



PROTOCOLO DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PROFESIONAL A PERSONAS CON ADICCIONES

ELABORADO POR:



FINANCIADO POR:



Fundación CERES (Centro de Recursos Sociales) es una entidad sin ánimo de lucro de ámbito estatal, constituida en 1996 con una clara vocación solidaria: **acompañar a las personas mediante el diseño y desarrollo de proyectos que favorezcan la inclusión social** de quienes, por diversas circunstancias, se encuentran en situación de riesgo o vulnerabilidad.

Nuestra intervención se fundamenta en un **enfoque de humanización**, situando a cada persona en el centro, reconociendo su dignidad, su historia y sus capacidades. Asimismo, incorporamos de manera transversal la **perspectiva de género**, promoviendo la igualdad real entre mujeres y hombres y atendiendo a las desigualdades específicas que afectan a cada persona.

La misión de Fundación CERES es generar un **impacto positivo y progresivo en la vida de quienes acuden a los servicios**, contribuyendo a mejorar su situación, promover su bienestar y favorecer una vida plena. Este compromiso no se limita a dar respuesta a necesidades inmediatas, sino que busca, de manera prioritaria, impulsar **cambios sostenibles y duraderos en el tiempo**.

El presente protocolo ha sido elaborado por Fundación CERES (Centro de Recursos Sociales) mediante la financiación del Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas a través de la convocatoria a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, para la realización de programas supracomunitarios sobre adicciones en el año 2025.

Especial **agradecimiento** a las distintas entidades que han asistido a la **mesa de participación**, cuyas valiosas aportaciones han resultado fundamentales para el diseño y elaboración del presente protocolo:

Servicios Sociales de Argamasilla de Alba.

Grupo EULEN – Servicios Sociosanitarios.

Fundación Humans.

UNAD – La Red de Atención a las Adicciones.

Dra. Patricia Sampedro Piquero

Asociación Caminar – Albacete

Agrajer – Granada

Fundación Centro de Solidaridad Zaragoza

ASORA - Asociación para la rehabilitación de adicciones de Tomelloso.

**Colaboración técnica en validación:
Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad**



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

Edita y elabora: Fundación CERES – Investigación

Diseño: Fundación CERES – Comunicación

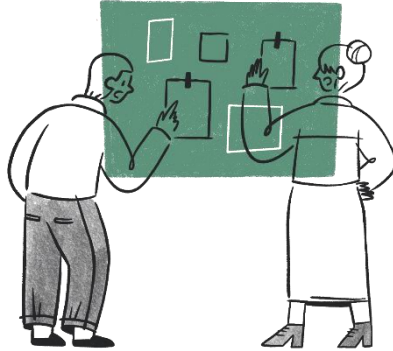
Para más información sobre las actividades de Fundación CERES pueden consultar la página web: <https://www.fceres.es>.

