a las adicciones, ni a personas con trastorno por consumo de sustancias ni tiene relación alguna con su Plan Autonómico sobre Drogas y Adicciones.
- **IV Plan Andaluz de Salud (2013 - 2020):** Pese a que el presente plan autonómico no contiene la palabra humanización y apenas podemos apreciar la palabra adicciones en todo su documento, sí que contiene algunas medidas encaminadas a la humanización. Esto puede deberse a la antigüedad de su Plan, dado que el periodo de vigencia del mismo finalizó en 2020 y la estrategia autonómica de humanización se publicó un año más tarde. Habiendo transcurrido más de 5 años desde su finalización sin que haya habido una actualización podría comprometer la alineación de las estrategias de salud con las necesidades emergentes de la población.
- **III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020:** Pese a ser un documento publicado previo al Plan de Humanización Autonómico, sí que encontramos la humanización como uno de los puntos destacados en las líneas de actuación y se detectan medidas concretas de humanización para personas con adicciones, destacando la importancia de la participación de las personas usuarias y sus familias, así como la necesidad de adaptar las prestaciones a las necesidades específicas de los colectivos en situación de riesgo o desventaja social y reducir el estigma de este grupo poblacional. Si bien tiene muchos puntos favorables, permanece sin actualización a pesar de haber finalizado su vigencia, lo que evidencia una falta de planificación estratégica continuada en un ámbito especialmente sensible como la salud mental y las adicciones.
- **III Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2016-2021):** Tras el análisis de este plan estratégico, se evidencia la ausencia de la palabra humanización durante todo el documento. Pese a ello, encontramos entre sus líneas prioritarias actuaciones encaminadas a la humanización del grupo poblacional, como la integración de la perspectiva de género, intervenciones encaminadas a la reducción de la exclusión social, promoción de la calidad de los servicios. Continúa la tendencia de que el Plan Estratégico se encuentra fuera del periodo de vigencia.

- **Plan Estratégico de Servicios Sociales de Andalucía 2022-2026:** Encontrándose dentro del periodo de vigencia, el presente plan no aborda de forma específica la humanización ni la atención a personas con adicciones, no apareciendo estas palabras en sus principios y líneas estratégicas, aunque sí que ofrecen un marco que puede favorecer una atención más centrada en la persona y adaptada a sus necesidades.

ARAGÓN:

- **Humanizando Contigo Estrategia De Activación De La Humanización En El Ámbito Sanitario De La Comunidad Autónoma De Aragón:** Vigente en 2025, promueve una atención sanitaria centrada en la persona, con énfasis en la comunicación, el trato digno y la participación ciudadana. Sin embargo, no se identifican menciones explícitas a la humanización de la atención a personas con adicciones o trastornos por consumo de sustancias. Aunque se contemplan líneas generales como “cuidar en situaciones especiales” y “atención integral”, no se detallan acciones específicas para este colectivo. Esto sugiere una oportunidad para integrar de manera más visible y concreta las necesidades de las personas con adicciones en futuras actualizaciones de la estrategia.
- **Plan de Salud de Aragón 2030:** El plan actualmente vigente apuesta por un enfoque integral y generalista; sin embargo, las referencias a la humanización de la atención son escasas, aunque sí encontramos medidas concretas orientadas a garantizar un trato humano. En el caso de la atención a personas con adicciones, aunque se recogen diversas acciones, estas se centran principalmente en la vigilancia epidemiológica, el ámbito laboral y la prevención, sin contemplar actuaciones específicas que aseguren una atención verdaderamente humanizada a quienes padecen esta problemática.
- **Plan de Salud Mental 2022 – 2025:** Este plan estratégico autonómico contempla líneas estratégicas diferenciadas destinadas tanto a la humanización de la atención sanitaria como al abordaje de las adicciones. En particular, la línea específica relativa a los trastornos adictivos incorpora diversas actuaciones orientadas a garantizar un enfoque humanizado en la atención a esta población, promoviendo intervenciones centradas en la dignidad, el respeto y la individualización del cuidado.
- **III Plan De Adicciones De La Comunidad Autónoma De Aragón. 2018-2024:** Realizando el análisis de este documento fuera del periodo de vigencia encontramos carencia de la palabra humanización y escasez de medidas orientadas a esta causa.
- **III Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón 2023-2026:** Aunque el plan no incluye medidas específicas para la humanización de la atención a personas con adicciones, su enfoque en la atención centrada en la persona y en la mejora de la calidad de los servicios puede beneficiar a este colectivo. Sin embargo, sería recomendable que futuras actualizaciones del plan incorporen acciones concretas dirigidas a garantizar una atención más humanizada y adaptada a las necesidades específicas de las personas con trastornos por consumo de sustancias.

ASTURIAS:

- **Plan de Humanización del Sistema Sanitario del Principado de Asturias (2024):** Si bien el plan establece una base sólida para la humanización de la atención sanitaria en general, sería recomendable que futuras actualizaciones del mismo incorporen medidas específicas dirigidas a garantizar una atención más humanizada y adaptada a las necesidades particulares de las personas con adicciones.
- **Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030:** Aunque el término humanización apenas se menciona explícitamente en el documento —apareciendo únicamente en dos ocasiones—, se identifican áreas específicas y acciones alineadas con los principios y objetivos propios de la atención humanizada. No obstante, en relación con las adicciones, únicamente se contempla una medida orientada a la prevención, evidenciándose una carencia de actuaciones concretas que promuevan la humanización de la atención dirigida a este colectivo.
- **Plan De Salud Mental De Asturias 2023-2030:** El plan establece un marco estratégico integral orientado a la mejora de la salud mental de la población asturiana, fundamentado en principios de equidad, participación comunitaria, adecuación de espacios y atención centrada en la persona, reflejando un compromiso significativo con la humanización de la atención y los servicios. No obstante, se observa una insuficiente incorporación de acciones específicas dirigidas a la humanización de la atención a personas con trastornos por consumo de sustancias, colectivo que queda escasamente representado en el documento.
- **Plan Sobre Drogas Principado de Asturias 2010-2016:** El plan reconoce la relevancia de fundamentar las intervenciones en los principios de una sociedad democrática, donde se garantizan los derechos individuales de los ciudadanos, incluyendo el derecho a la libertad y a la salud. En este marco, se fomenta una atención que respeta la dignidad y autonomía de las personas afectadas por las adicciones. No obstante, el término humanización no se encuentra presente en el documento, el cual además se encuentra fuera del periodo de vigencia desde hace nueve años.

BALEARES:

- **Pla d'Humanitzacio en l'Àmbit de la Salut 2022-2027:** Cuenta con un enfoque hacia la atención integral de las personas, basado en el modelo biopsicosocial y con atención a la perspectiva de género. No obstante, no se identifican medidas específicas dirigidas a la humanización de la atención a personas con adicciones. Esta ausencia puede limitar la aplicación de un enfoque integral y humanizado para este colectivo, que con frecuencia se ve afectado por estigmatización y falta de recursos adaptados a sus necesidades particulares.
- **Plan Estratégico De Salud Mental De Las Islas Baleares 2016 – 2022:** A pesar de encontrarse fuera de su periodo de vigencia desde el año 2022, el presente plan evidencia un notable compromiso con la humanización de la atención sanitaria, al incorporar una línea estratégica específica acompañada de medidas concretas orientadas a este fin. Asimismo, se contempla de forma explícita la atención a personas con adicciones dentro de dicha estrategia. No obstante, se identifica una carencia de acciones específicas dirigidas a la humanización del abordaje de este colectivo, lo cual limita el alcance integral del enfoque propuesto.
- **Plan Integral de Adicciones de las Illes Balears 2025 – 2032:** Aunque el plan no utiliza explícitamente el término "humanización" su enfoque incluye la detección, la

prevención de riesgos, el tratamiento, la reducción de daños y la incorporación social, y se orienta a conceptualizar un modelo no lineal de atención integral de calidad, inclusivo y participativo, con diferentes medidas encaminadas a la humanización y la erradicación del estigma de personas con adicciones

CANARIAS:

- En el momento actual, la Comunidad Autónoma de Canarias **no cuenta con un plan autonómico específico en materia de humanización**, lo que evidencia una oportunidad estratégica para el desarrollo de políticas orientadas a mejorar la calidad y calidez de la atención centrada en la persona.
- **Plan De Salud De Canarias 2016-2017:** Actualmente fuera de su periodo de vigencia, no incluye ninguna mención explícita al concepto de “humanización”. Aunque se apoya en valores como la equidad y la participación, carece de estrategias o acciones orientadas a la atención humanizada, especialmente en lo referente a personas con adicciones, lo que evidencia una limitación significativa en su enfoque integral.
- **Plan de Salud Mental de Canarias 2019–2023:** Este plan, el cual ha finalizado su periodo de vigencia, se centró en áreas clave como la atención a personas con trastorno mental grave, la población infanto-juvenil y la lucha contra el estigma asociado a las enfermedades mentales. Sin embargo, al revisar el documento, se observa que no se hace mención explícita al término "humanización" en el contexto de la atención sanitaria. Aunque se promueve la coordinación entre salud mental y el ámbito sociosanitario, y se busca la rehabilitación psicosocial de los pacientes, la ausencia de una estrategia específica orientada a la humanización limita la capacidad del plan para abordar de manera integral las necesidades emocionales y sociales de las personas afectadas. Además, el plan no aborda de manera específica la atención a personas con adicciones, lo que representa una oportunidad perdida para integrar estrategias que promuevan una atención más empática y centrada en la persona para este colectivo.
- **IV Plan Canario Sobre Adicciones 2022-2024:** Este plan se enfoca en áreas clave como la prevención, la atención integral, la reducción del daño, la incorporación social y laboral, la reducción de la oferta, y el soporte y apoyo a través de la formación, investigación y coordinación interinstitucional. A pesar de su enfoque integral, el documento no menciona explícitamente el término "humanización" ni desarrolla estrategias específicas orientadas a la humanización de la atención a personas con adicciones. Esta omisión representa una oportunidad para que futuras estrategias incorporen de manera explícita principios y acciones que promuevan una atención más empática, centrada en la persona y respetuosa de la dignidad y autonomía de los individuos afectados.

Dado que el periodo de vigencia del plan concluye en 2024, es crucial que la próxima estrategia regional en materia de adicciones integre de forma explícita la humanización como eje transversal, fortaleciendo así la calidad y eficacia de la atención prestada a este colectivo.

CANTABRIA.

- Actualmente, la **Comunidad Autónoma de Cantabria no dispone de un plan autonómico específico dedicado a la humanización**. Esta carencia representa una ocasión estratégica para impulsar iniciativas y marcos normativos que refuercen una atención más cercana, empática y centrada en las necesidades individuales de las personas.
- **Plan de Salud Digital de Cantabria 2024 – 2027**: El presente plan de salud contempla diversos objetivos estratégicos dirigidos a fomentar la humanización de la atención sanitaria y de los servicios, e incorpora una Línea de Acción específica con este enfoque. Sin embargo, se identifica la ausencia de menciones explícitas al abordaje de las adicciones dentro del marco del plan.
- **Plan De Salud Mental De Cantabria 2022 – 2026**: El plan autonómico vigente incorpora un enfoque centrado en la humanización de los servicios sanitarios y en la atención personalizada, estableciendo la humanización como uno de sus principios rectores. Esta se concibe como la aproximación del sistema sanitario a las personas usuarias desde una perspectiva de calidad humana, promoviendo la empatía, el respeto y un abordaje integral de sus necesidades. Asimismo, el documento contempla líneas estratégicas específicas dirigidas a la atención de personas con conductas adictivas. No obstante, se advierte una limitada presencia de medidas orientadas explícitamente a la humanización en dichas líneas.

CASTILLA-LA MANCHA:

- **Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. 2019 – 2025**: marco estratégico para promover una atención sanitaria centrada en la persona, basada en valores como la empatía, el respeto y la participación activa de pacientes y profesionales. Este plan busca garantizar una atención más cercana y respetuosa, fomentando la corresponsabilidad de todos los agentes implicados en el sistema sanitario.

Sin embargo, al analizar el contenido del plan, se observa que no se hace mención específica a las personas con adicciones ni se detallan medidas orientadas a la humanización de la atención para este colectivo. Aunque el plan prioriza proyectos de humanización para colectivos específicos y de mayor vulnerabilidad, no se identifican acciones concretas dirigidas a las personas con conductas adictivas.

- **Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025**: El presente Plan Estratégico constituye un compromiso firme con la mejora de la salud de la población a través de un enfoque integral que enfatiza la humanización de la asistencia sanitaria. Asimismo, se identifica una línea específica dirigida a las personas con adicciones, que incluye algunas medidas orientadas a la humanización, si bien sería recomendable ampliar estas acciones para potenciar su impacto.
- **Plan de Salud Mental de Castilla – La Mancha 2017 – 2025**: El plan de Salud, aún en periodo de vigencia contempla la Humanización de la Asistencia como uno de los pilares estratégicos además de contemplar objetivos y medidas concretas para las personas con adicciones, la perspectiva de humanización aplicada explícitamente a este colectivo aparece de manera limitada. Se echan en falta acciones más

concretas que aborden aspectos clave de la humanización, como la eliminación del estigma, el acompañamiento empático y la mejora de la experiencia del usuario.

- **Plan Regional de Adicciones de Castilla-La Mancha 2022-2025:** Analizando el presente documento, se observa que apenas se menciona la palabra humanización a lo largo del documento, aunque si encontramos objetivos encaminados a la mejora de acceso a los tratamientos, contrarrestando las dificultades que existen para mujeres entre otros colectivos en situación de especial vulnerabilidad y la calidad de vida de las personas usuarias de drogas, son limitadas las acciones encaminadas a la humanización de este colectivo.

CASTILLA Y LEÓN:

- **Plan Persona: Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti (2021-2024):** Esta estrategia integral orientada a humanizar la atención sanitaria en la región representa un paso importante hacia la humanización de la atención sanitaria, aunque no incluye medidas para la humanización de las personas con adicciones y se encuentra fuera del periodo de vigencia.
- **IV Plan de Salud Castilla Y León Perspectiva 2020:** Aunque la palabra "humanización" se menciona únicamente de forma puntual a lo largo del documento, se identifican objetivos y medidas orientados a promoverla, tales como la sensibilización social y la atención a la exclusión social. Sin embargo, el plan carece de referencias explícitas a las adicciones, lo que evidencia una carencia de enfoque específico hacia la humanización en la atención a este colectivo. Esta limitación podría estar relacionada con la falta de actualización del plan, dado que se encuentra fuera del periodo vigente de ejecución.
- **Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024 – 2030:** incorpora la humanización como uno de sus ejes transversales, reconociendo la importancia de ofrecer una atención respetuosa, digna y centrada en la persona. Además, conlleva medidas específicas en humanización de personas con adicciones, sin embargo, la humanización de este colectivo podría fortalecerse mediante la inclusión de medidas específicas que promuevan la eliminación del estigma asociado a las adicciones, el fomento de la participación activa de los pacientes en su proceso de recuperación y la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud mental y adicciones.
- **Plan Autonómico de Castilla y León Sobre Adicciones 2024 – 2030:** La palabra "humanización" se menciona únicamente en una ocasión a lo largo del documento; si bien algunos principios estratégicos sugieren un enfoque vinculado a la humanización, posteriormente no se identifican medidas concretas dirigidas a su implementación efectiva.
- **Plan Estratégico De Los Servicios Sociales De Castilla Y León 2022 – 2025:** La palabra humanización no aparece en ninguna ocasión a lo largo del documento, ni tampoco medidas encaminadas a la consecución de la misma. Las referencias que encontramos en cuanto a medidas para personas con adicciones, van encaminadas a la prevención y coordinación, pero no encontramos medidas para la humanización de la atención o los servicios de este colectivo.

CATALUÑA:

- En la actualidad, **la comunidad autónoma de Cataluña no cuenta con un plan específico dedicado a la humanización**. Esta situación ofrece una oportunidad para el desarrollo de iniciativas que refuercen la atención centrada en la dignidad y el bienestar de los pacientes. Incorporar un enfoque de humanización en futuras estrategias contribuiría a mejorar la calidad y la experiencia de los servicios sanitarios y sociales en la región.
- **Pla De Salut De Catalunya 2021-2025:** Este plan autonómico incorpora la humanización en su visión estratégica, entendiendo la salud como un concepto integral que incluye el bienestar emocional y la participación activa de las personas en su proceso de salud. Esta perspectiva se refleja en el énfasis en la atención centrada en la persona, que promueve la dignidad, autonomía y la participación en la toma de decisiones sobre su salud.

Aunque el Plan de Salud incorpora la humanización en su orientación general y aborda las adicciones como un reto específico, la integración explícita de la humanización en la atención a personas con adicciones podría estar más destacada. La humanización en este contexto implica no solo un trato respetuoso y digno, sino también la consideración de las necesidades emocionales, sociales y culturales de las personas afectadas, así como su participación activa en el diseño e implementación de los servicios que les afectan.

- **Estratègies 2017-2020: Pla Director De Salut Mental I Addiccions:** Este plan estratégico, aunque se encuentra fuera del periodo de ejecución, promueve una atención centrada en la persona, con énfasis en la recuperación, la inclusión social y la equidad territorial. Aunque el término "humanización" no se menciona explícitamente, los principios y líneas estratégicas del plan reflejan un compromiso con este enfoque.

En relación con las adicciones, el plan aborda su prevención, detección y tratamiento, in embargo, la integración explícita de la humanización en la atención a personas con adicciones podría estar más desarrollada.

- **Pla de Drogues i Addiccions Comportamentals 2019-2023:** Aunque el plan no utiliza explícitamente el término "humanización", su enfoque centrado en la persona, el empoderamiento individual y la atención a los determinantes sociales de la salud reflejan los principios fundamentales de la humanización en la atención a personas con adicciones. La implementación de estas estrategias puede contribuir significativamente a mejorar la calidad y la calidez de los servicios ofrecidos a este colectivo.
- **II Pla Estratègic de Serveis Socials (PESS) 2021-2024:** Aunque el plan no menciona explícitamente el término "humanización", sus principios y objetivos reflejan un compromiso con este enfoque. Se promueve la atención centrada en la persona, la participación activa de los usuarios en su plan de intervención y la reorganización territorial de los servicios para acercarlos a la ciudadanía. En relación con las adicciones, el PESS no aborda de manera específica la atención a personas con trastornos por consumo de sustancias o adicciones comportamentales por lo que sería conveniente tenerlo en cuenta en su actualización.

EXTREMADURA:

- **Plan de Acción de Humanización de la Atención Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud 2025:** Este plan de acción representa un avance significativo para la atención humanizada, centrada en la persona, a dignidad y la participación de las personas usuarias, aunque, como la mayoría, no refleja al colectivo de las personas con adicciones.
- **Plan de Salud de Extremadura 2021 – 2028:** Este plan estratégico cuenta con un eje estratégico específico para la calidad, la humanización de la atención y seguridad de las personas usuarias y para la participación ciudadana.

Aunque el plan aborda por separado las adicciones y la humanización de la atención, no se detallan estrategias específicas que integren ambos enfoques. La implementación de medidas que consideren la humanización en la atención a personas con adicciones podría mejorar la eficacia de las intervenciones, al fomentar un trato más empático, respetuoso y adaptado a las necesidades **individuales de este colectivo.**

- **III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020:** El presente plan presenta un enfoque comunitario y participativo que sitúa a la persona en el centro de la atención. Aunque el término "humanización" no se menciona explícitamente, los principios del plan reflejan un compromiso con una atención centrada en la persona y respetuosa de su dignidad. En cuanto a la planificación de medidas de personas con adicciones, se centra en la atención integral y comunitaria pero no encontramos medidas específicas encaminadas a la humanización. No obstante, esto podría deberse a que el plan no ha sido actualizado y se encuentra fuera del periodo de ejecución.
- **Plan de Adicciones de Extremadura PAE 2018 – 2023:** A pesar de que el presente plan se encuentra fuera de su periodo de ejecución, no se identifican referencias explícitas al concepto de humanización a lo largo del documento. Si bien se reconoce un enfoque integral y centrado en la persona, con especial atención a la perspectiva de género y a colectivos en situación de vulnerabilidad, se observa la ausencia de medidas específicas orientadas a promover la humanización de la atención en la población diana. Esta carencia limita la alineación explícita del plan con los principios de calidad asistencial centrada en la dignidad y el respeto hacia las personas con adicciones.

GALICIA:

- **Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria:** Con enfoque claro y explícito hacia la mejora de la calidad asistencial mediante la promoción de la humanización en la atención sanitaria, este plan reconoce la importancia de abordar las adicciones con una perspectiva integradora y humanizadora, aunque no desarrolla demasiadas medidas para la consecución de este objetivo.
- **Estratexia Galega de Saúde 2030:** Aunque el término "humanización" no aparece de forma explícita, el plan incorpora principios clave vinculados a la humanización, tales como la personalización de la atención, el empoderamiento del paciente, la

comunicación eficaz entre profesionales y usuarios, y el respeto por la dignidad y autonomía del paciente. Pese a ello, la estrategia no contiene referencias al colectivo de personas con adicciones.

- **Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19 Periodo 2020-2024:** El plan destaca la importancia de la participación activa de las personas con trastornos mentales en su propio proceso de atención, promoviendo su autonomía y la integración social. Pese a ello, y tener una especial implicación en la reducción del estigma de las personas con enfermedades mentales, no tiene medidas específicas para la humanización de las personas con adicciones, centrándose únicamente en la prevención de las mismas.
- **Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016:** Durante el documento, no se encuentra reflejada la palabra humanización, sin embargo, aparece un enfoque centrado en la persona y su dignidad que refleja este principio. Esta ausencia puede deberse a la falta de actualización del Plan Estratégico.
- **Estratexia Galega De Seguridade E Calidade Asistencial 2024-2028:** Aunque el término "humanización" no se menciona explícitamente, la estrategia incorpora principios fundamentales asociados a una atención centrada en la persona. Se promueve la participación activa de los pacientes en sus cuidados, proporcionando información clara y comprensible, y se enfatiza la necesidad de una comunicación eficaz entre personal profesional y personas usuarias.

En relación con las personas con adicciones, la estrategia no contempla medidas específicas dirigidas a este colectivo. Sin embargo, su enfoque integral y centrado en la persona, establece un marco propicio para la implementación de acciones que favorezcan la atención humanizada de las personas con trastornos adictivos.

MADRID:

- **II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025:** Este plan se fundamenta en los principios de "curar, cuidar y acompañar", y se estructura en torno a cuatro líneas estratégicas: atención centrada en la persona, infraestructuras y entornos humanizados, profesionales como agentes de humanización, y liderazgo y organización humanizada. Pese a ello, no aborda de manera específica la atención a personas con adicciones.
- **Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria 2022-2026:** Pese a que la estrategia sienta las bases para una atención sanitaria más humana, equitativa y participativa, el término "humanización" no se menciona explícitamente. Si bien no se centra específicamente en las adicciones, su enfoque integral y comunitario ofrece oportunidades para desarrollar intervenciones que aborden las necesidades de las personas con trastornos adictivos desde una perspectiva humanizada.
- **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022 – 2024:** Este plan autonómico cuenta con una línea estratégica encaminada a la participación, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental, pero en ella no tienen en cuenta a las personas con adicciones, por lo que se recomendaría que aumentaran las medidas encaminadas para este colectivo.

- **Plan Regional Contra las Drogas de la Comunidad de Madrid 2024 – 2027:** En el desarrollo del Plan regional, no aparece la palabra humanización y tampoco se observan medidas específicas para el trato humanizado de las personas con adicciones.
- **Plan Estratégico de Servicios Sociales 2023 – 2027:** En el desarrollo el plan de servicios sociales tampoco apreciamos la palabra humanización, aunque si encontramos medidas encaminadas a la consecución de la misma como el fomento de la participación comunitaria y trabajo en red para la planificación y ejecución de las actuaciones. Además, tiene como objetivo central favorecer el ejercicio de los derechos y garantías de las personas en el sistema de servicios sociales, partiendo de un enfoque basado en la atención a sus necesidades, condicionantes y capacidades. Pese a ello, no tiene actuaciones directas para las personas con adicciones.

MURCIA:

- Si bien en 2020 se anunció la elaboración de un plan para coordinar las acciones de humanización en los centros sanitarios, la Región de Murcia **no dispone actualmente de un plan autonómico integral de humanización.**
- **Plan Salud 2010 – 2015:** El presente plan lleva 10 años fuera del periodo de ejecución, posiblemente sea por tanto el motivo por el cual no aparece la palabra humanización en el documento ni encontremos apenas acciones encaminadas a la humanización de las personas con adicciones.
- **Estrategia de Mejora Salud Mental 2023-2026:** El presente plan integra como ejes principales el modelo de atención centrado en la personas; la ciudadanía: estigma y derechos y calidad, priorizando así la humanización en la atención. Estos valores y cuidado a la humanización se ven reflejadas en las medidas previstas para la atención de las adicciones.
- **Plan Regional sobre Adicciones 2021 – 2026:** Pese a que el plan regional apenas utiliza explícitamente el término "humanización", su enfoque integral, la inclusión de nuevas formas de adicción y la atención a las necesidades específicas de la población reflejan un compromiso con una atención más humana y centrada en la persona. La implementación de estas estrategias puede contribuir significativamente a mejorar la calidad y eficacia de los servicios ofrecidos a las personas con trastornos adictivos en la Región de Murcia.
- **Plan Regional de Servicios Sociales Región de Murcia 2023 – 2026:** El presente Plan de Servicios Sociales no contempla la atención a personas con adicciones ni la palabra humanización en el desarrollo de su planificación.

NAVARRA:

- **Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra 2024 – 2028:** La presente estrategia que vela por la humanización del sistema de salud en un enfoque generalista, detectando la necesidad de incorporar medidas específicas en colectivos concretos, específicamente el de personas con adicciones.

- **Plan de Salud de Navarra 2014 – 2020:** Pese a que encontramos objetivos orientados a la consecución de un trato humanizado, no aparece la palabra humanización en el documento, pudiendo deberse a la necesidad de actualización del plan. En cuanto al tratamiento de los problemas derivados de las adicciones, la estrategia se encuentra centralizada en la prevención.
- **Plan de Salud Mental de Navarra 2019 – 2023:** En el presente plan autonómico se identifica la humanización como un objetivo explícito, incorporado de manera transversal en múltiples acciones contempladas en sus distintas líneas estratégicas. No obstante, se advierte la ausencia de medidas específicamente orientadas a la humanización de la atención dirigida a personas con adicciones, lo cual representa una oportunidad de mejora para reforzar la equidad y la calidad en la atención a este colectivo.
- **Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018 – 2023:** Tal como refleja su denominación, el plan centra sus esfuerzos en la prevención de las adicciones, adoptando una perspectiva orientada a la protección de los derechos humanos. Sin embargo, no se identifican medidas específicas dirigidas a la humanización de la atención a personas con trastornos por consumo de sustancias. Considerando que el periodo de vigencia del plan ha finalizado, se recomienda que en futuras actualizaciones se incorporen estrategias explícitas de humanización, con el fin de garantizar una atención más integral, equitativa y centrada en la persona.
- **Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2019 – 2023:** En el presente plan estratégico se identifica únicamente una medida relacionada con la humanización, la cual no está específicamente orientada a la atención de personas con adicciones, dado que las intervenciones dirigidas a este colectivo se centran exclusivamente en la prevención. Por tanto, se considera pertinente que en futuras actualizaciones se incorporen acciones que aborden de manera explícita la humanización de la atención a personas con trastornos por consumo de sustancias, promoviendo un enfoque más integral y centrado en la persona.

LA RIOJA

- La Comunidad Autónoma de La Rioja no dispone actualmente de un plan autonómico específico en materia de humanización de la asistencia sanitaria. Esta ausencia representa una oportunidad estratégica para impulsar políticas orientadas a mejorar la calidad del trato y la atención centrada en la persona.
- **IV Plan de Salud La Rioja 2030:** El análisis del presente documento evidencia la ausencia de acciones específicamente orientadas a la humanización de la asistencia sanitaria. En relación con las adicciones, las intervenciones se centran exclusivamente en la prevención, sin contemplar medidas dirigidas a promover una atención humanizada para este colectivo. Esta limitación sugiere la necesidad de incorporar enfoques más integrales y centrados en la persona en futuras revisiones del plan.
- **IV Plan Estretrégico de Salud Mental de la Rioja 2021 – 2025:** El documento incorpora, entre sus acciones a medio plazo, la consideración de intervenciones orientadas a la humanización de la asistencia, así como la inclusión de la humanización entre sus valores fundamentales. No obstante, se observa una

carencia de medidas específicas dirigidas a la atención humanizada de personas con adicciones, lo que señala una oportunidad de mejora en la incorporación de este enfoque en futuras actualizaciones.

- **Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018 – 2024:** Aunque los derechos humanos están presentes entre los valores fundamentales que guían el desarrollo del plan, el término "humanización" no se menciona explícitamente a lo largo del documento. No obstante, se identifican diversas medidas orientadas a garantizar una atención basada en el trato digno, la calidad asistencial y la equidad, principios que se alinean con los fundamentos de la humanización.
- **Plan Estratégico de Servicios Sociales de La Rioja 2023 – 2026:** El documento no incluye referencias explícitas a los términos "humanización" ni "adicciones". No obstante, sus líneas estratégicas enfatizan principios como la igualdad, la equidad y la proximidad, promoviendo el fortalecimiento de la atención primaria para garantizar servicios sociales comunitarios y accesibles en todo el territorio, así como mecanismos que aseguren una atención integrada inter e intra administrativa. Sin embargo, se identifica una carencia de medidas específicas dirigidas al colectivo de personas con adicciones.

PAIS VASCO

- **Modelo de Humanización Osakidetza 2023:** Este documento establece un marco integral para promover la humanización en la atención sanitaria, con un enfoque centrado en la persona, el respeto a la dignidad y la empatía. Se priorizan valores como la cercanía, la comunicación efectiva y la personalización de los cuidados. El modelo es explícito y transversal, aunque no profundiza específicamente en colectivos como las personas con adicciones, dejando espacio para un desarrollo más específico en este ámbito.
- **Plan de Salud Euskadi 2030:** Este plan incorpora la humanización como un valor implícito dentro de su enfoque global hacia la salud pública, priorizando la equidad, la calidad y la participación comunitaria. Aunque el documento menciona la atención centrada en la persona, no destaca acciones concretas de humanización ni específicas para personas con adicciones, lo que evidencia una oportunidad para fortalecer este aspecto en futuras revisiones.
- **Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023 – 2028:** La estrategia refleja un compromiso claro con la humanización, enfatizando la atención integral y personalizada en salud mental. Reconoce la importancia de la inclusión social y el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales. Además, contempla acciones dirigidas a mejorar la calidad y calidez del trato, aunque la explicitud sobre la humanización específica para personas con adicciones podría ser mayor.
- **VIII Plan Sobre Adicciones de Euskadi 2023 – 2027:** La estrategia refleja un compromiso claro con la humanización, enfatizando la atención integral y personalizada en salud mental. Reconoce la importancia de la inclusión social y el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales. Además, contempla acciones dirigidas a mejorar la calidad y calidez del trato, aunque la explicitud sobre la humanización específica para personas con adicciones podría ser mayor.

- **II Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2023 -2026:** El plan enfatiza la igualdad, la proximidad y la equidad en la prestación de servicios sociales comunitarios. Promueve la atención integrada y centrada en las necesidades individuales, alineándose con principios humanizadores. No obstante, la referencia explícita a la humanización en la atención a personas con adicciones es escasa, lo que indica una posible área de mejora para abordar con mayor profundidad este colectivo.

VALENCIA

- **Pla D'Humanització de L'Assistència Sanitària del Sistema Valencià de Salut 2025 – 2028:** Este plan establece un marco integral para promover la humanización en la atención sanitaria, centrado en la persona y el respeto a la dignidad. Se priorizan valores como la cercanía, la comunicación efectiva y la personalización de los cuidados. Aunque el modelo es explícito y transversal, no profundiza específicamente en colectivos como las personas con adicciones, dejando espacio para un desarrollo más específico en este ámbito.
- **V Plan de Saud 2022 – 2030:** Este plan autonómico incorpora la equidad, la sostenibilidad y la atención centrada en la persona como pilares estratégicos del sistema sanitario. Aunque la humanización no se desarrolla como eje independiente, se integra en el enfoque de salud comunitaria y en el impulso de redes de apoyo social. En cuanto a las adicciones, se prioriza la prevención y la promoción de estilos de vida saludables, pero faltan acciones explícitas dirigidas a humanizar la atención a este colectivo específico. Sería recomendable reforzar este componente en futuras actualizaciones.
- **Plan de Acción en Salud Mental, Drogodependencias y Conductas Adictivas. Comunitat Valenciana 2023 -2026:** Este plan consolida un modelo de atención comunitaria y centrado en la recuperación, abordando la salud mental y las adicciones desde una perspectiva integral. Incluye acciones específicas para la detección precoz, tratamiento y reinserción social, con un enfoque en la dignidad y los derechos de las personas afectadas. Aunque no utiliza el término "humanización" de forma explícita, sus medidas reflejan un compromiso con una atención más humana y personalizada.

RELACIÓN DE DOCUMENTOS TENIDOS EN CUENTA PARA LA REVISIÓN DOCUMENTAL:

PLANES ESTRATÉGICOS AUTONÓMICOS EN MATERIA DE:

	HUMANIZACIÓN	SALUD	SALUD MENTAL	ADICCIONES	SERVICIOS SOCIALES	ORGANISMO ENCARGADO DE LA HUMANIZACIÓN:
Andalucía	Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: estrategia de humanización compartida. (2021)	IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020)	III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020	III Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2016-2021)	Plan Estratégico de Servicios Sociales de Andalucía 2022-2026	Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía
Aragón	Humanizando Contigo Estrategia De Activación De La Humanización En El Ámbito Sanitario De La Comunidad Autónoma De Aragón. 2025	Plan de Salud de Aragón 2030.	Plan de Salud Mental 2022 – 2025	III Plan De Adicciones De La Comunidad Autónoma De Aragón. 2018-2024.	III Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón 2023-2026	Dirección General de Cuidados y Humanización
Asturias	Plan de Humanización del Sistema Sanitario del Principado de Asturias (2024)	Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030	Plan De Salud Mental De Asturias 2023-2030	Plan Sobre Drogas Principado de Asturias 2010-2016		Consejería de Salud del Principado de Asturias
Baleares	Pla d'Humanització en l'Àmbit de la Salut 2022-2027	Plan Estratégico De Atención Primaria 2022-2026: Salud Comunitaria	Plan Estratégico De Salud Mental De Las Islas Baleares 2016 - 2022	Plan Integral de Adicciones de las Illes Balears 2025 - 2032		Servicio de Salud de Islas Baleares
Canarias		Plan De Salud De Canarias 2016-2017	Plan De Salud Mental De Canarias 2019 - 2023	IV Plan Canario Sobre Adicciones 2022-2024		Servicio Canario de Salud
Cantabria		Plan de Salud Digital de Cantabria 2024 - 2027	Plan De Salud Mental De Cantabria 2022 – 2026			Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria
Castilla-La Mancha	Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. 2019 - 2025	Plan de Salud de Castilla-La Mancha – Horizonte 2025	Plan de Salud Mental de Castilla – La Mancha 2017 - 2025	Plan Regional de Adicciones de Castilla-La Mancha 2022-2025		Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria
Castilla y León	Plan Persona: Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti (2021-2024)	IV Plan de Salud Castilla Y León Perspectiva 2020	Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024 - 2030	Plan Autonómico de Castilla y León Sobre Adicciones 2024 – 2030.	Plan Estratégico De Los Servicios Sociales De Castilla Y León 2022 - 2025	Dirección Técnica de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria

PLANES ESTRATÉGICOS AUTONÓMICOS EN MATERIA DE:

	HUMANIZACIÓN	SALUD	SALUD MENTAL	ADICCIONES	SERVICIOS SOCIALES	ORGANISMO ENCARGADO DE LA HUMANIZACIÓN:
Cataluña		Pla de salut de Catalunya 2021-2025	Estratègies 2017-2020: Pla director de salut mental i addiccions	Pla de Drogues i Addiccions Comportamentals 2019-2023	II Pla Estratègic de Serveis Socials (PESS) 2021-2024	
Extremadura	Plan de Acción de Humanización de la Atención Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud 2025	Plan de Salud de Extremadura 2021 - 2028	III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020	Plan de Adicciones de Extremadura PAE 2018 - 2023		Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura
Galicia	Estratexia de Humanización de la Asistencia Sanitaria	Estratexia Galega de Saúde 2030	Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19 Periodo 2020-2024	Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016	Estratexia galega de seguridade e calidade asistencial 2024-2028	Dirección General de Asistencia Sanitaria
Madrid	II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025	Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria 2022-2026	Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022 - 2024	Plan Regional Contra las Drogas de la Comunidad de Madrid 2024 - 2027	Plan Estratégico de Servicios Sociales 2023 - 2027	Dirección General de Humanización y Atención al Paciente
Murcia		Plan Salud 2010 - 2015	Estrategia de Mejora Salud Mental 2023-2026	Plan Regional sobre Adicciones 2021 - 2026	Plan Regional de Servicios Sociales Región de Murcia 2023 - 2026	Subdirección General de Humanización de la Asistencia
Navarra	Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra 2024 - 2028	Plan de Salud de Navarra 2014 - 2020	Plan de Salud Mental de Navarra 2019 - 2023	III Plan de Prevención: Drogas y Adicciones 2018-2023	Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2019 - 2023	Servicio de Humanización, Aseguramiento y Coordinación Interdepartamental
La Rioja		IV Plan de Salud La Rioja 2030	IV Plan Estretegico de Salud Mental de la Rioja 2021 - 2025	Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018 - 2024	Plan Estratégico de Servicios Sociales de La Rioja 2023 - 2026	Dirección General de Salud Pública.
País Vasco	Modelo de Humanización Osakidetza 2023	Plan de Salud Euskadi 2030	Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023 - 2028	VIII Plan Sobre Adicciones de Euskadi 2023 - 2027	II Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2023 - 2026	Osakidetza (Servicio Vasco de Salud)

PLANES ESTRATÉGICOS AUTONÓMICOS EN MATERIA DE:

	HUMANIZACIÓN	SALUD	SALUD MENTAL	ADICCIONES	SERVICIOS SOCIALES	ORGANISMO ENCARGADO DE LA HUMANIZACIÓN:
Valencia	Pla D'Humanització de L'Assistència Sanitària del Sistema Valencià de Salut 2025 - 2028	V Plan de Saud 2022 - 2030	Plan de Acció en Salut Mental, Drogodependències i Conductes Adictives. Comunitat Valenciana 2023 -2026			Conselleria de Sanitat

CONCLUSIONES:

Tras la revisión exhaustiva y el análisis comparativo de los distintos Planes Estratégicos de las 17 Comunidades Autónomas de España, se concluye que existe una necesidad evidente de establecer un hilo conductor común a nivel nacional, que oriente y armonice las acciones estratégicas en ámbitos clave como la salud, la salud mental, las adicciones y los servicios sociales, con un enfoque claro hacia la humanización de la atención.