© 2026 | Fundación CERES – Centro de Recursos Sociales.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	NECESIDAD DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DEL PROTOCOLO.....	5
3.	OBJETIVOS	6
4.	MARCO CONCEPTUAL	7
4.1.	PRINCIPIOS	9
4.1.1.	ACCESIBILIDAD	9
4.1.2.	DIGNIDAD Y RESPETO.....	10
4.1.3.	ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA Y PERSPECTIVA BIOPSICOSOCIAL	11
4.1.4.	PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS.....	11
4.1.5.	AUTONOMÍA, PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO	12
4.1.6.	CONFIANZA Y PRIVACIDAD.....	13
4.1.7.	HUMANIZACIÓN ORGANIZACIONAL	14
4.2.	MODELOS TEÓRICOS DE LAS ADICCIONES	15
4.2.1.	MODELO BIOMÉDICO TRADICIONAL.....	16
4.2.2.	MODELO BIO-PSICO-SOCIAL.....	16
4.2.3.	<i>MODELO COGNITIVO-SOCIAL</i>	17
4.2.4.	<i>MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO (MODELO DE SUSCEPTIBILIDAD)</i>	17
4.2.5.	<i>MODELO SOCIOECOLÓGICO (ENFOQUE CENTRADO EN LA AUTOESTIMA Y EL ENTORNO)</i>	17
4.2.6.	<i>MODELO PSICOLÓGICO (MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL)</i>	18
4.3.	MARCO DE DERECHOS HUMANOS – INTERSECTORIALIDAD	19
4.3.1.	<i>PERSPECTIVA DE GÉNERO</i>	20
4.3.2.	DIVERSIDAD CULTURAL	21
4.3.3.	SINHOGARISMO	22
4.3.4.	EXCLUSIÓN SOCIAL.....	22
4.3.5.	DISCAPACIDAD	23
4.3.6.	PATOLOGÍA DUAL.....	24
4.3.7.	PERTENENCIA AL COLECTIVO LGTBIQ+	24
5.	MARCO NORMATIVO	25
5.1.	DIGNIDAD Y DERECHOS FUNDAMENTALES	26
5.2.	SALUD PÚBLICA E INTEGRALIDAD	27
5.3.	DIMENSIÓN SOCIOSANITARIA Y AUTONOMÍA PERSONAL.....	27
5.4.	ESTRATEGIA NACIONAL Y REDUCCIÓN DE DAÑOS	28
5.5.	IGUALDAD DE TRATO Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA	29

5.6.	INTERVENCIÓN POLICIAL, JUDICIAL Y PENITENCIARIA DESDE UN ENFOQUE DE HUMANIZACIÓN.....	29
6.	APLICACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN.....	31
6.1.	PERSONAS MENORES DE EDAD, JÓVENES Y ADOLESCENTES – CENTROS EDUCATIVOS, CENTROS RESIDENCIALES Y AMPAS.....	31
6.2.	SERVICIOS SANITARIOS	38
6.2.1.	ATENCIÓN PRIMARIA	38
6.2.2.	SERVICIO DE URGENCIAS.....	49
6.2.3.	UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS.....	56
6.2.4.	UNIDADES DE SALUD MENTAL/ SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA.....	68
6.3.	SERVICIOS SOCIALES.....	78
6.3.1.	ATENCIÓN PRIMARIA	78
6.3.2.	ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL. RECURSOS SOCIALES O SOCIOSANITARIOS	90
6.3.2.1.	RESIDENCIALES.....	90
6.3.2.2.	RECURSOS AMBULATORIOS. TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL.....	100
6.4.	JUSTICIA, FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO.....	109
6.5.	MÚTUAS, SERVICIOS DE PREVENCIÓN.....	115
6.6.	PERSPECTIVA DE GÉNERO, VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIONES.....	124
6.7.	COORDINACIÓN ENTRE INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE ADICCIONES.....	125
6.8.	FORMACIÓN DE PROFESIONALES Y SUPERVISIÓN.	127
7.	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO.....	131
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	133
9.	ANEXOS	140
9.1.	ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE HUMANIZACION PERCIBIDA POR LAS PERSONAS CON ADICCIONES EN SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS.....	140
9.2.	ANEXO 2. EVALUACIÓN INICIAL Y RECONOCIMIENTO DE PUNTOS DE MEJORA. (ELABORACIÓN PROPIA).....	147
9.3.	ANEXO 3. HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN	156



1. INTRODUCCIÓN

El **concepto de adicción** ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo. Durante gran parte del siglo XX, las adicciones fueron interpretadas desde una perspectiva moral, asociadas a la falta de voluntad personal. En la actualidad, se entienden como una enfermedad crónica y compleja, resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que ha favorecido enfoques más comprensivos y orientados al tratamiento (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014; Volkow et al., 2016). No obstante, este avance conceptual no ha ido acompañado de una desaparición del estigma asociado a las personas con adicciones.