El análisis ha permitido identificar importantes áreas de mejora, entre las que destacan:

- La **desactualización de muchos planes estratégicos**, que han superado ya su periodo de vigencia sin haber sido renovados ni sustituidos por documentos actualizados, lo que limita su efectividad.
- Una **escasa presencia de medidas concretas orientadas a la humanización en el ámbito de las adicciones**. Si bien se promueven acciones preventivas, resulta insuficiente la atención a la calidad humana del trato, el respeto a la dignidad de las personas usuarias y la personalización de la atención en los procesos terapéuticos.
- La necesidad de una **mayor coordinación entre los distintos planes estratégicos sectoriales** dentro de una misma comunidad autónoma. Integrar planes de salud, salud mental, adicciones y servicios sociales bajo objetivos comunes favorecería una respuesta más eficaz, coherente y centrada en la persona.
- La **creación y fortalecimiento de estructuras específicas que velen por la implementación de medidas de humanización** y garanticen su seguimiento y evaluación continua, evitando que las propuestas queden en declaraciones formales sin un desarrollo real.
- La **insuficiencia de procesos participativos en el diseño de los planes, especialmente en lo que respecta a la inclusión de las personas usuarias**. Incorporar sus voces favorece la detección de necesidades reales y la definición de estrategias más coherentes y ajustadas a la realidad.

No obstante, el análisis también ha permitido destacar importantes avances en la humanización de los servicios desde el inicio del proceso en los años 80:

- España ha experimentado un **gran avance en la incorporación progresiva de la humanización en los servicios públicos**, especialmente en el ámbito sanitario y sociosanitario, que ha evolucionado a lo largo de varias décadas.
- Actualmente, **la mayoría de las comunidades autónomas cuentan con planes específicos de humanización**, lo que evidencia un compromiso institucional creciente por mejorar la calidad del trato, garantizar el respeto a la dignidad de las personas y promover modelos de atención más humanos, empáticos y centrados en la persona.
- **Se han impulsado buenas prácticas, formación continua del personal, metodologías centradas en la escucha activa y la participación**, así como mejoras en el entorno asistencial, reflejando un cambio cultural sostenido y profundo dentro del sistema de atención.

En síntesis, el análisis bibliográfico muestra tanto los retos pendientes como los logros alcanzados. Si bien es necesario avanzar hacia una mayor coordinación, actualización y concreción de las políticas de humanización, también es justo reconocer que se ha recorrido un camino significativo desde sus inicios. Consolidar y extender estos avances dependerá de la voluntad política, el compromiso institucional y la participación activa de las personas usuarias en la construcción de servicios verdaderamente humanos.

5.2. ANÁLISIS DEL NIVEL DE HUMANIZACIÓN PERCIBIDA POR PERSONAS CON ADICCIONES

Con el propósito de evaluar el grado de humanización percibido por las personas con adicciones en los servicios sanitarios y sociales con los que interactúan durante su proceso de intervención, se ha diseñado y aplicado una encuesta de carácter semiabierto. Este instrumento combina preguntas cerradas, formuladas a través de una escala tipo Likert, que permiten medir cuantitativamente la percepción sobre diversos aspectos relacionados con la humanización de la atención, con preguntas abiertas que ofrecen a las personas la posibilidad de expresar, con mayor libertad, sus experiencias personales, observaciones y valoraciones subjetivas sobre el trato recibido. De este modo, se busca obtener una visión más amplia y profunda que combine datos cuantitativos y cualitativos para comprender mejor el nivel de humanización presente en dichos servicios desde la perspectiva de quienes los utilizan.

METODOLOGÍA:

La metodología empleada en esta investigación se ha basado en un enfoque de triangulación que combina técnicas cualitativas y cuantitativas, aplicando así una metodología mixta. Para la recogida de datos, se ha diseñado un cuestionario semiabierto que ha permitido evaluar, por un lado, ciertos criterios esenciales de humanización mediante preguntas cerradas con escala tipo Likert, y por otro, recoger experiencias y valoraciones personales a través de preguntas abiertas.

El cuestionario se ha estructurado en torno a diferentes dimensiones que abordan aspectos fundamentales de la humanización en la atención a personas con adicciones. Estas dimensiones han sido las siguientes:

Dimensión 1: Accesibilidad a los recursos de tratamiento y a la información.

Dimensión 2: Respeto a la autonomía y participación activa en el tratamiento.

Dimensión 3: Percepción del trato y respeto recibido por parte de los profesionales.

Dimensión 4: Confianza y privacidad en la atención recibida.

Para la elaboración de las preguntas, se ha contado con un equipo multidisciplinar compuesto por trabajadoras sociales y psicólogas. En este proceso, se han tenido en cuenta diversas fuentes y documentos de referencia en el ámbito de la calidad y la humanización de la atención, entre los que se incluyen: Evaluación Externa de Calidad de los Centros del ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, 1999), Indicadores de calidad en los centros sociosanitarios del grupo Capio Sanidad (Gerokomos, 2007), Definición de indicadores de humanización en la Fundación Hospital San José (2021) y Percepción de los pacientes respecto a la humanización del cuidado enfermero en una unidad de hemodiálisis (2023).

En cuanto a la metodología de aplicación de la encuesta, se ha contado con la colaboración de diversas Comunidades Terapéuticas y Unidades de Conductas Adictivas distribuidas en el territorio nacional. Gracias a esta colaboración, se ha logrado hacer llegar el cuestionario a personas con adicciones que son usuarias de distintos servicios sociales y sanitarios, permitiendo así recoger una muestra representativa y diversa en cuanto a experiencias, contextos y percepciones sobre la humanización de la atención recibida.

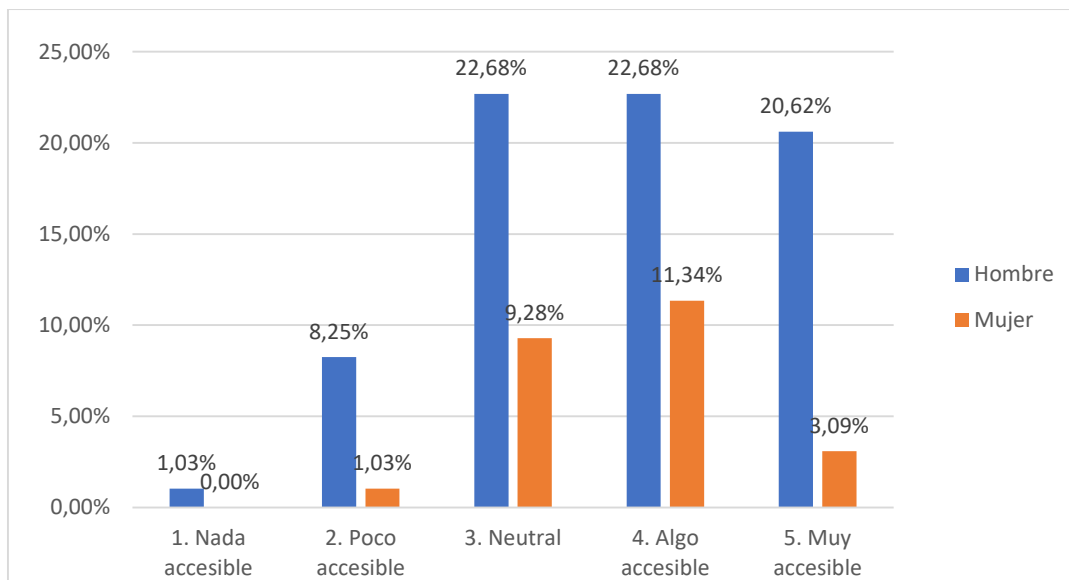
RESULTADOS OBTENIDOS:

La encuesta ha sido contestada por un total de 97 personas con adicciones del territorio español, obteniendo la representación de las 17 Comunidades Autónomas, teniendo un porcentaje de 75,26% hombres y un 24,74% de mujeres. Tal y como se muestra en la Tabla: Personas Participantes en el Cuestionario Sobre el Nivel de Humanización Percibida por las Personas con Adicciones en Servicios Sociales y Sanitarios

Comunidad Autónoma de residencia	Género		Total general
	Hombre	Mujer	
Andalucía	2		2
Aragón	2		2
Asturias	6	1	7
Canarias	1	1	2
Cantabria	1	1	2
Castilla - La Mancha	36	9	45
Catalunya	1	1	2
Comunidad Valenciana	1	1	2
Extremadura	12	1	13
Galicia	1	1	2
Islas Baleares	1	2	3
La Rioja	1	1	2
Madrid	4	1	5
Murcia	1	1	2
Navarra	1	1	2
Pais Vasco	1	1	2
Castilla y León	1	1	2
Total general	73	24	97

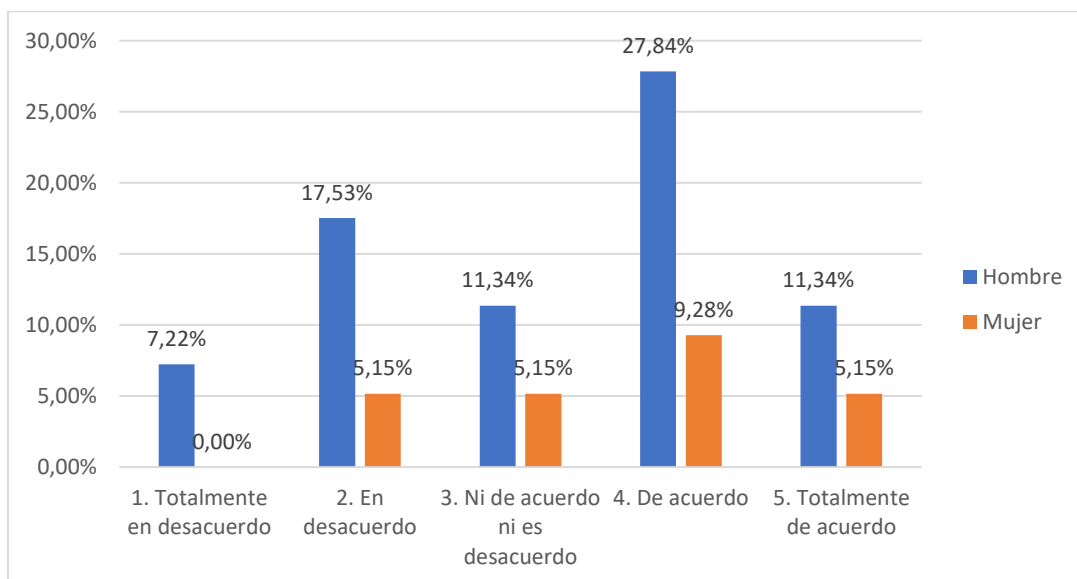
DIMENSIÓN 1_ Accesibilidad a los recursos de tratamiento y a la información.

PREGUNTA 1. ¿Cómo calificaría la facilidad (tiempo y medios a mi alcance) para acceder y obtener una cita en los distintos recursos y tratamientos?



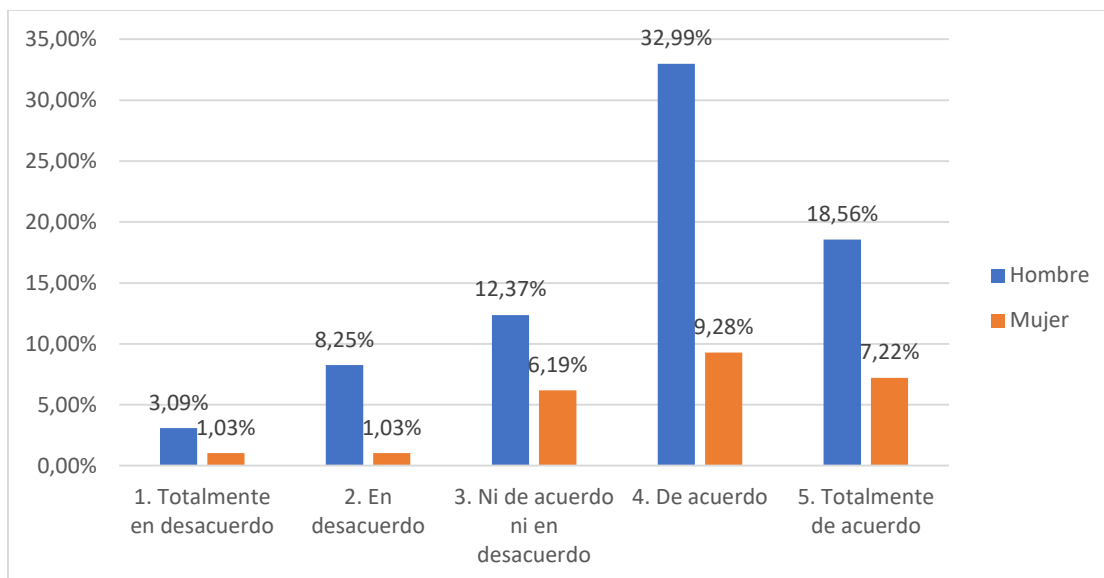
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 2. Considero que el tiempo que transcurre entre consultas con los distintos profesionales es el adecuado.



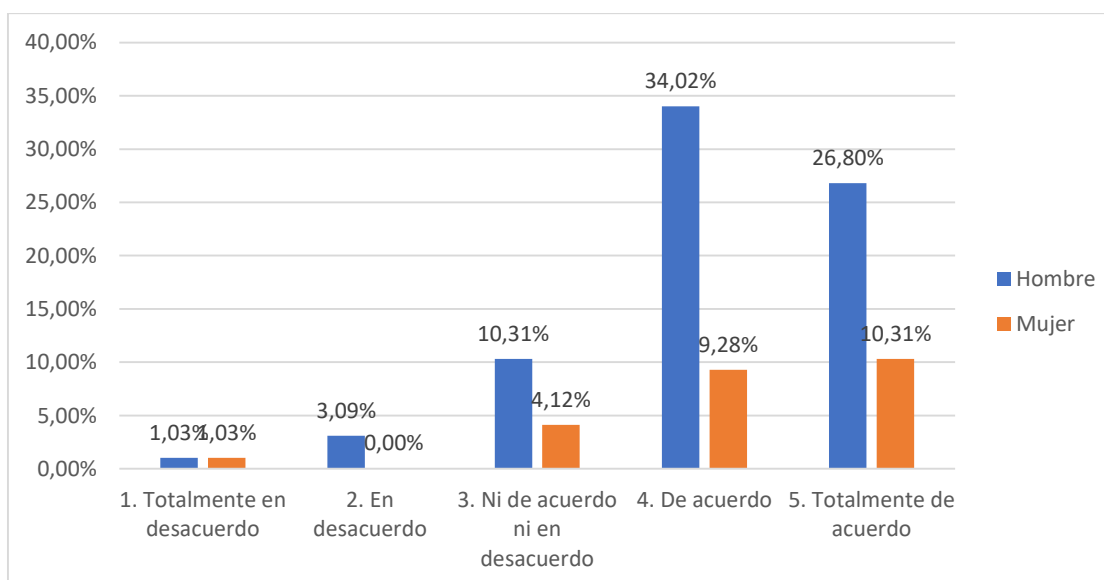
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 3. Considero que el equipo de profesionales invierte el tiempo necesario en cada consulta en función de mis necesidades en ese momento.



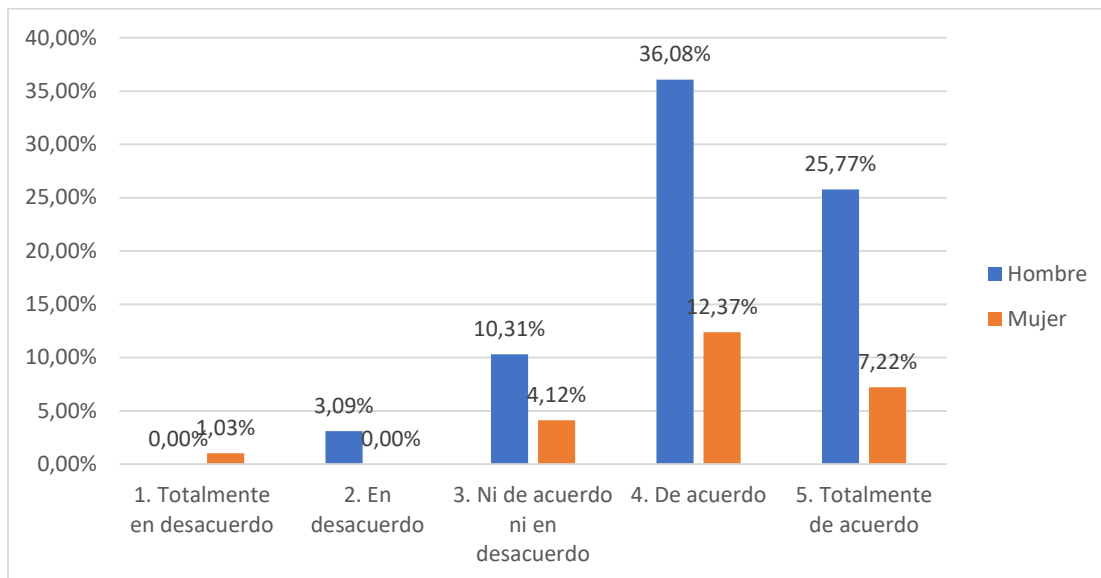
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 4. La información que el equipo de profesionales me transmite sobre mi tratamiento ha sido clara y completa, resolviendo todas mis dudas con paciencia y comprensión, asegurándose de que comprendo toda la información recibida en cada consulta.