El **estigma** constituye uno de los **principales obstáculos para la atención adecuada de las personas con adicciones**. En su acepción moderna, fue definido por Erving Goffman como un atributo profundamente desacreditador que emerge en el marco de las relaciones sociales y que genera exclusión y discriminación (Goffman, 1986).

Diversos estudios señalan que el estigma persiste en distintos contextos sociales e institucionales y **puede intensificar el consumo, dificultar el acceso a los recursos** y deteriorar la salud mental y las condiciones de vida de las personas afectadas (Link & Phelan, 2001; Room, 2005; Livingston et al., 2012).

En este contexto, la **humanización** de la atención a personas con adicciones se configura como un **elemento esencial para garantizar intervenciones éticas, eficaces y respetuosas con los derechos fundamentales**. La humanización implica promover un **trato digno, empático y personalizado** en los ámbitos sanitarios y sociales, respetando la **autonomía**, la historia vital y la individualidad de cada persona, **más allá de su diagnóstico o condición** (Centro de Humanización de la Salud & Cáritas Española, 2013). Tal y como señala Bermejo (2014), hablar de humanización supone reconocer la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan.

El presente Protocolo de Humanización en la Atención Profesional a Personas con Adicciones tiene como finalidad ofrecer un **marco común de actuación** para los ámbitos sanitario, social, comunitario y judicial, incorporando el enfoque de derechos humanos, la perspectiva de género, la atención a la diversidad y la reducción de daños, con el fin de mejorar la calidad de la atención, favorecer la participación activa de las personas atendidas y contribuir a procesos de intervención más justos e inclusivos.

2. NECESIDAD DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DEL PROTOCOLO

La necesidad de implementar un Protocolo de Humanización en la Atención Profesional a Personas con Adicciones se fundamenta en los hallazgos del estudio comparativo **“La Humanización de las Adicciones en España”** que analizó tres áreas clave: los Planes Estratégicos y marcos teóricos autonómicos, la percepción del personal profesional y la experiencia de las personas usuarias (Fundación CERES, 2025).

El análisis de los **planes estratégicos** reveló la ausencia de un marco común nacional

y autonómico que garantice la coherencia de las actuaciones y la integración de la humanización en la atención. Aunque existen avances en la incorporación de medidas humanizadoras, son escasas las acciones concretas centradas en la dignidad, el trato respetuoso y la personalización de los



procesos terapéuticos.

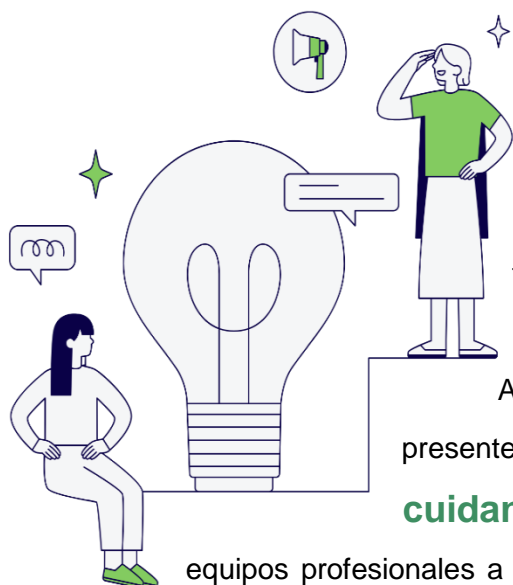
Desde la **perspectiva del personal profesional**, se identificó un alto compromiso y voluntad de mejora, pero también limitaciones estructurales como la falta de coordinación entre servicios, la inestabilidad de los equipos y el desgaste emocional, que condicionan la consistencia de la humanización en la práctica diaria.

Por su parte, la **percepción de las personas usuarias** con respecto a la atención profesional recibida refleja que, si bien valoran esta positivamente, depende en gran medida de la motivación individual de cada profesional, evidenciando la necesidad de estrategias sistemáticas que aseguren la calidad humana de la atención de manera sostenida e igualitaria.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la urgencia de consolidar un protocolo que armonice criterios, fortalezca prácticas humanizadoras y garantice una atención coordinada, ética y centrada en la persona, favoreciendo tanto la participación activa de las personas usuarias como la mejora continua de los equipos profesionales.

3. OBJETIVOS

El presente protocolo se ha realizado con el **objetivo** de garantizar una **atención humanizada a las personas con adicciones** mediante la incorporación sistemática de **principios, criterios y pautas de actuación** centradas en la dignidad, la autonomía y los derechos humanos en todos los dispositivos implicados.



Además, se pretende fomentar la **participación activa** y significativa de las personas usuarias del sistema de atención a las adicciones, quienes han sido tenidas especialmente en cuenta en la elaboración del presente protocolo.

Al detectar desgaste del personal profesional (burn out), el presente protocolo pretende **proteger a las personas que cuidan**, previniendo y disminuyendo el desgaste emocional de los equipos profesionales a través de sesiones formativas enfocadas en estrategias de

afrontamiento, autocuidado y gestión emocional. El personal profesional destaca como el **principal referente de humanización**, según los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a las personas atendidas.

El conjunto de profesionales indica que este impulso por la humanización nace de su vocación, pero peligra ante la sobrecarga asistencial, escasez de profesionales de los recursos y la ausencia de protocolo común.

Por último, el protocolo busca fortalecer la sensibilización en materia de humanización y lucha contra el estigma en el ámbito de las adicciones, mediante el desarrollo de campañas de sensibilización y la mejora de las prácticas comunicativas y organizativas centradas en la persona.

4. MARCO CONCEPTUAL

La humanización se conceptualiza como:

Humanizar: tr. Hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable.

Humanización: f. Adquisición de características más humanas y más amables.

Humanidad: Sensibilidad, compasión, bondad hacia los semejantes.

Diccionario de la Real Academia Española. 22a edición

“

Si hubiera que identificar una idea o un concepto que defina con precisión en qué consiste la humanización de la asistencia (socio) sanitaria, sería dignidad. En el proceso de (re)humanización de la asistencia sanitaria, que coincide en gran medida con el enfoque de la atención centrada en la persona, se han propuesto una serie de valores clave que deben ser protegidos y promovidos para prestar una atención digna: amabilidad, compasión y respeto.

”

Rodrigo Gutiérrez Fernández. Médico jefe de servicio de Programas de Humanización de la Consejería de Sanidad, y miembro del comité de Bioética de Castilla-La Mancha.

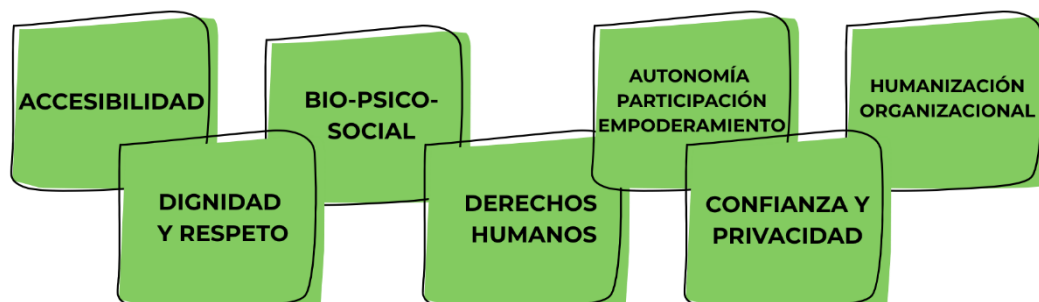
La humanización de la atención en el ámbito sanitario y social se fundamenta en un conjunto de principios éticos y operativos orientados a garantizar una intervención **centrada en la persona**, respetuosa con su **dignidad, autonomía**, capacidad de **participación activa** en su proceso de recuperación y alineada con el enfoque de **derechos humanos**. Este modelo supera planteamientos exclusivamente biomédicos o asistencialistas, incorporando una perspectiva integral que reconoce la dimensión **biológica, psicológica, social** y relacional de las personas (Mead & Bower, 2000; World Health Organization [WHO], 2016).