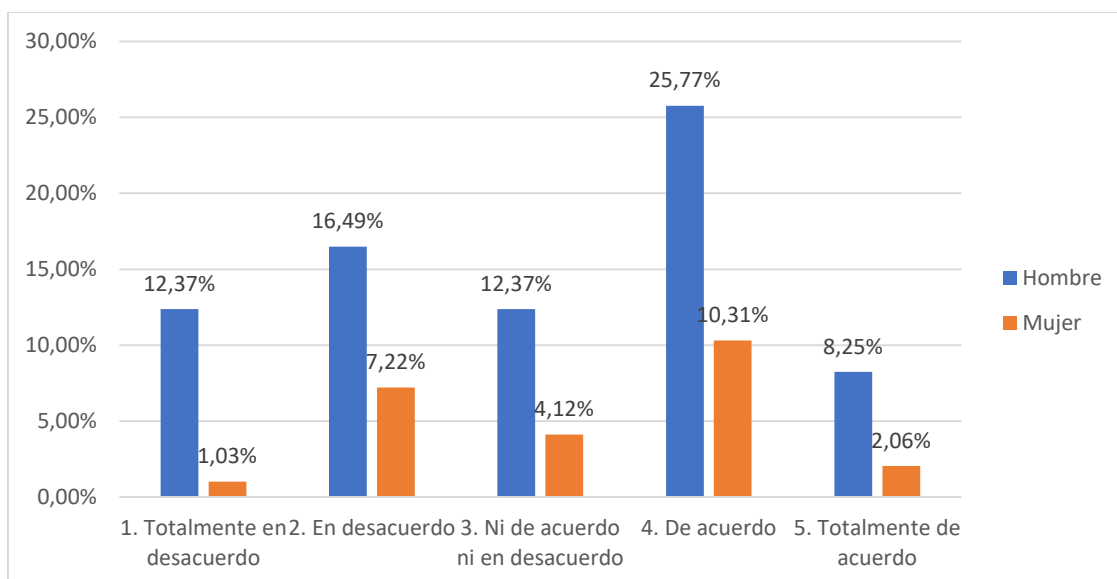
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 5. El equipo de profesionales me ha informado sobre diferentes recursos sociales y sanitarios (tratamientos residenciales, tratamientos ambulatorios y apoyo a los tratamientos como las asociaciones disponibles) de los que dispongo para la atención integral de la adicción.



Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 6. ¿Crees que son suficientes los recursos existentes para la atención de las adicciones?



Fuente: elaboración propia

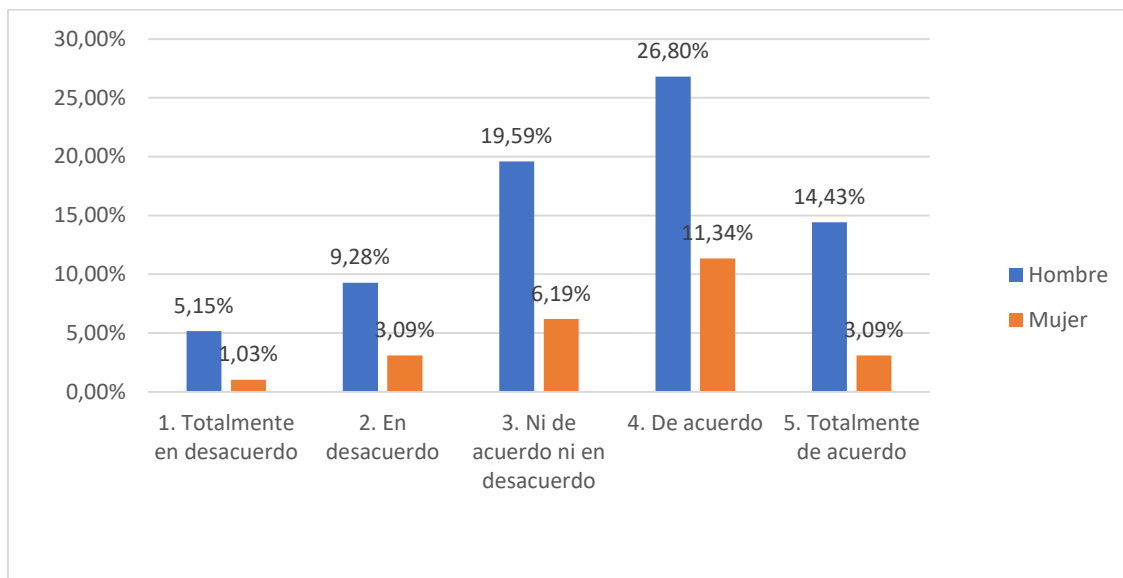
PREGUNTA 7. ¿Qué mejorarías en el acceso a los distintos servicios?

Las respuestas recabadas reflejan diversas áreas de mejora en el acceso a los servicios sanitarios y sociales para personas con adicciones. Los temas más frecuentes fueron los siguientes:

- Reducción de los tiempos de espera: Se demanda agilizar el acceso a consultas, plazas públicas y tratamientos, ya que los largos plazos actuales son percibidos como un obstáculo crítico para la recuperación.
- Mayor disponibilidad de recursos: Se solicita un aumento de plazas en centros terapéuticos, así como más comunidades terapéuticas y recursos adaptados a las distintas etapas del tratamiento.
- Refuerzo del personal profesional: Se destaca la necesidad de incorporar más profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales) y de mejorar la atención individualizada y el seguimiento.
- Mejor acceso a la información: Existe una percepción de falta de información clara sobre los recursos disponibles y cómo acceder a ellos, especialmente en poblaciones vulnerables.
- Menos burocracia: Se considera necesario simplificar los trámites administrativos para facilitar un acceso más ágil y efectivo.

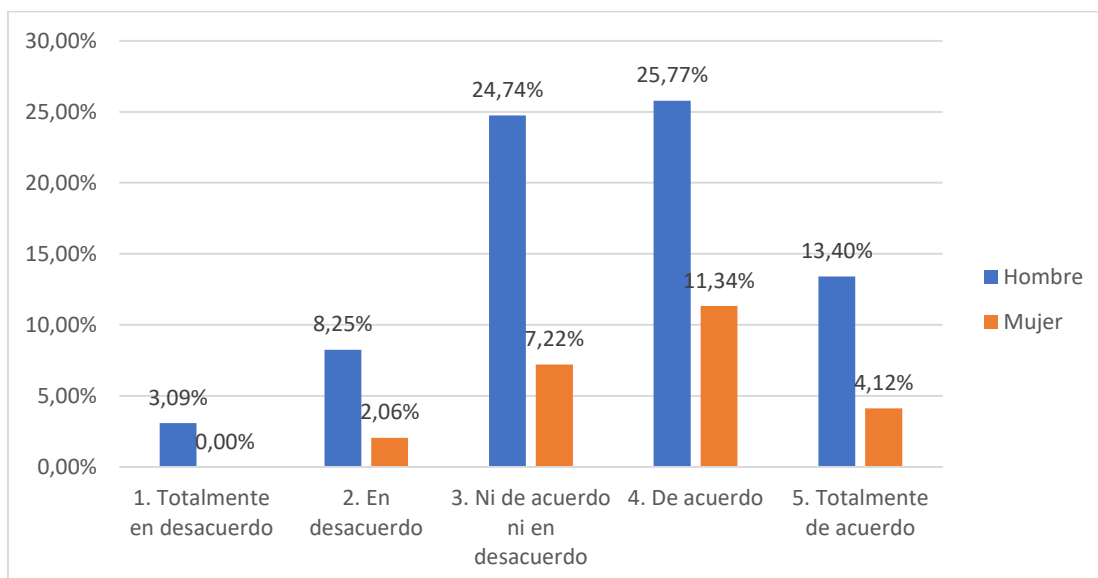
DIMENSIÓN 2_ Respeto a la autonomía y la participación activa en mi tratamiento.

PREGUNTA 8. Me permiten tomar decisiones y me siento libre para expresar mis preferencias sobre mi itinerario/tratamiento/proceso terapéutico sintiéndome protagonista del mismo.



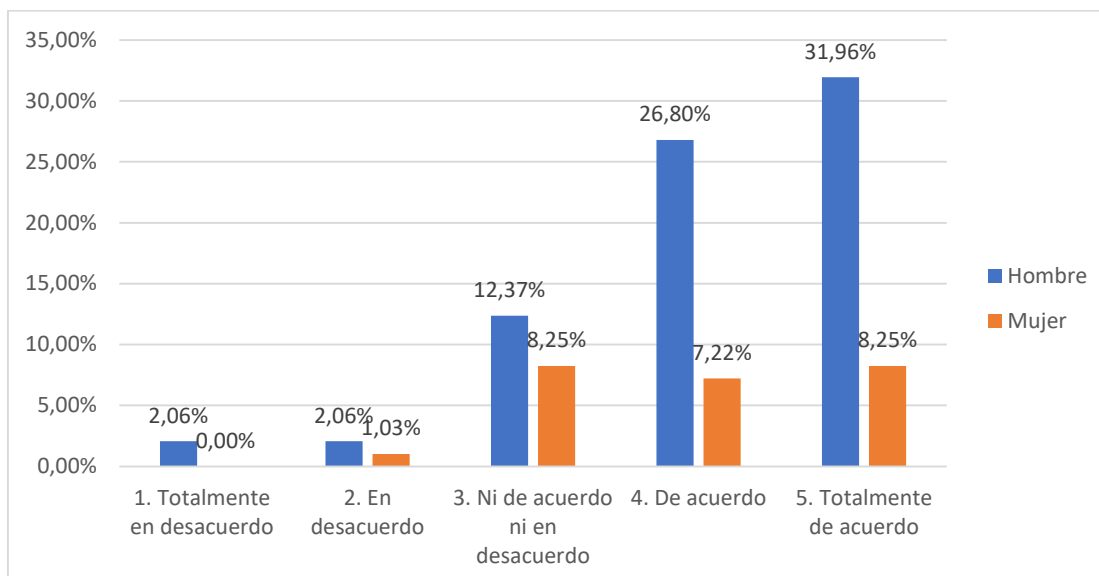
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 9. El equipo profesional respeta mis decisiones, incluso si defieren de sus recomendaciones, llegando a acuerdos de manera conjunta sobre los objetivos terapéuticos.



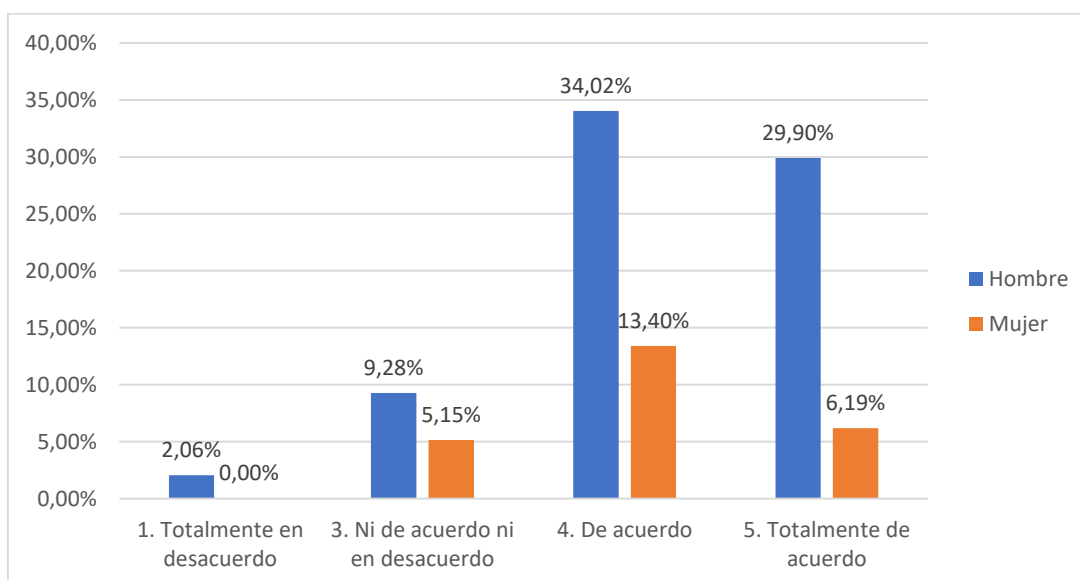
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 10. El equipo profesional me informa sobre mi pauta farmacológica y revisa conmigo la medicación que tomo, cómo la tomo, cómo me sienta y puedo consultarle las dudas que tenga al respecto, adaptando dicha pauta a mis necesidades.



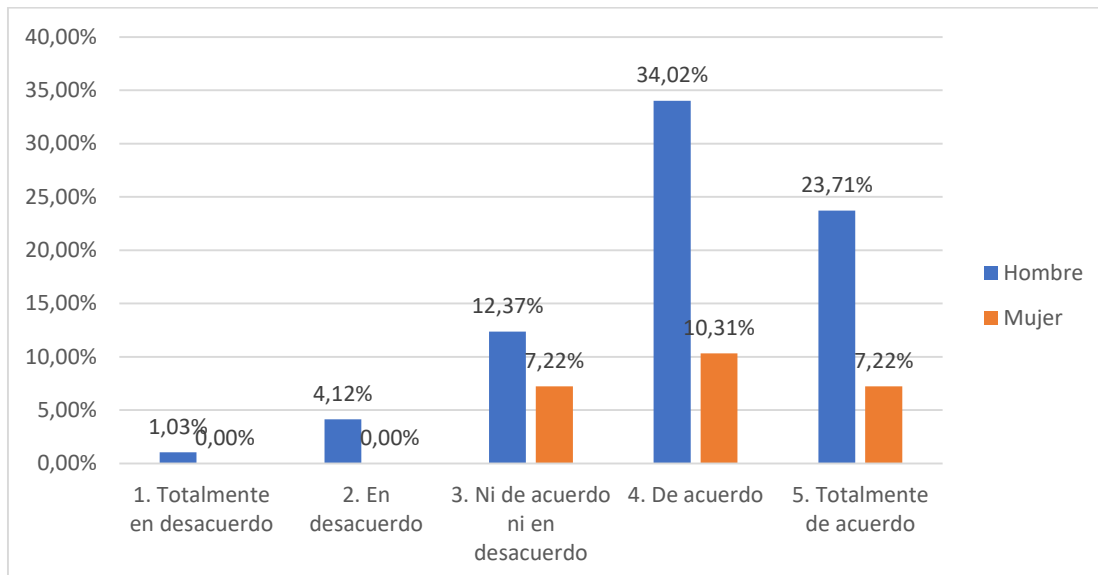
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 11. El equipo de profesionales respeta mi decisión sobre quienes pueden participar en mi proceso terapéutico a nivel familiar y social.



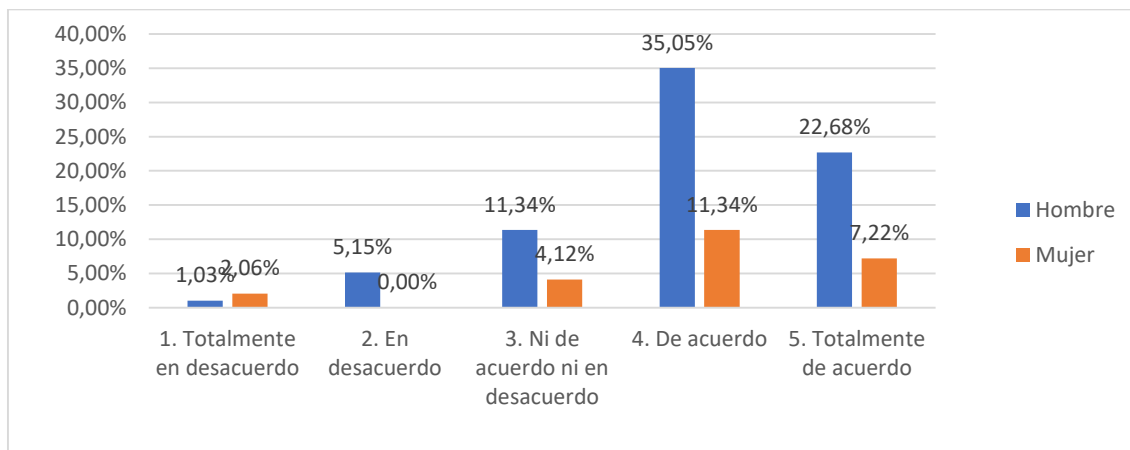
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 12. Considero que el equipo de profesionales valora mis fortalezas, haciéndome sentir capaz, no reduciéndome únicamente a mi enfermedad y sus síntomas.



Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 13. Siento que se me acompaña en la toma de decisiones y asunción de posibles riesgos, posibles recaídas o abandono de los tratamientos sin miedo a consecuencias por parte del equipo de profesionales.