No se trata únicamente de mejorar el trato interpersonal, sino de **transformar las estructuras institucionales, los marcos normativos y las prácticas profesionales** para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en condiciones de igualdad.

En el ámbito específico de las adicciones, la humanización adquiere especial relevancia debido a la persistencia del estigma, la criminalización histórica y la tendencia a intervenciones paternalistas o coercitivas. Los estándares internacionales en materia de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias subrayan que **toda intervención debe respetar la dignidad humana, la autonomía y el consentimiento informado** (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018).

4.1. PRINCIPIOS



4.1.1. ACCESIBILIDAD

La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2010), indica que el derecho a la salud, desde el enfoque de derechos humanos, se articula en torno a cuatro dimensiones interrelacionadas que deben cumplirse de manera simultánea para que el derecho sea efectivo:

- **Disponibilidad:** Hace referencia a la **existencia suficiente** de servicios, programas, infraestructuras y profesionales capacitados. En el ámbito de las adicciones implica contar con recursos diversificados (prevención, reducción de daños, tratamiento ambulatorio y residencial, apoyo psicosocial, reinserción), cobertura territorial equilibrada y personal formado en intervención basada en evidencia y derechos humanos. La ausencia de dispositivos específicos para mujeres, jóvenes o personas con patología dual, por ejemplo, compromete esta dimensión.
- **Accesibilidad indiscriminada:** Supone que los servicios disponibles puedan **ser utilizados efectivamente** por todas las personas **sin discriminación**. Comprende cuatro subdimensiones:

- **No discriminación:** acceso garantizado independientemente de género, origen, situación administrativa o historial de consumo.
- **Accesibilidad física:** proximidad geográfica, transporte adecuado y eliminación de barreras arquitectónicas.
- **Accesibilidad económica:** gratuidad o costes asumibles, evitando copagos que excluyan a personas en situación de vulnerabilidad.
- **Acceso a la información:** información clara, comprensible y culturalmente adecuada sobre derechos, servicios y tratamientos disponibles.



En adicciones, la accesibilidad también requiere abordar barreras simbólicas como el **miedo al estigma o a consecuencias legales o familiares**.

- **Aceptabilidad:** Implica que los servicios respeten la ética médica, la diversidad cultural y los principios de dignidad y confidencialidad. En este ámbito, supone ofrecer intervenciones respetuosas con **la identidad de género, el contexto cultural y las creencias personales**, evitando enfoques moralizantes o punitivos. La aceptabilidad también exige consentimiento **informado real y participación activa en las decisiones terapéuticas**.
- **Calidad:** Se refiere a que los servicios sean científicamente **apropiados** y técnicamente competentes. Esto incluye intervenciones basadas en evidencia, profesionales cualificados, protocolos actualizados y **evaluación continua de resultados**. En el ámbito de las adicciones, la calidad implica evitar prácticas coercitivas sin respaldo científico y promover tratamientos integrales que contemplen salud mental, determinantes sociales y continuidad asistencial.

4.1.2. DIGNIDAD Y RESPETO

La dignidad humana es el fundamento normativo del sistema internacional de derechos humanos y el eje ético de la humanización. El trato basado en **empatía** y reciprocidad moral, **tolerancia cero frente a negligencias o abusos institucionales y la valoración de la persona como sujeto completo**, con respeto a su historia y sus emociones son la base para un trato digno.

En contextos de consumo de sustancias, la **estigmatización produce efectos adversos demostrados**: retraso en la búsqueda de ayuda, menor adherencia terapéutica y peor pronóstico de salud.



Desde la perspectiva de la intervención en adicciones, el respeto a la dignidad implica reconocer que la persona mantiene su titularidad de derechos independientemente de su estado de consumo o de sus recaídas. Esto exige una transición del modelo de "control" al modelo de "acompañamiento", donde se respete la autonomía de la persona usuaria y su capacidad de agencia. La dignidad se vulnera cuando el sistema asistencial condiciona el trato respetuoso a la abstinencia, cayendo en lo que se denomina estigma estructural: un conjunto de prácticas institucionales que, de forma implícita, despojan al usuario de su credibilidad y valor social.

La evidencia muestra que el **lenguaje** y las prácticas institucionales pueden reforzar la deshumanización cuando se centran exclusivamente en la conducta de consumo, invisibilizando la biografía y los determinantes sociales. La humanización exige sustituir modelos moralizantes por enfoques basados en la evidencia científica y el respeto incondicional.

La tolerancia cero frente al abuso institucional no es únicamente una exigencia ética, sino una obligación jurídica derivada de los tratados internacionales de derechos humanos.

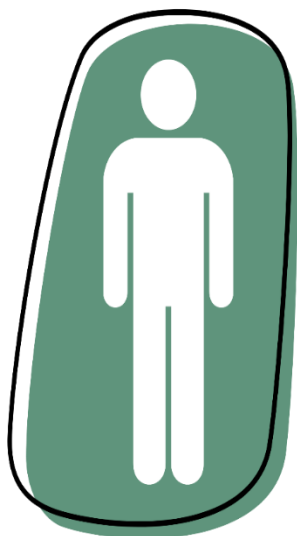
4.1.3. ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA Y PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL

Este principio establece que la atención en adicciones debe situar a la persona, y no únicamente al consumo o al diagnóstico, en el centro de la intervención. Desde el **modelo biopsicosocial**, se reconoce que los trastornos por consumo de

sustancias son el resultado de la interacción entre **factores** biológicos, psicológicos y sociales, por lo que requieren **respuestas integrales y coordinadas**.

Implica:

- **Adaptar** la intervención a las necesidades, valores, tiempos y proyectos vitales de cada persona.
- Garantizar su **participación activa** en la toma de decisiones.
- Integrar atención **sanitaria**, apoyo **psicológico** y acompañamiento **social**.
- Abordar **determinantes sociales** como vivienda, empleo, redes de apoyo y soledad no deseada.



En conjunto, este enfoque promueve itinerarios personalizados, continuidad asistencial y una visión de la recuperación que trasciende la abstinencia, orientándose hacia la autonomía, el bienestar y la inclusión social.

4.1.4. PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

La perspectiva de derechos humanos en la atención a las adicciones implica reconocer a la persona como sujeto titular de derechos, garantizando que toda intervención respete la **dignidad**, la **autonomía** y el principio de **no**

discriminación, conforme a los estándares internacionales en materia de salud y políticas de drogas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018).

Este enfoque exige asegurar el acceso equitativo a los servicios, adoptando medidas específicas para **corregir desigualdades** estructurales que afectan a determinados colectivos. Asimismo, implica garantizar el **consentimiento informado** como proceso continuo, el respeto a la confidencialidad y la limitación estricta de cualquier medida coercitiva bajo criterios de legalidad, necesidad y proporcionalidad.

La perspectiva de derechos humanos también requiere establecer mecanismos efectivos y seguros de queja y rendición de cuentas, así como promover la participación significativa de personas con experiencia vivida en el diseño y evaluación de programas. Finalmente, reconoce la interdependencia del derecho a la salud biopsicosocial con otros derechos fundamentales como vivienda, empleo o protección social, lo que obliga a una coordinación intersectorial que favorezca la inclusión social y el ejercicio pleno de **derechos**.