Fuente: elaboración propia

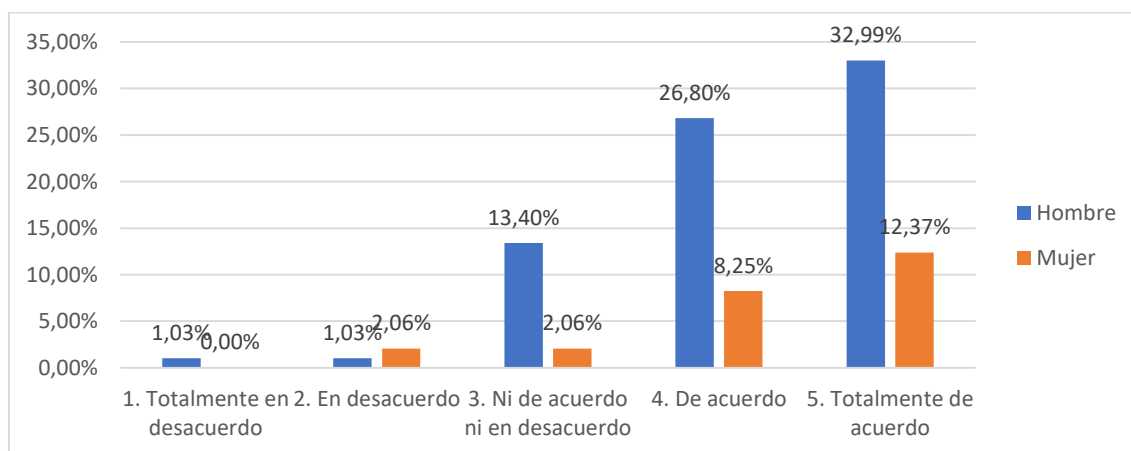
PREGUNTA 14. Comentarios u observaciones adicionales sobre este punto:

Las observaciones aportadas por los participantes muestran una amplia diversidad de experiencias y percepciones en relación con el acceso y la atención recibida en los servicios de tratamiento de adicciones. A continuación, se sintetizan los aspectos más destacados:

- Valoración positiva del trato y acompañamiento profesional: Muchos participantes expresan sentirse arropados, comprendidos y bien guiados por los equipos terapéuticos, destacando la disponibilidad, la empatía y el compromiso del personal.
- Reconocimiento de la importancia del tratamiento: Se valora el proceso como necesario para la recuperación, subrayando que salir de la adicción requiere apoyo profesional y estructura.
- Demandas de mejora: Algunos comentarios señalan la necesidad de reforzar la atención individualizada, incrementar las intervenciones terapéuticas y mejorar el control en la administración de medicación. También se pide un trato más humano y menos rígido por parte de algunos terapeutas.
- Necesidad de más recursos: Se destaca la sobrecarga del personal, así como la conveniencia de incorporar a personas con experiencia en adicciones como parte del equipo profesional.
- Dificultades emocionales y relacionales: Se mencionan temores asociados a recaídas o decisiones mal gestionadas emocionalmente, así como consecuencias disciplinarias que, en ocasiones, son vividas como poco comprensivas.
- Compromiso con el proceso terapéutico: Algunos participantes subrayan la importancia del contacto constante con el equipo, la asistencia regular a terapias y la conciencia progresiva del valor del tratamiento a lo largo del tiempo.

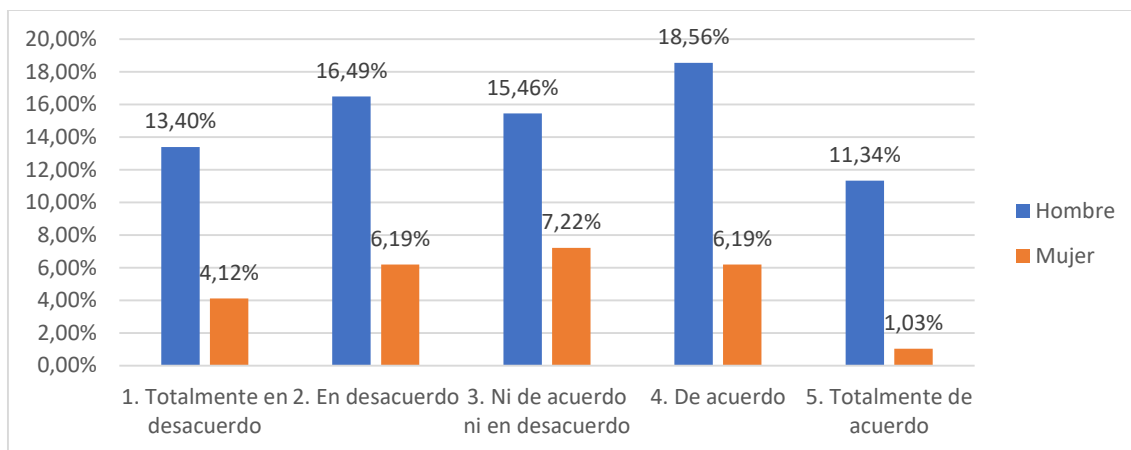
DIMENSIÓN 3_ Percepción del trato y respeto en la atención recibida.

PREGUNTA 15. El equipo de profesionales que me atienden me trata con respeto, dignidad, empatía y comprensión hacia mi situación.



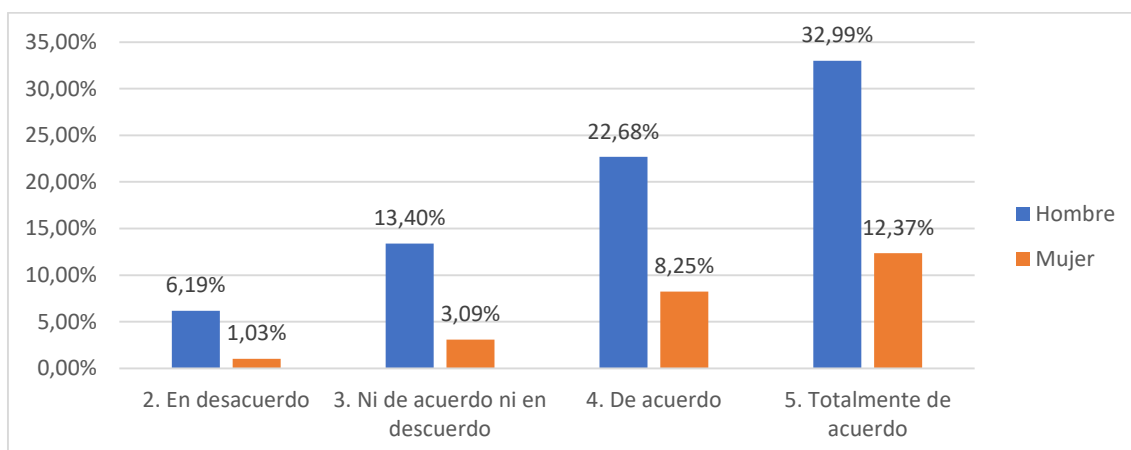
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 16. ¿Crees que el trato recibido hubiera sido diferente si no tuvieras una adicción?



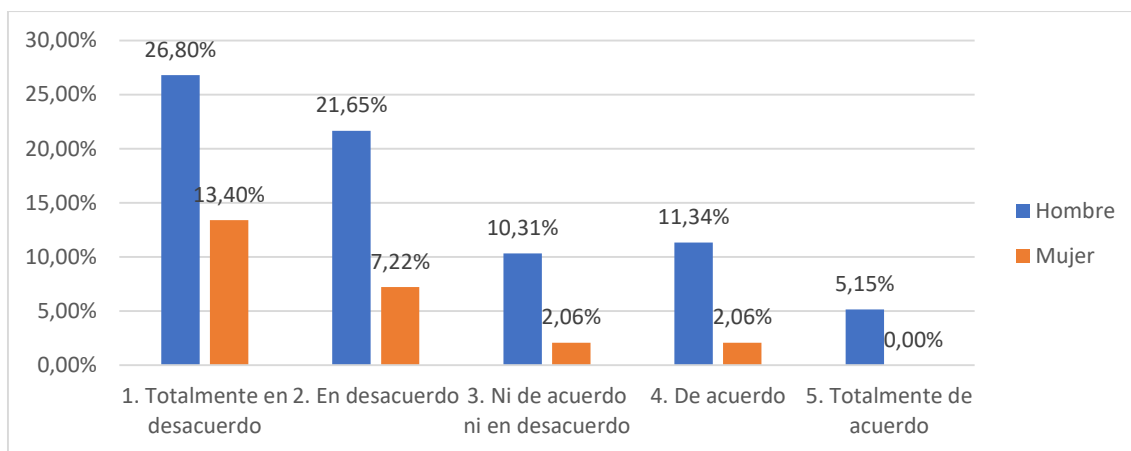
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 17. Siento que el equipo de profesionales se preocupa verdaderamente por mi bienestar, estado de ánimo y evolución.



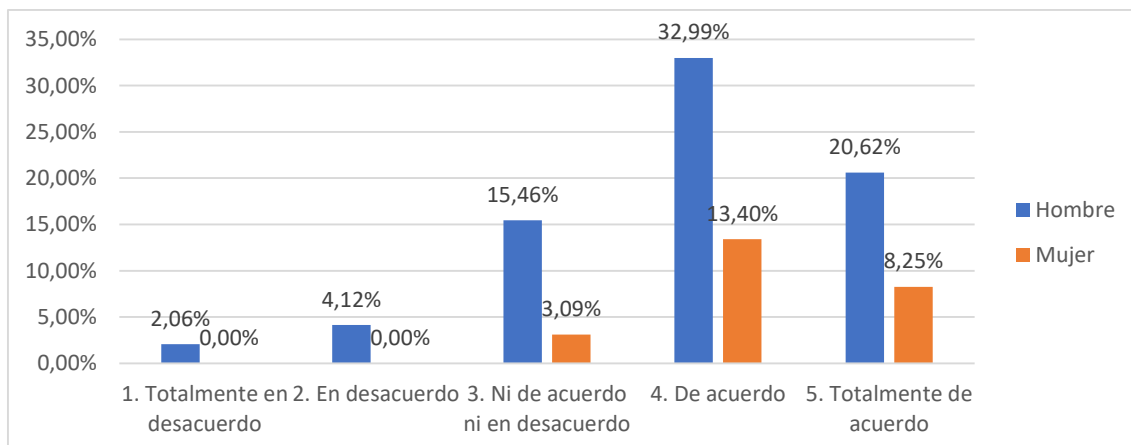
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 18. Siento que el equipo profesional me juzga por mi historia de vida.



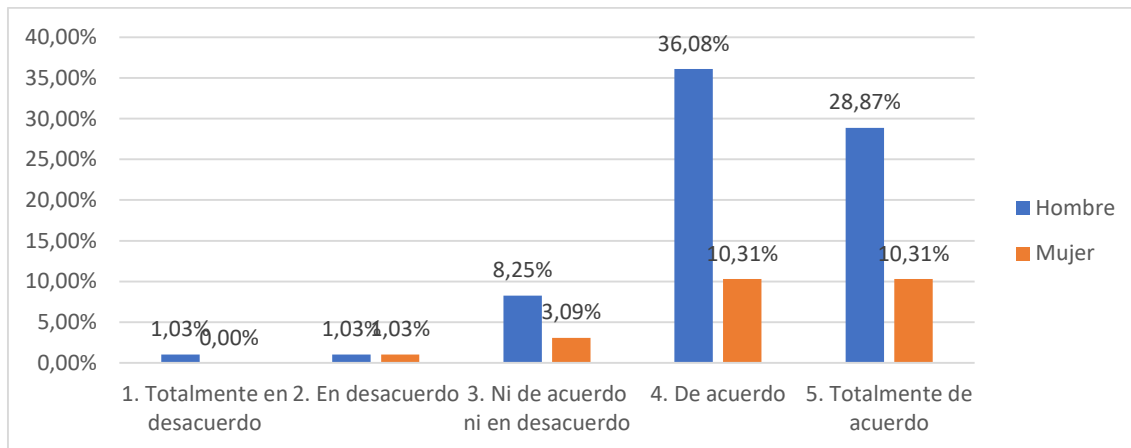
Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 19. Encuentro en el equipo de profesionales que me atiende figuras de referencia en las que apoyarme ante dificultades o recaídas



Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 20. El equipo de profesionales me ofrece recursos para manejar la ansiedad, el estrés, el malestar emocional que pueda experimentar.

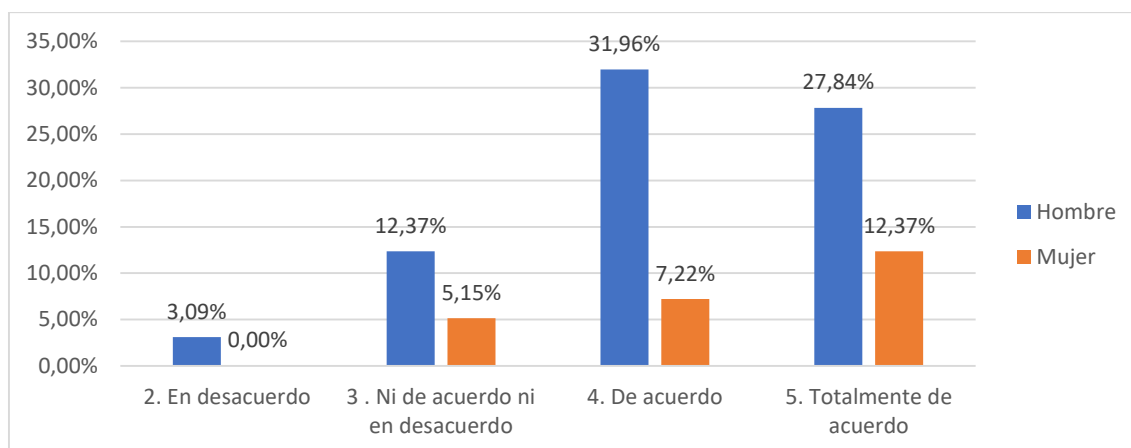


Fuente: elaboración propia

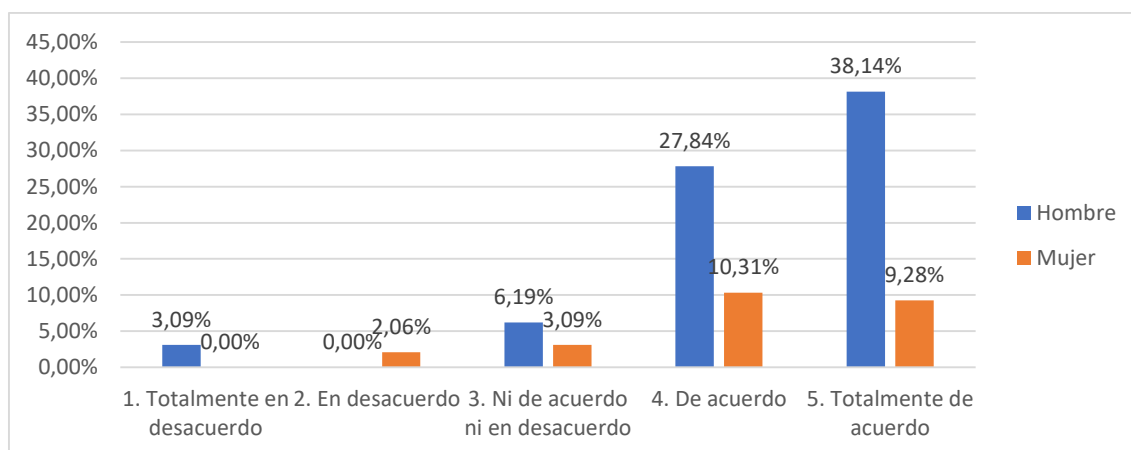
PREGUNTA 21. Comentarios u observaciones adicionales sobre este punto:

Las personas usuarias expresan una valoración positiva del trato recibido, destacando el respeto, la empatía y la atención personalizada por parte del equipo profesional. Se sienten escuchadas, apoyadas emocionalmente y con acceso a herramientas útiles para gestionar emociones y prevenir recaídas.

También se menciona la necesidad de contar con más personal y de reforzar la atención individualizada. Algunas personas han señalado diferencias en la cercanía o empatía según el profesional, aunque predominan las experiencias satisfactorias.

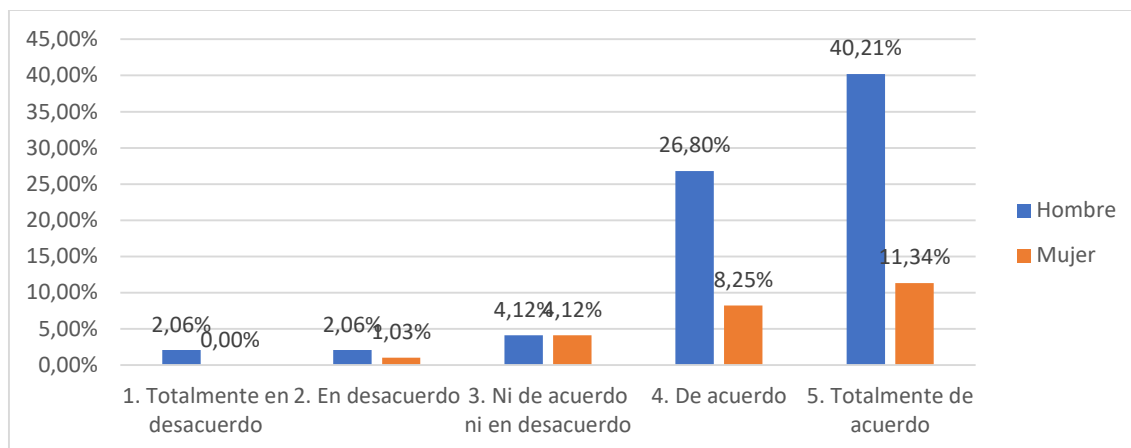
DIMENSIÓN 4_ Confianza y privacidad.**PREGUNTA 22.** Siento confianza hacia el equipo de profesionales que me atiende.

Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 23. Siento que se ha respetado mi privacidad y confidencialidad en todo momento durante el tratamiento.

Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 24. Confío en que mis datos se tratan con la confidencialidad adecuada y con fines terapéuticos.



Fuente: elaboración propia

PREGUNTA 25. Comentarios u observaciones adicionales sobre este punto:

La mayoría de las personas usuarias manifiestan **sentirse seguros y respetados en cuanto a la confidencialidad y privacidad de su información personal**. Se reconoce el **compromiso ético del equipo profesional, así como el respeto al tratamiento de datos y al espacio íntimo de cada individuo**.

Algunas respuestas, aunque minoritarias, señalan situaciones en las que se ha percibido una posible falta de confidencialidad, indicando la necesidad de reforzar la formación y la discreción profesional. También se destaca la importancia de mantener el secreto profesional y asegurar que todo lo compartido permanezca dentro del marco terapéutico.

En general, se valora positivamente la gestión de la privacidad, aunque se considera un aspecto que siempre puede ser mejorado y fortalecido.

PREGUNTA 26. Si deseas compartir alguna experiencia o sugerencia relacionada con la humanización de la atención que has recibido, por favor escríbela a continuación:

Las personas usuarias han compartido valoraciones diversas sobre su experiencia en los recursos de atención a las adicciones. En general, se destacan los siguientes puntos:

Valoración positiva del trato recibido: Muchas personas expresan gratitud por el acompañamiento profesional, señalando que se han sentido respetadas, acogidas y escuchadas, tanto antes como durante el ingreso. Se reconoce el papel del equipo terapéutico en la recuperación emocional y personal.