4.1.5. AUTONOMÍA, PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO

La autonomía constituye un principio central en la humanización de la atención a las adicciones, ya que reconoce la capacidad de cada persona para tomar **decisiones informadas** sobre su propio proceso de recuperación. Su ejercicio requiere información clara, comprensible y culturalmente adaptada, así como alternativas reales de elección, garantizando que las decisiones se tomen sin presiones ni coerción (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

El **empoderamiento** implica fortalecer la capacidad de agencia de las personas, reconociendo sus recursos, experiencias y conocimientos sobre su propio proceso de cambio. Esto se traduce en la posibilidad de **participar activamente** en el diseño, implementación y evaluación de programas y servicios, contribuyendo a que las intervenciones sean más pertinentes, eficaces y respetuosas.



Asimismo, la participación significativa se extiende al entorno social cercano: **familiares** y personas cuidadoras deben ser considerados aliados en los cuidados, respetando siempre la voluntad y la privacidad de la persona atendida. La existencia de **mecanismos seguros de queja y reclamación** sin temor a represalias refuerza la confianza institucional y protege los derechos de quienes acceden a los servicios.

Finalmente, la promoción de autonomía y empoderamiento no solo fortalece la recuperación individual, sino que también contribuye a la transformación de la cultura organizativa, fomentando un modelo de atención más inclusivo, participativo y respetuoso de los derechos humanos.

4.1.6. CONFIANZA Y PRIVACIDAD

La confianza constituye un elemento fundamental en la relación entre las personas usuarias y el personal profesional de la salud o los servicios sociales, ya que facilita la **adherencia** a los programas, la comunicación abierta y la participación activa en los procesos de intervención. Sin un entorno de confianza, incluso los servicios técnicamente adecuados pueden resultar ineficaces.



La privacidad y la confidencialidad son componentes esenciales de esta confianza. Implican el respeto estricto del derecho a la **intimidad** y de los datos personales, garantizando que la información compartida por la persona solo se utilice con fines profesionales y de manera segura (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010). Esto abarca tanto los registros clínicos y sociales como la **comunicación verbal** y **digital** dentro de los servicios.

En el ámbito de las adicciones, la confidencialidad adquiere una **dimensión terapéutica y protectora** de primer orden. Debido a la criminalización y el reproche social que aún rodean al consumo de sustancias, el temor a las consecuencias legales o la pérdida de redes de apoyo (familiares o laborales) actúa como una barrera de acceso. Por ello, **garantizar un espacio de privacidad absoluta no es solo un deber legal**, sino una herramienta para reducir la "clandestinidad" de la persona usuaria. Solo cuando la persona usuaria tiene la certeza de que su información no será utilizada de forma punitiva, es capaz de transitar de la ocultación a la honestidad clínica, permitiendo un abordaje real de su biografía y sus consumos.

Asimismo, la promoción de la confianza incluye intervenciones que fortalezcan la **autoestima**, la autoimagen positiva y la sensación de seguridad de la persona. El **trato respetuoso**, coherente y transparente por parte de los profesionales contribuye a que la persona se sienta valorada y protegida, reduciendo la percepción de estigma y vulnerabilidad.

En conjunto, confianza y privacidad no solo mejoran la calidad de la atención, sino que son condición **necesaria** para un proceso de recuperación efectiva, respetuosa y centrada en la persona, constituyendo un pilar clave de la humanización del sistema sanitario y social.

4.1.7. HUMANIZACIÓN ORGANIZACIONAL

La humanización organizacional implica **transformar la cultura, los procesos y los entornos de los servicios para que sean acogedores, seguros y respetuosos**, tanto para las personas **usuarias** como para el **personal profesional**. No se limita al trato directo, sino que abarca la planificación, la gestión, la coordinación y la **evaluación** de los servicios, garantizando que las estructuras institucionales faciliten la aplicación efectiva de todos los principios de humanización.

Entre los elementos esenciales se incluyen:



- **Adecuación de entornos físicos y protocolo:** espacios accesibles, confortables y adaptados a las necesidades de personas con diversidad funcional, incluyendo criterios de seguridad y privacidad.