Sugerencias de mejora: Algunas observaciones apuntan a la necesidad de revisar ciertas normas, como la prohibición del uso del móvil, o la severidad de las consecuencias ante recaídas menores. También se pide tratar a los pacientes de forma más individualizada y evitar la aplicación de protocolos rígidos o generalizados.

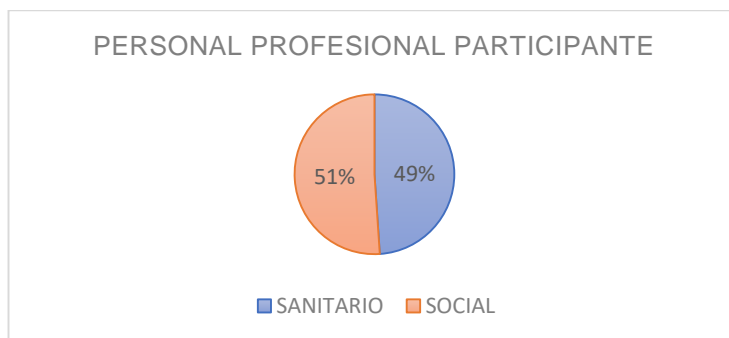
Preocupaciones sobre la confidencialidad y el trato institucional: Se menciona un caso de vulneración de la protección de datos y experiencias donde se ha percibido un trato despersonalizado o carente de sensibilidad.

Reconocimiento del compromiso profesional: Varias respuestas destacan el compromiso y vocación del personal, aunque se subraya que este trabajo requiere más reconocimiento, tanto emocional como económico.

Importancia del respeto y la motivación: Se considera esencial que el equipo profesional actúe con empatía, respeto y motivación genuina, lo que influye directamente en la evolución positiva de las personas usuarias.

5.3. ANÁLISIS DAFO (DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES) EN LA IMPLANTACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

Dentro del marco de la presente investigación orientada a mejorar la **humanización en el tratamiento de las adicciones**, se ha llevado a cabo un **análisis DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) con la participación de 47 profesionales de diferentes comunidades autónomas. De este total, 23 profesionales pertenecen al **ámbito sanitario** y 24 al **ámbito social**.



Fuente: elaboración propia

A partir de un cuestionario compuesto por 44 preguntas, se identificaron las principales percepciones y experiencias que atraviesan ambos colectivos profesionales en relación con la atención a personas con problemas de adicción desde una perspectiva de derechos, dignidad y enfoque integral. Las conclusiones extraídas de este análisis DAFO permiten identificar áreas clave de mejora, fortalezas existentes y oportunidades a desarrollar. Además, esta evaluación se enmarca dentro de las líneas estratégicas recogidas en la **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024**, así como en los hallazgos del **Informe 2024 de la Fundación Humans sobre la situación de la humanización de la atención sanitaria en España**.

ÁMBITO SANITARIO	
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para aplicar la perspectiva de género e interseccional. - Tratamientos coercitivos sin acompañamiento. - Carga laboral y tiempo para el acompañamiento psicosocial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escaso apoyo psicológico para el personal sanitario y social, generando desgaste emocional (burnout) - Invalidación de la autonomía de las personas participantes en su tratamiento o proceso.

<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia al cambio por parte del equipo profesional para el abordaje y tratamiento de las adicciones. - Dificultad para aplicar la perspectiva de género e interseccional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficientes estrategias, planes y protocolos de humanización en el tratamiento y detección de adicciones - Enfoque biomédico predominante dejando de lado el aspecto psicosocial - Falta de espacios seguros por parte de las personas participantes, por el miedo a repercusiones legales (ej.: retiradas de custodia)
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso ético y vocacional del conjunto de profesionales - Experiencia y formación técnica en el tratamiento de adicciones - Habilidades del equipo humano orientadas a la escucha activa, asertividad, reciprocidad y empatía - Consecución del principio de confidencialidad, información salvaguardada según la normativa vigente y los códigos deontológicos - Capacidad para adaptarse a nuevas estrategias y enfoques terapéuticos. Seguimiento integral de las pautas e itinerarios de las personas participantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de implementar programas piloto y proyectos de investigación en humanización - Acceso a convocatorias de subvención dirigidas a la mejora de la humanización en el abordaje de adicciones - Incremento de campañas de sensibilización sobre adicciones y salud mental - Aumento de la demanda de programas de prevención y reducción de daños desde una mirada de los derechos humanos - Resolución de necesidades materiales (vivienda, alimentación, empleo, independencia económica)

ÁMBITO SOCIAL

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia al cambio por parte del equipo profesional para el abordaje y tratamiento de las adicciones - Dificultad para aplicar la perspectiva de género e interseccional. - Dificultad para empatizar con las personas participantes - Insuficientes estrategias, planes y protocolos de humanización en el tratamiento y detección de adicciones - Escaso apoyo psicológico para el personal sanitario y social, generando desgaste emocional (burnout) 	<ul style="list-style-type: none"> - Invalidación de la autonomía de las personas participantes en su tratamiento o proceso. - Enfoque biomédico predominante dejando de lado el aspecto psicosocial - Burocracia y accesibilidad condicionada al cumplimiento de requisitos y trámites. - Situación económica, social y familiar de las personas participantes - Tratamientos coercitivos sin acompañamiento. -

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso ético y vocacional del conjunto de profesionales. - Habilidades del equipo humano orientadas a la escucha activa, asertividad, reciprocidad y empatía. - Experiencia y formación técnica en el tratamiento de adicciones. - Consecución del principio de confidencialidad, información salvaguardada según la normativa vigente y los códigos deontológicos. - Trabajo interdisciplinar entre las diferentes categorías profesionales implicadas en el tratamiento de las adicciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a convocatorias de subvención dirigidas a la mejora de la humanización en el abordaje de adicciones. - Avances tecnológicos para mejorar la comunicación y el seguimiento - Incremento de campañas de sensibilización sobre adicciones y salud mental. - Posibilidad de implementar programas piloto y proyectos de investigación en humanización. - Aumento de la demanda de programas de prevención y reducción de daños desde una mirada de los derechos humanos.

DEBILIDADES

El estudio del análisis DAFO realizado revela que una de las principales debilidades compartidas por ambos ámbitos es la **resistencia al cambio en los enfoques profesionales** para el abordaje de las adicciones. Este aspecto fue señalado por el 86,6% del personal sanitario y el 79,1% del social, evidenciando una fuerte inercia institucional y cultural que dificulta la incorporación de modelos más humanizados, interdisciplinares y centrados en la persona.

Asimismo, se identifican **dificultades persistentes para integrar la perspectiva de género e interseccional**, señaladas por un 78,2% del personal sanitario y el 75% del social. Este obstáculo limita la capacidad de ofrecer una atención contextualizada que tenga en cuenta factores estructurales como el género, la clase, la etnia o la orientación sexual en el abordaje terapéutico.

Otra debilidad significativa es la **sobrecarga laboral y la escasez de tiempo para realizar un acompañamiento psicosocial adecuado**, mencionada por el 73,9% del personal sanitario. En el ámbito social, esta situación se traduce también en una **limitada capacidad de empatía con las personas usuarias**, reconocida por el 70,8% de los profesionales.

Además, tanto el ámbito sanitario como el social manifiestan una **falta de estrategias y protocolos claros en materia de humanización**, con un 65,2% y un 62,5% de profesionales respectivamente que perciben esta carencia como una barrera estructural. Por último, se destaca el **escaso apoyo psicológico al personal profesional**, que alcanza niveles preocupantes: un 69,5% en el ámbito sanitario y un 70,8% en el social, generando un alto nivel de desgaste emocional (burnout) que puede evidenciar una disminución en ofrecer una atención eficaz al conjunto de participantes.

AMENAZAS

Desde la perspectiva de las amenazas externas, una de las más relevantes es la **invalidación de la autonomía de las personas en tratamiento**, identificada por un 65,2% del personal sanitario y un 66,6% del social. Esta práctica, aún presente en muchos entornos de atención, atentando los principios básicos de respeto, autodeterminación y participación activa en los procesos terapéuticos.

También es preocupante la **continuidad de tratamientos coercitivos sin acompañamiento adecuado**, especialmente en el ámbito sanitario, donde fue mencionado por el 69,5% de los profesionales, y en el social, por el 50%. Esta amenaza representa un obstáculo para generar confianza en las personas usuarias y perpetúa modelos de intervención sancionador.

Otra amenaza destacada es la **predominancia del enfoque biomédico**, el cual, según el 56,5% del personal sanitario y el 62,5% del social, tiende a relegar a un segundo plano los factores psicosociales que son fundamentales en los procesos de recuperación.

Además, los profesionales del ámbito social advierten sobre el impacto negativo de la **burocratización excesiva y los requisitos administrativos**, mencionados por el 62,5% como un factor que obstaculiza el acceso y continuidad de los tratamientos. Por último, en ambos contextos, se señala la **falta de espacios seguros para las personas usuarias**, especialmente por el miedo a repercusiones legales, como la retirada de custodia, lo que refuerza la desconfianza hacia el sistema de atención.

FORTALEZAS

Frente a estas debilidades y amenazas, los equipos profesionales muestran fortalezas significativas que constituyen una base sólida para el cambio. En primer lugar, destaca el **fuerte compromiso ético y vocacional** del personal, valor compartido por el 100% del equipo sanitario y por el 83,3% del equipo social. Esta motivación interna es un motor fundamental para sostener procesos de mejora continua.

Del mismo modo, se valoran positivamente las **habilidades interpersonales del equipo humano**, como la escucha activa, la asertividad, la empatía y la reciprocidad, reconocidas por el 65,2% del personal sanitario y el 79,1% del social. Estas competencias resultan esenciales para establecer relaciones de confianza con las personas atendidas.

Otra fortaleza relevante es la **experiencia y formación técnica específica en el tratamiento de adicciones**, destacada por el 69,5% de los profesionales sanitarios y el 79,1% de los sociales. Esta capacitación permite abordar con mayor rigor y sensibilidad los desafíos asociados a los consumos problemáticos.

Se valora también el respeto por la **confidencialidad y el cumplimiento de los códigos deontológicos**, mencionado por el 79,9% del personal sanitario y el 75% del social. Esta práctica refuerza la confianza de las personas usuarias en el sistema. Finalmente, en el ámbito social se destaca el **trabajo interdisciplinar**, identificado por el 70,8% del personal, como un factor facilitador para ofrecer una atención más integral.

OPORTUNIDADES

Las oportunidades identificadas permiten vislumbrar un escenario favorable para el avance hacia modelos de atención más humanizados. La más destacada, presente en ambos ámbitos, es el **acceso a convocatorias de subvención orientadas a la mejora de la humanización**, reconocida por el 91,3% del personal sanitario y por el 100% del social. Este acceso constituye un recurso clave para implementar cambios estructurales y sostenibles.

Otra oportunidad compartida es la **implementación de programas piloto y proyectos de investigación en humanización**, con una alta aceptación en el ámbito sanitario (91,3%) y un respaldo del 62,5% en el social. Esta línea de trabajo permite generar evidencia y nuevas metodologías adaptadas a las necesidades reales de la población atendida.

Se destaca además el **incremento de campañas de sensibilización en salud mental y adicciones**, valorado por el 89,9% de los sanitarios y el 62,5% de los sociales, lo que refuerza el trabajo de prevención y reducción del estigma. En la misma línea, se observa un **aumento de la demanda social de programas con enfoque en derechos humanos**, señalado por el 78,2% del personal sanitario y el 60,8% del social.

Por último, se identifican **avances tecnológicos como una herramienta clave para mejorar la comunicación y el seguimiento**, una oportunidad especialmente valorada por el 75% del personal social, con potencial para optimizar la continuidad de los cuidados y la accesibilidad.

CONCLUSIONES

En conclusión, tanto el ámbito sanitario como el social comparten un alto grado de compromiso profesional y una clara voluntad de mejora, pero enfrentan limitaciones estructurales similares, como la resistencia al cambio, la falta de enfoque interseccional y el desgaste emocional del personal. En ambos espacios se perciben como necesarias la incorporación de estrategias de humanización, la mejora del acompañamiento psicosocial y la revisión de prácticas coercitivas que vulneran la autonomía de las personas usuarias.

Las fortalezas humanas del equipo, junto con las posibilidades reales de innovación a través de subvenciones, programas piloto y acciones de sensibilización, abren un horizonte favorable para la consolidación de modelos más justos, éticos y centrados en la persona. Para que estas oportunidades se materialicen, será clave fomentar una gestión institucional valiente, participativa y alineada con los principios de derechos humanos, que priorice el bienestar tanto de las personas atendidas como del personal profesional.

De forma transversal, se identificó también como amenaza la **inestabilidad de los equipos profesionales**, derivada de la alta rotación de personal, la temporalidad de los contratos o la falta de continuidad en los proyectos. Esta situación repercute negativamente en la calidad del acompañamiento, interrumpe los vínculos terapéuticos y debilita la memoria institucional. A ello se suma la **ausencia de protocolos unificados**, lo que genera disparidad de criterios, falta de coordinación entre servicios y una atención fragmentada, especialmente en contextos donde confluyen múltiples actores (sanitarios, sociales, jurídicos). Esta amenaza compromete la coherencia y eficacia del abordaje integral de las adicciones desde una mirada humanizada. Como debilidad, algunos participantes añadieron que existe una importante carencia de

recursos estratégicos orientados a la inserción ocupacional de las personas en tratamiento. Esta debilidad evidencia una desconexión entre los servicios terapéuticos y los dispositivos que promueven la autonomía económica y social, tales como formación profesional, empleo protegido o programas de acompañamiento laboral. La falta de estos recursos perpetúa situaciones de vulnerabilidad, dificulta la sostenibilidad de los procesos de recuperación y limita el ejercicio pleno de los derechos de las personas atendidas.

5.4. ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE PARTICIPACIÓN

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE PARTICIPACIÓN.

Estos grupos se han creado con el objetivo de recoger experiencias y propuestas sobre las vivencias de cada persona en los recursos sociales y sanitarios de atención a las adicciones en relación a la humanización percibida y al estigma asociado a estos servicios sanitarios y sociales. Para mejorar la atención y reducir el estigma desde una perspectiva vivencial y participativa. Los principios claves para ello han sido la escucha activa y la horizontalidad, la no revictimización centrándose en el presente y en el futuro, la validación de saberes vivenciales, la restitución del poder a quienes han sido excluidos y todo con una base firme de perspectiva de derechos humanos y reducción de daños.

Selección y convocatoria de participantes: Se han creado cinco grupos de participación distintos con unos criterios claros, como la representatividad, la diversidad en cuanto a edad, género y distintos territorios. La selección de estos grupos de participación ha estado marcada por la presencia de personas con experiencia en el uso de los servicios por adicciones y sus familias y red de apoyo. Estas personas están en distintas fases de los tratamientos y vienen derivadas desde distintas Unidades de Conductas Adictivas, Unidades de Salud Mental, Centros penitenciarios y Servicios Sociales.

- **Grupo de Participación 1.** Este grupo ha estado conformado por 35 personas que se encuentran realizando un tratamiento residencial en Comunidad Terapéutica CERES.
- **Grupo de Participación 2.** Este grupo ha estado conformado por 12 personas que se encuentran realizando un tratamiento residencial en Recurso Habitacional CERES.
- **Grupo de Participación 3.** Este grupo ha estado conformado por 25 personas que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio en Centro de Día de Apoyo al Tratamiento de las Adicciones CERES.
- **Grupo de Participación familiar 4.** Este grupo ha estado conformado por 15 personas familiares de las personas que se encuentran realizando un tratamiento residencial en Comunidad Terapéutica CERES.
- **Grupo de Participación familiar 5.** Este grupo ha estado conformado por 20 personas familiares que pertenecen al tratamiento ambulatorio.

DISEÑO DEL PROCESO PARTICIPATIVO

Se han realizado actuaciones de coordinación involucrando a las personas profesionales de cada uno de los recursos que han participado, para garantizar la correcta organización de los grupos de participación.

Se ha establecido un marco ético, con consentimientos informados escritos para las personas participantes, confidencialidad estricta, posibilidad de abandonar el grupo sin consecuencias y disponibilidad de apoyo emocional y profesional si se remueven temas sensibles.

ESTRUCTURA METODOLÓGICA DE LAS SESIONES

Se han establecido tres sesiones por grupo de participación. Una sesión destinada a la presentación del objetivo del grupo, otra para las vivencias percibidas y otra sesión referente a las propuestas de mejora. Cada sesión ha tenido una duración de dos horas cada una.

Cada sesión ha incluido: la bienvenida y el encuadre para determinar el objetivo de dichos encuentros, dinámica participativa mediante grupos pequeños y el registro de aportes mediante murales. Finalmente se ha llegado a síntesis y acuerdos.

Sesión 1: Encuadre y generación de confianza.

- Presentación de la investigación y del objetivo del grupo.
- Creación de normas del grupo (escucha activa, no juzgar, confidencialidad y cuidado mutuo).
- Espacio seguro para expresarse.

Sesión 2: Experiencias en el sistema de atención para detectar barreras y estigmas.

- Técnica Mapa del estigma mediante un mural y expresión artística (personas usuarias).
- Relatos vivos.
- Se han identificado situaciones, frases y actitudes profesionales que han causado deshumanización. Indagando cuándo se han sentido escuchadas/respetadas en un servicio y cuándo no. A la vez que se indagan en las emociones que le generaron estas situaciones.

Sesión 3: Propuestas de mejora.

- Técnica: Si yo diseñara el servicio.
- Se ha trabajado en grupos pequeños y se han creado propuestas para mejorar el trato profesional, la accesibilidad, la comunicación y la participación en las decisiones.
- Puesta en común colectivamente, donde se han presentado los hallazgos, se ha validado con el grupo y se ha hecho una lluvia de ideas sobre cómo llevar estas propuestas a las instituciones.

RESULTADOS OBTENIDOS.**VIVENCIAS COMPARTIDAS POR LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE ADICCIONES:****- Trato recibido por profesionales:**

Las personas participantes expresaron que cuando acuden a servicios sanitarios por alguna dolencia y le hacen analítica, dando positivo en el consumo, el trato que sienten es muy diferente.

“Me he sentido desplazado, no bien tratado, no bien atendido, me han dejado para el final o último, me miraban mal y no me atendían como a las demás personas”.

“Me he sentido atacado en las salas de psiquiatra, he vivido situaciones de verdadero estrés, de querer abandonar la sala por las exageraciones que hacía mi familia y el personal sanitario de la situación que vivíamos después de un brote psicótico”.

Una observación general ha sido que cuando piden ayuda, tanto estas personas como sus familias, el trato recibido es que esperan que pierdan el control de la situación. “Sientes como un complot hacia tu persona”.

Los profesionales sanitarios de prisiones no dan buen trato a las personas con adicciones.

“Estás muy subido, porque no estás haciendo nada extraordinario”.

“En psiquiatría, me ataron sabiendo que llevaba las costillas rotas, por ser adicta”.

- Estigmas experimentados:

Las personas participantes expresan que cuando han ido a la mutua estando de baja por ansiedad, a pesar de estar tomando medicación, les han dado de alta cuando no estaban preparadas para volver a trabajar.

“Una de las preguntas que siempre me gusta realizar a la gente de prácticas, es ¿qué pensaban que iban a encontrar? Y muchas personas tienen un falso concepto y conocimiento. Piensan que somos delincuentes, agresivos, locos, trastornados, mal vestidos, sucios, enfermos de VIH, violentos, etc.”.

“El primer contacto con una psicóloga privada, no especializada en un centro o asociación, derivó todos mis problemas familiares, sociales, psicológicos y conductuales al consumo de cocaína únicamente. Sin incidir en problemas mayores como, el porqué del consumo o la falta de tranquilidad mental con mala gestión de emociones. El problema era YO y consumir COCAINA”.

“La psicóloga de la UCA me dijo: Esto es fuerza de voluntad”.

En general, las personas participantes, transmiten que han recibido estigmas como: “tú no puedes; no es una enfermedad, es un vicio; nunca vas a ser una persona normal; no vales para nada; si hubieras estado trabajando no te hubieras gastado el dinero y hubieras jugado”.

“Cuando no saben lo que es una adicción y nos dicen: Si sabes que tienes un problema, por qué no lo dejas”.

“En psiquiatría de salud mental me sentí como si estuviera loco”.

- **Dificultades de acceso a los servicios:**

Las personas participantes expresan que cuando han vivido un estado de ansiedad y han decidido recurrir al servicio de urgencias de un hospital o centro de salud, al comentar que la ansiedad es por consumo, no recibían respuesta y no les hacían caso.

“Mi médico de cabecera me negó una ambulancia por causa ajenas a mí. No quiero pensar si es por ser adicto al alcohol.

- **Sentimientos y emociones recurrentes:**

Las personas participantes expresan que las personas de su entorno les hacían creer y sentir que estaban “locas” y que pasaban cosas que, en realidad, no sucedían así.

Sentirse como delincuentes, “drogadictos” y “*yonkies*”.

“Me he sentido mal cuando me dicen que no valgo para nada, cuando me juzgan por mi pasado y me dicen que voy a seguir igual porque son un drogadicto”.

PROPUESTAS DE MEJORA:

- **Formación profesional en adicciones y estigma:**

Más formación de las personas profesionales sobre la enfermedad de la adicción a sustancias o comportamentales. Ya que sienten que hay un gran desconocimiento.

Mayor conocimiento de humanización y respeto hacia este sector de personas tan vulnerables por parte de los profesionales del sector público y privado hacia los pacientes.

- **Mejoras estructurales:**

Que haya más plazas públicas de tratamiento residencial, porque hay gente que no puede esperar tanto tiempo y necesita ingresar lo antes posible.

Crecimiento de unanimidad por parte de médicos, ayudantes, pacientes **TODOS UNIDOS POR UN MISMO OBJETIVO**. Más ayudas para posibles emprendedores en este sector, creación de centros, terapias y comunidades.

Existencia de más profesionales en el circuito de atención a las adicciones. Las personas participantes opinan que han tenido una hora de terapia psicológica cada dos meses en los servicios públicos de atención a las adicciones.

Más prestaciones y ayudas para salud mental y adicciones. La salud mental y las adicciones necesitan más inversión y tratamientos, no “caridad”.

Aumento de otro tipo de recursos como las viviendas tuteladas o supervisadas para la continuidad del tratamiento.

Las personas manifiestan los constantes cambios de personal, especialmente en UCA. Esto conlleva que no sientan confianza y vínculo con personas que no conocen.

- **Mejora del lenguaje y comunicación:**

En el informe de urgencias, sea por la causa que sea, lo primero que pone en el informe arriba del todo, es la palabra “toxicómano”.

Deben ser claros y concretos, no divagar ni sedar al paciente. Hablar con la persona de forma asertiva y explicarle bien su problema, para que ella vea si puede solucionarlo.

Mejora de la comunicación profesional-paciente, más diálogos para el aumento de la comprensión.

- **Espacios más humanos y acogedores:**

Más trato amable, humano y personalizado por parte de las personas profesionales. Personas con humildad y compromiso con su trabajo, que ayuden más y respeten.

Mejora de los servicios de urgencias, que te traten como una persona enferma y no por una persona con adicción que lo decide conscientemente.

Más sororidad por parte de las mujeres y la inclusión de la perspectiva de género.

- **Participación activa de personas en las decisiones:**

La inclusión de la persona con adicción y su participación activa debe ser más efectiva.

Creación de buzones de sugerencias para posibles mejoras, tanto en los centros residenciales como en la unidad de conductas adictivas.

Inclusión de pares, familias y personas que acompañan en el proceso terapéutico.

RELATOS VIVOS

Relato 1: Gracias a la trabajadora Social de la UCA, que se involucró en mi caso. Yo era un “loco” sin valor en la vida. Y aunque quería salir, no podía, me saltaba las citas y en esos momentos de epifanía que volvía a pedir ayuda en momentos de desesperación, era imposible que todo fuera como yo quería. Y necesitaba salir de aquello. Todo eran intentos fallidos. Tuve la gran suerte que ella se involucró, me buscó hasta encontrarme con la intención de que firmara los papeles de un piso puente. Por fin, llegó el día y todo gracias a aquella chica que no dudo en brindarme toda la ayuda posible.

También añadir, que más que propuestas yo lo que haría es que todos los profesionales de este sector que sean vocacionales, porque el trato sin lugar a dudas es muy diferente.

Relato 2: En la UCA siempre me han tratado bien. Pero la espera para las citas es muy demorada. Entré a un centro de forma privada y me dieron la plaza pública a los 5 meses. Pero ellos me dijeron que iba a tardar ese tiempo, los trabajadores sociales de allí se portaron muy bien.

En este centro estoy muy contento con el equipo terapéutico, y nunca me han tratado con ningún tipo de estigma.

En la sociedad hay gente que te trata con estigma y otra que no, pero pienso que es también por falta de información y educación sobre este tema.

Relato 3: Pienso que, en mi UCA, el tratamiento que tuve con mi psicóloga, siempre fue enfocado a estar sin consumir. Sentía que tenía menos ayuda que sobre los problemas que me han llevado en varias ocasiones a recaídas. Creo que han indagado poco en el origen de mi adicción, y noté que, con no consumir, la prueba era superada mensualmente.

El tiempo que estuve en el centro residencial, siempre me queje de la falta de terapia individual y creo que las terapias de grupo no todos los pacientes están en disposición de poder ayudar. Por tanto, para mí, la terapia individual es lo que más he echado en falta en mi estancia.

Relato 4: En la medida de lo posible, en los centros e instituciones como cárcel, UCA, CIS, o cinco centros residenciales que llevo ya, en ocasiones, no he sentido que se me ayude. No en todos los centros, porque cada centro es distinto. Quiero decir, que en la cárcel me sentí más ayudado que en muchos centros, allí es donde me he sentido más arropado, tanto por mis compañeros como por las terapeutas.

Relato 5: En mi caso fue a través del médico de la comandancia, el cual me puso en contacto con una médica experta en adicciones.

Fui a su clínica privada con tratamiento ambulatorio. Seguidamente asistí a un centro residencial para entrar en contacto con grupos de terapia, donde no hubo ningún impedimento. A parte, asisto a terapia individual con los especialistas: uno en adicciones y otro donde trabajamos más la vida diaria.

Un día, cuando fui a renovar la baja laboral, un compañero me comentó que había oído que yo estaba ingresada en un centro de adicciones y que lo sabía todo el mundo, cosa a la que no hice mucho caso, ya que tengo otros compañeros que valoran mucho el trabajo que estoy haciendo y los resultados que estoy obteniendo.

La sociedad aún tiene mucho que trabajar para dar visibilidad a la enfermedad y facilitar recursos para nosotros.

A la hora de volver a incorporarme laboralmente estoy viendo que, si hay preocupación, ya que es otro aliciente para seguir trabajando, incluso hacer más exámenes aleatorios será mucho mejor.

Relato 6: Mis refuerzos son haber estado en un centro residencial, mis compañeros/as, mi familia y todas las personas de centro de día. Personalmente no he tenido ningún problema de estigma, al contrario, me han ayudado en todo lo que han podido y gracias a ellas estoy muy contento.

Relato 7: Para mí el centro residencial fue mi salvación. Luego conocí la UCA y la médica y psicóloga son mucho más profesionales en cuanto al estigma. Aquí en centro de día las terapias son un gran apoyo y muy satisfactorias, me encanta venir.

Relato 8: Hoy por hoy, el único problema que ha tocado mi proceso ha sido mi enfermedad y gracias a las personas profesionales he podido seguir adelante. La UCA, por ejemplo, tampoco me puso ninguna barrera a la hora de darme la metadona y cambiar mis horarios por la diálisis.

Lo que, si me ha ocurrido, en el hospital, es sentirme observado cuando me iban a realizar una prueba diagnóstica y escuchar “eso seguro que es por ser un yonqui de esos”.

Quiero decir que la gente no debería de juzgar a los demás y mirarse a sí mismos, seguro que la vida sería más fácil para todos.

VIVENCIAS COMPARTIDAS POR LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE ADICCIONES:

En general, no han percibido un trato diferente en las distintas instituciones, en algunos casos porque mantienen la enfermedad escondida, pero casi todas las familias refieren un trato correcto, sin prejuicios.

Algunos familiares refieren que es la propia persona quien en ocasiones se estigmatiza, pensando que los demás opinan de forma negativa sobre ellas y su enfermedad.

PROPUESTAS DE MEJORA COMPARTIDAS POR LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE ADICCIONES

Las familias manifiestan que echan en falta más recursos a los que acudir cuando terminan los tratamientos residenciales, como asociaciones o centros de día, más centros para realizar tratamientos tanto residencial como ambulatorio. Más disponibilidad de plazas y más ayudas a las familias, tanto en apoyo social como económico.

También un trato más individualizado y más comunicación con las familias y su inclusión en los tratamientos.

RELATOS VIVOS OBTENIDOS DE LOS GRUPOS DE PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS FAMILIARES

Relato 1. Mi experiencia en el centro residencial fue maravillosa, fue como si mi marido volviera a nacer. Pero antes de llegar a ese centro, nos encontramos con muchas dificultades debido a toda la desinformación que había. Si no era por privado, no podíamos acceder rápidamente a los recursos y eso complicaba todo. Nuestra familia tenía ahorros, sino me temo que hubiera pasado lo peor.

Relato 2. Mi experiencia actualmente es positiva porque mi familiar está viniendo a las terapias, y a su psicóloga y va mucho mejor en casa. Pero en su día sentí que juzgaban mucho a mi hijo, desde la UCA por haber empezado a consumir tan joven y tener medidas judiciales, además, no nos daban casi información, yo la pedía y esas profesionales solo me dieron un papel con los distintos recursos que había sin explicarme nada de ninguno de ellos. Diciéndome que teníamos que llamar nosotros. No me sentí nada ayudada, me sentí sola y sin saber que hacer puesto que nunca he tratado con el tema de las adicciones, llamaros fue lo que salvo la situación que teníamos.

Relato 3. Mi experiencia, la verdad, es que tanto en UCA como en otro centro residencial, ha sido muy buena, desde el primer momento nos intentaron ayudar, nos intentaron guiar, y aunque a mi hijo lo echaron del recurso por mala conducta, todo fue desde el respeto y luego le permitieron volver, hasta que finalmente acabó aquí donde sois unas grandes profesionales.

Relato 4. Yo he sufrido mucho como madre, primero fuimos la “comidilla” de todo el barrio, se hablaba de mi hija, de lo que hacía, de que tenía un niño pequeño y estaba por ahí drogándose, notaba que cuando pasaba a comprar, o de vuelta a mi casa como la gente me miraba como juzgándome o reprochándome, como si fuera culpa mía que mi hija tuviera ese problema. Luego, cuando mi hija decidió pedir ayuda y asistimos a la trabajadora social no tenía mucha información que darnos y nos mandó a la UCA y ahí llegó otro gran bajón porque había mucha lista de espera y yo no tenía dinero para pagar un recurso de forma privada, empezamos de forma ambulatoria en un centro mientras le daban plaza. Pero mi hija no estaba bien. El padre del niño le quería quitar la custodia alegando que era una adicta, y nuestro abogado decía que llevaba razón. Cómo íbamos a poder cuidar de un menor con la situación que teníamos. A mí eso me partió en dos, nos costó mucho salir de todo aquello. Me di cuenta lo difícil que era que alguien te echara una mano en esa situación, todo el mundo ponía trabas y juzgaba.

Relato 5. Nosotras, tanto mi nuera como yo, oímos lo de este recurso por la boca a boca. Porque no hay mucha información sobre adicciones, no es, por ejemplo, como las actividades para mayores que están en todos sitios y te informas, esto está más oculto. Entonces llegamos a este recurso, porque no teníamos ni idea de lo que era una adicción, de que es una enfermedad, de que existía la UCA. Y a partir de venir aquí, todo mejoró, y mi hijo empezó a poner mucho de su parte, por lo que nosotras no nos hemos encontrado trabas, ni estigmas, y menos mal, porque ya de por sí que es un proceso doloroso, como hubiéramos encontrado más piedras no sé qué hubiéramos hecho.

Relato 6. Yo tengo que decir, que no estoy muy contenta con cómo han tratado a mi hijo en los centros. En el primer centro, como si no fuera una persona y sólo contara su espíritu o voluntad. Luego en el siguiente centro lo echaron a la calle, sin ni siquiera llamarnos, como si no tuviéramos derecho a saber que había cometido una falta grave y por eso se le expulsaba, al menos para recogerlo. Luego, donde preguntaras, como en el centro social, no tenían mucha idea de los recursos que había tuvimos para las adicciones. Tuvimos que buscarlos nosotros por nuestra cuenta, hasta que una persona nos habló otro recurso. De momento, el trato que estamos recibiendo aquí sí que es bueno y estoy muy agradecida a las profesionales porque me han orientado y ayudado, sino mi hijo, seguramente estaría ya muerto, y me puedes decir exagerada, Pero por todo lo que he pasado, y no veía la luz hasta que encontré estas terapias para la familia.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos, en base a las aportaciones de los grupos de participación de personas usuarias de los servicios de la red de atención a las adicciones, revelan una experiencia sistemática de deshumanización, estigma y exclusión de forma estructural dentro de los servicios sanitarios y sociales de atención a las adicciones. En muchas ocasiones, se describe un patrón de trato desigual y marcado por el estigma, actitudes que destacan cuando las personas profesionales les identifican como personas con adicción. Estos patrones conductuales han sucedido tanto en servicios de salud general como en los espacios especializados de salud mental y adicciones.

El estigma institucional identificado se manifiesta en forma de etiquetas despectivas de forma verbal o en informes médicos (como “toxicómano”), generalizaciones e interpretaciones que simplifican los problemas de vida de estas personas a la “falta de voluntad”. Además, la excesiva medicalización, la falta de empatía y la tendencia a invisibilizar las causas profundas del consumo, como el trauma, el entorno y la salud mental, solo alimentan la desconfianza hacia el sistema.

Se ha detectado una grave deficiencia estructural en cuanto al número insuficiente de plazas públicas, los largos tiempos de espera para ingresar, las terapias y distintas intervenciones, y en general, la escasez de recursos en salud mental y una atención que a menudo se percibe como despersonalizada y estigmatizada. Como complemento a estos resultados, también hay experiencias positivas que destacan y emergen en la presente investigación, las personas atendidas han destacado especialmente los recursos donde el personal demuestra vocación, compromiso humano y formación especializada. Estos resultados nos demuestran que el cambio en humanización está siendo posible y que las personas con adicciones responden de manera positiva cuando se sienten escuchadas y tratadas con dignidad.

Realizando una reflexión general, estas personas expresan una necesidad urgente de reformar de forma humanitaria, reducción del estigma y un enfoque de salud integral en las adicciones. A lo largo de esta investigación, han manifestado una experiencia colectiva de estigma, exclusión y etiquetas que generan un sufrimiento que es totalmente evitable por parte de las personas profesionales. No solo han podido manifestar sus vivencias y experiencias, sino que han propuesto soluciones realistas y constructivas mediante propuestas claras para mejorar sus procesos terapéuticos en los distintos recursos, incidiendo en el trato, la atención, el acompañamiento y la inclusión en la sociedad. Quieren participar, ser escuchadas y formar parte activa de los cambios.

En cuanto a los resultados obtenidos a nivel familiar, encontramos vivencias ambivalentes respecto a los servicios de atención a las adicciones. Las vivencias positivas respecto a un trato correcto, en ocasiones, y en especial en los servicios generales de salud, dependen de que no se haga visible el diagnóstico de adicción para no recibir estigma y, también, de que la familia tenga capacidad propia para gestionar la información y los recursos por su cuenta.

Uno de los problemas destacados que las familias manifiestan es la falta de información sobre los recursos y ayuda disponibles, información que no es accesible, ni siquiera por parte de profesionales de la salud o lo social, lo que hace que no reciban una orientación beneficiosa desde el primer momento. Se enfrentan, en la mayoría de ocasiones, a un sistema inaccesible o de larga espera sin recursos económicos.

También ponemos de manifiesto que las principales personas cuidadoras son las madres, que han sufrido un gran malestar debido al estigma y a la culpabilización social y de juicios con los que cargan. Donde se evidencia una clara sobrecarga emocional. Debido a estos síntomas, que las principales figuras cuidadoras sufren, debe existir mayor comunicación por parte de los equipos y una plena inclusión de las familias en los tratamientos, además de un tratamiento específico para las principales figuras cuidadoras. Estos grupos de participación han manifestado que el sistema no está preparado para acompañar ni a las personas con adicciones ni a su círculo de apoyo. Ofrecen propuestas claras: más recursos residenciales y ambulatorios, acompañamiento real post-tratamiento, mejor coordinación entre servicios, y más formación y sensibilidad de los profesionales. La principal conclusión es que la recuperación no es un proceso individual, sino que incluye a la familia, a la comunidad y a cualquier red de apoyo de la persona.

El objetivo de esta investigación es señalar que el sistema de salud atienda sin revictimizar y sin retraumatizar, una oportunidad para revisar las prácticas profesionales y transformar la atención a las adicciones y la salud mental desde la humanización y la lucha contra el estigma con equidad.

CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE PARTICIPACIÓN. ¿QUÉ NOS DICEN ESTAS VOCES SOBRE EL SISTEMA?

El estigma está presente en el trato profesional hacia las personas con adicciones dentro del circuito de atención y de contextos sanitarios de salud general, salud mental y servicios especializados.

Las personas perciben el sistema de atención como inaccesible, tardío, ineficaz y con escasez de recursos y falta de atención humana y personalizada.

Las personas reclaman ser tratadas con derechos humanos, con voz activa y no como pacientes “culpables” o “irrecuperables”.

Se han detectado experiencias positivas con profesionales con humanidad, vocación y que muestran que el cambio es posible, con atención digna que mejora los procesos de recuperación.

Se ha detectado **una demanda de participación, mayor comunicación, inclusión de la perspectiva de género, más recursos estructurales y formación especializada** de las personas profesionales en adicciones.

Las familias dan una opinión favorable y positiva de las personas profesionales y los recursos cuando existe un trato basado en la humanización, la información y la orientación.

Expresan **que existe una sobrecarga de cuidados, emocional, psicológica y social para las familias, especialmente las mujeres cuidadoras**, que han sentido el peso del estigma tanto por parte de la sociedad, como por parte de las personas profesionales.

Los procesos de atención de cualquier tipo de recurso necesitan incluir a las familias como parte de los procesos terapéuticos, no solo como acompañantes pasivas.

Las familias han manifestado que ante una situación urgente y de emergencia, únicamente pudieron obtener ayuda debido a los recursos económicos con los que contaban para acceder a una plaza privada.

RECOMENDACIONES Y LLAMADO A LA ACCIÓN PARA PROFESIONALES Y RESPONSABLES INSTITUCIONALES

Podemos dividir las recomendaciones en dos partes. En primer lugar, recomendaciones para las **personas profesionales de la salud, los servicios sociales y la atención a las adicciones**:

- Formación específica y especializada en adicciones y salud mental (patología dual). Formaciones que tengan un enfoque biopsicosocial, de derechos humanos y de lucha contra el estigma. Además, que incluyan formación en trauma y reducción de daños. Formación en trabajo con familias y su inclusión en los tratamientos.
- Realizar una autoevaluación para una posterior revisión del lenguaje, la actitud profesional individual y el uso de tecnicismos, expresiones estigmatizantes y promoviendo la escucha activa.
- Cualquier actuación de la práctica clínica o social tiene que estar guiada por la humanización: más empatía y menos prejuicios.
- Fomentar la terapia individual, no únicamente enfocándola a la abstinencia como objetivo final y principal, sino ampliar el abordaje a las demandas que las personas nos transmitan.
- Incluir en cualquier actuación terapéutica a la persona protagonista, a sus familias o personas de apoyo, tanto en el diseño, en la evaluación, en el proceso terapéutico y en la mejora de los servicios.
- Mejorar la primera toma de contacto con la persona y las familias, para explicar los recursos disponibles y las opciones que existen, orientando de forma activa.

En segundo lugar, **recomendaciones para la parte institucional y decisiones políticas**:

- Promover la inversión de estructura en los servicios, tanto de recursos como de personas profesionales. Esto directamente estará relacionado con el aumento de plazas residenciales públicas, aumento de terapias psicológicas y sociales, viviendas supervisadas y cualquier tipo de atención necesaria.

- Esta inversión desembocará en que se garanticen tiempos de espera razonables para que las personas puedan recibir ayuda en el momento necesario y en el momento de motivación interna, garantizar este tipo de motivación es muy importante en un momento terapéutico. Además, garantizar una continuidad terapéutica una vez finalizado un proceso residencial es fundamental para el éxito de la recuperación y su posterior mantenimiento. La adicción es una enfermedad crónica.
- Invertir en la creación y elaboración de protocolos de atención con enfoque de humanización y perspectiva de género, especialmente en contextos no especializados como los servicios de salud general, urgencias, centros penitenciarios y salud mental.
- Promover la creación de equipos especializados, con formación. Generar equipos estables, con pocas rotaciones. Las especialidades de salud mental y adicciones conllevan un componente muy importante: el vínculo terapéutico. Un vínculo que no se fomenta si existen cambios de personal cada cierto tiempo.
- Creación de espacios de participación permanentes para las personas con adicción y sus familias. Reconocer su papel activo para la propuesta y mejora de los servicios.
- Impulsar campañas públicas de sensibilización en el ámbito de las adicciones, que estas se visibilicen como un problema de salud digno.
- Crear recursos específicos de orientación para las familias, incluyendo grupos de autoayuda y de apoyo, guías o protocolos y puntos de información sobre el circuito de atención a las adicciones y la salud mental.
- Garantizar una coordinación efectiva entre los distintos servicios como centros de salud, UCA, hospitales, servicios sociales y centros residenciales, que incluya en todo momento a la familia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales. (2013). España: Cáritas Española Editores.
2. Bermejo Higuera, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria. *Bilbao: Editorial Desclee*.
3. Comunidad de Madrid. (2022). Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria 2022–2026. Consejería de Sanidad. Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/estrategia-salud-comunitaria-atencion-primaria>
4. Comunidad de Madrid. (2022). II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022–2025. Consejería de Sanidad. Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/ii-plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2022-2025>
5. Comunidad de Madrid. (2022). Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022–2024. Consejería de Sanidad. Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-estrategico-salud-mental-y-adicciones-2022-2024>
6. Comunidad de Madrid. (2024). Plan Regional contra las Drogas 2024–2027. Consejería de Sanidad. Recuperado de <https://www.comunidad.madrid/noticias/2024/09/11/diaz-ayuso-anuncia-plan-drogas-50-medidas-centradas-prevencion-jovenes-frenar-consumo-cannabis>
7. Comunidad de Madrid. (2023). Plan Estratégico de Servicios Sociales 2023–2027. Consejería de Familia, Juventud y Política Social.
8. Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares. (2025). *Plan Integral de Adicciones de las Illes Balears 2025-2032*. Gobierno de las Islas Baleares. <https://www.azarplus.com/wp-content/uploads/2025/03/3119130.pdf>
9. Consejería de Salud del Principado de Asturias. (2023). *Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2023-2030*. Gobierno del Principado de Asturias. <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/PLAN-SALUD-MENTAL-2023-2030.pdf>
10. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (2017). Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2017-2025. Gobierno de Castilla-La Mancha. Recuperado de https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20171107/plan_salud_mental_2017-25_informacion_publica.pdf
11. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (2021). Plan de Humanización de la asistencia sanitaria. Horizonte 25. <https://sanidad.castillalamancha.es/plan-de-humanizacion/plan-de-humanizacion-de-la-asistencia-sanitaria-horizonte25>
12. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (2021). Plan de Salud de Castilla-La Mancha. Horizonte 2025. <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025/plan-informe-seguimiento>
13. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. (2016). *Plan de Salud de Canarias 2016-2017: Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios*. Servicio Canario de la

- Salud. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>
14. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. (2019). *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030: Poblaciones sanas, personas sanas*. Gobierno del Principado de Asturias. https://www.asturias.es/webasturias/GOBIERNO/ACUERDOS/castellano/ficheros/2019/2019_05_08_plan_salud_2019_2030.pdf
 15. Contreras-Martos, G. M., Quesada-Armenteros, M. T., Ila-García, A., & Ochando-García, A. (2023). Percepción de los pacientes respecto a la humanización del cuidado enfermero en una unidad de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 26(4), 326-335. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842023031>
 16. Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales. (2023). *III Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón 2023-2026*. Gobierno de Aragón. <https://www.aragon.es/-/iii-plan-estrategico-de-servicios-sociales-de-aragon-2023-2026>
 17. Dirección General de Salud Pública. (2018). *III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón 2018-2024*. Gobierno de Aragón. https://www.aragon.es/documents/20127/6092101/III_Plan_Adicciones_Aragon_web.pdf/1b542b8c-e7a5-af95-3b25-bc6e8f1dafbe?t=1563632855226
 18. Dirección General de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria. (2021). *Líneas Generales del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Principado de Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-humanizaci-c3-b3n-de-la-asistencia-sanitaria-del-principado-de-asturias>
 19. Dirección General de Planificación, Ordenación, Gestión del Conocimiento y Salud Digital (2024). *Plan de Salud Digital de Cantabria (2024 – 2027)*
 20. Duro Robles, R. E., & Prieto Valle, J. M. (2022). *Pla d'Humanització en l'Àmbit de la Salut 2022-2027*. Servei de Salut de les Illes Balears. <https://hdl.handle.net/20.500.13003/18627>
 21. Fundación HUMANS. (2021, noviembre). Definición de indicadores de humanización en la Fundación Hospital San José. Fundación HUMANS.
 22. Generalitat de Catalunya. (2017). *Estratègies 2017-2020: Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya*. Departament de Salut.
 23. Generalitat de Catalunya. (2019). *Pla de drogues i addiccions comportamentals 2019-2023*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.
 24. Generalitat de Catalunya. (2021). *II Pla Estratègic de Serveis Socials (PESS) 2021-2024*. Departament de Drets Socials.
 25. Generalitat de Catalunya. (2021). *Pla de salut de Catalunya 2021-2025*. Departament de Salut.
 26. Generalitat Valenciana. (2023). *Pla d'Acció en Salut Mental, Drogodependències i Conductes Addictives 2023–2026*. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
 27. Generalitat Valenciana. (2022). *Pla d'Humanització de l'Assistència Sanitària del Sistema Valencià de Salut 2025–2028*. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

28. Generalitat Valenciana. (2022). V Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2022–2030. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
29. Gobierno de Aragón. (2022). *Plan de Salud de Aragón 2030*. <https://www.aragon.es/documents/20127/0/Plan+de+Salud+Arag%C3%B3n+2030.pdf>
30. Gobierno de Aragón. (2022). Plan de Salud Mental de Aragón 2022–2025.
31. Gobierno de Castilla-La Mancha (2022) Plan Regional de Adicciones de Castilla-La Mancha 2022-2025. <https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgsspc/actuacion/es/plan-regional-de-adicciones-de-castilla-la-mancha-2022-2025-0>
32. Gobierno de La Rioja. (2018). Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018–2024. Consejería de Salud.
33. Gobierno de La Rioja. (2021). IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2021–2025. Consejería de Salud.
34. Gobierno de La Rioja. (2023). Plan Estratégico de Servicios Sociales de La Rioja 2023–2026. Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública.
35. Gobierno de La Rioja. (2023). IV Plan de Salud de La Rioja 2030. Consejería de Salud.
36. Goffman, E. (1970). Estigma. La identidad deteriorada (Leonor Grinsberg, traductora). Buenos Aires: Amorrortu (Texto original publicado en 1963)
37. Gobierno Vasco. (2023). *Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023–2028*. Departamento de Salud.
38. Gobierno Vasco. (2023). *Modelo de Humanización Osakidetza 2023*. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
39. Gobierno Vasco. (2023). *Plan de Salud de Euskadi 2030*. Departamento de Salud.
40. Gobierno Vasco. (2023). *VIII Plan sobre Adicciones de Euskadi 2023–2027*. Departamento de Salud.
41. Gobierno Vasco. (2023). *II Plan Estratégico de Servicios Sociales de la CAPV 2023–2026*. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales.
42. Humanización en Salud Mental. Fundación Humans; 2020.
43. Humanizando Contigo Estrategia De Activación De La Humanización En El Ámbito Sanitario De La Comunidad Autónoma De Aragón. 2025
44. Junta de Andalucía. (2013). IV Plan Andaluz de Salud (2013–2020). https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_Plan_Andaluz_de_Salud.pdf
45. Junta de Andalucía. (2016). *III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016–2021)*. <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html>

46. Junta de Andalucía. (2016). *Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2016-2020*.
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/plan-integral-salud-mental-2016-2020.html>
47. Junta de Andalucía. (2021). *Plan de Humanización*.
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/plan-humanizacion.html>
48. Junta de Andalucía. (2022, 6 julio). *Plan Estratégico de Servicios Sociales de Andalucía 2022-2026*.
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/245251.html>
49. Junta de Castilla y León. (2016). IV Plan de Salud de Castilla y León, Perspectiva 2020. Consejería de Sanidad. Recuperado de
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/iv-plan-salud-castilla-leon-perspectiva-2020>
50. Junta de Castilla y León. (2021). Plan Persona: Centrado en la asistencia sanitaria en ti. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Recuperado de
<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona.ficheros/2007708-Plan%20Persona.pdf>
51. Junta de Castilla y León. (2022). Plan estratégico de los servicios sociales de Castilla y León 2022-2025. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
52. Junta de Castilla y León. (2024). Plan Autonómico de Castilla y León sobre Adicciones (2024–2030). Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Recuperado de
<https://familia.jcyl.es/web/es/adicciones/plan-autonomico-castilla-leon.html>
53. Junta de Castilla y León. (2025). Estrategia de Asistencia en Salud Mental de Castilla y León 2024-2030. Consejería de Sanidad. Recuperado de
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-asistencia-salud-mental-castilla-leon-2024-2030>
54. Junta de Extremadura. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016–2020*. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado de
<https://saludextremadura.ses.es/smex/pismex>
55. Junta de Extremadura. (2019). *Plan de Adicciones de Extremadura 2018–2023*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Recuperado de
<https://saludextremadura.ses.es/stadiccionextremadura/plan-de-adicciones-de-extremadura-2018-2023/>
56. Junta de Extremadura. (2021). *Plan de Salud de Extremadura 2021–2028*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Recuperado de
<https://www.juntaex.es/w/actuacion-plan-de-salud-de-extremadura-2021-2028>
57. Junta de Extremadura. (2025). *Plan de Acción de Humanización de la Atención Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud 2025*. Servicio Extremeño de Salud. Recuperado de
<https://saludextremadura.ses.es/web/guest/plan-de-accion-de-humanizacion-de-la-atencion-sanitaria-del-servicio-extremeno-de-salud-2025>

58. Montejo, J. Z. (2001). Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible? *Atención primaria*, 28(8), 519.
59. Región de Murcia. (2010). Plan de Salud 2010–2015. Consejería de Sanidad y Política Social.
60. Región de Murcia. (2021). Plan Regional sobre Adicciones 2021–2026. Consejería de Salud.
61. Región de Murcia. (2023). Estrategia de Mejora de la Salud Mental 2023–2026. Consejería de Salud.
62. Región de Murcia. (2023). Plan Regional de Servicios Sociales 2023–2026. Consejería de Mujer, Igualdad, LGTBI, Familias, Política Social y Transparencia.
63. Rubio Arribas, J. (2001). Proceso de la construcción social de un enigma: La exclusión social e drogodependiente. *Nómadas*, 4. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18100414>.
64. Selener, D. (1997). *Participatory action research and social change*. NY: Cornell University Participatory Action Research Network
65. Servei de Salut de les Illes Balears. (2016). *Pla Estratègic de Salut Mental de les Illes Balears 2016-2022*. Govern de les Illes Balears. <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/382-coordinacion-autonomica-de-salud-mental-de-les-islas-baleares/2273-plan-estrategico-de-salud-mental-de-las-islas-baleares-2016-2022>
66. Servei de Salut de les Illes Balears. (2022). *Pla Estratègic d'Atenció Primària del Servei de Salut de les Illes Balears 2022-2026*. Govern de les Illes Balears. <https://www.ibsalut.es/servei/serveis/prestacions-sanitaries/serveis-d-atencio-primaria/4038-pla-estrategic-d-atencio-primaria-del-servei-de-salut-de-les-illes-balears-2022-2026>
67. Servicio Canario de la Salud (2019). Plan de salud mental de Canarias 2019 – 2023. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=d2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c#:~:text=del%20documento%20completo-.Plan%20de%20salud%20mental%20de%20Canarias%202019%20%2D%202023,-%5B18/03/2019>
68. Servicio Canario de la Salud (2022). Plan Canario sobre Adicciones 2022/2024. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=8971a9cf-baa1-11ea-ab61-5dbf4a72c68e&idCarpeta=c60bd3e4-a9a3-11dd-b574-dd4e320f085c>
69. Servicio Cántabro de Salud (2022). Plan de Salud Mental - Salud Cantabria. Salud Cantabria. <https://www.scsalud.es/plan-de-salud-mental>
70. Situación de la HUMANIZACIÓN de la atención sanitaria en ESPAÑA, Revisión 2023-2024. (2024, 22 mayo). Fundacion Humans.

<https://fundacionhumans.com/situacion-de-la-humanizacion-de-la-atencion-sanitaria-en-espana-revision-2023-2024/>

71. Unidad de Coordinación del Plan de Drogas & Dirección General de Salud Pública y Participación. (2010). *Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
<https://drogodependencias.femp.es/sites/default/files/PLAN%20SOBRE%20DROGAS%202010%202016.pdf>
72. Urquiza, R. O. (2017). Tiempo de consulta, gestión clínica y trabajo diario de un médico de familia. *Revista Médica La Paz*, 23(2), 79-83.
73. Xunta de Galicia. (2011). *Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011–2016*. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Recuperado de <https://www.sergas.gal/Saude-publica/Plan-de-Trastornos-Adictivos-2011-2016libraria.xunta.gal+5>
74. Xunta de Galicia. (2019). *Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria. Preto de ti*. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Recuperado de <https://runa.sergas.gal/xmlui/handle/20.500.11940/12961>
75. Xunta de Galicia. (2020). *Estratexia Galega de Saúde 2030*. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Recuperado de <https://www.sergas.gal/Asistencia-sanitaria/Estratexia-Galega-de-Saude-2030>
76. Xunta de Galicia. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19*. Período 2020–2024. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Recuperado de <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/PLAN-DE-SAUDE-MENTAL-DE-GALICIA-POSCOVID-19>
77. Xunta de Galicia. (2024). *Estratexia Galega de Seguridade e Calidade Asistencial 2024–2028*. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Recuperado de <https://www.sergas.gal/Asistencia-sanitaria/Estratexia-Galega-de-Seguridade-e-Calidade-Asistencial-2024-2028>
78. Zafra A y Ferrero F (2021, 21 diciembre). El camino hacia la humanización en el sistema sanitario, la salud mental y las adicciones. IVANESALUD. <https://www.ivanosalud.com/camino-hacia-la-humanizacion-sistema-sanitario-la-salud-mental-las-adicciones/>
79. Zamora Sánchez, J. J., & Blanco Rodríguez, M. (2007). Indicadores de calidad en los centros sociosanitarios del grupo Capio Sanidad. *Gerokomos*, 18(1), 24-29.