- **Trabajo interdisciplinar** y coordinación intersectorial: integración entre atención sanitaria, psicológica y social, así como **colaboración con otras instituciones comunitarias**, garantizando continuidad asistencial y respuestas integrales.
- **Formación y apoyo** al personal profesional: capacitación continua en derechos humanos, perspectiva de género, comunicación no estigmatizante, manejo de situaciones de vulnerabilidad y gestión de emociones. Asimismo, se promueve el bienestar del personal, ofreciendo supervisión, espacios de reflexión y apoyo emocional, fundamentales para prevenir el desgaste profesional y asegurar la calidad de la atención.
- **Evaluación y mejora continua**: implementación de sistemas de seguimiento participativos, **retroalimentación constante y protocolos de calidad que integren la voz de las personas usuarias y del equipo profesional**.

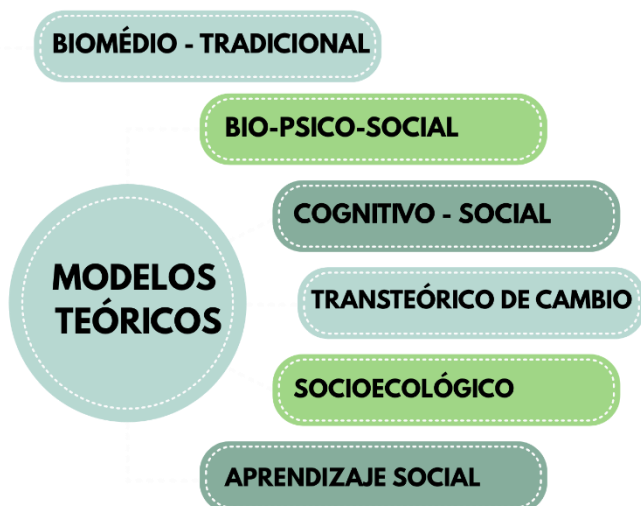
La humanización organizacional, por tanto, no solo busca **mejorar la experiencia de las personas atendidas**, sino también **fortalecer al personal profesional**, creando un entorno laboral saludable y competente que facilite la atención centrada en la persona y el cumplimiento efectivo de los derechos humanos.

4.2. MODELOS TEÓRICOS DE LAS ADICCIONES

La comprensión actual de las adicciones exige un abordaje teórico que permita integrar los múltiples determinantes que intervienen en su aparición, mantenimiento y recuperación.

En el ámbito de la intervención socio sanitaria y la humanización de la atención, resulta esencial que el personal profesional conozca estos marcos interpretativos, y que estos sean aplicados en sus **evaluaciones**, la toma de **decisiones** clínicas y el diseño de **estrategias** terapéuticas centradas en la persona.

El análisis comparado de distintos modelos permite identificar fortalezas y limitaciones de



cada enfoque y facilita la construcción de prácticas integradoras.

4.2.1. MODELO BIOMÉDICO TRADICIONAL

El modelo biomédico tradicional conceptualiza la adicción como una enfermedad caracterizada por alteraciones fisiológicas o neurobiológicas que explican el comportamiento de consumo. Este paradigma, dominante en la medicina del siglo XX, se centra en identificar desviaciones orgánicas o disfunciones subyacentes (genéticas, bioquímicas o estructurales) como origen del trastorno.

Desde esta perspectiva, la persona usuaria adopta un papel relativamente pasivo en el proceso terapéutico y el tratamiento se orienta prioritariamente hacia intervenciones farmacológicas o clínicas destinadas a corregir la **alteración biológica**. Este enfoque contrasta con perspectivas más integradoras al considerar que los procesos patológicos pueden explicarse fundamentalmente mediante anomalías fisiológicas o patógenas (Turner, 2024; Engel, 1977 citado en literatura posterior).

Si bien este modelo ha sido clave para el desarrollo de tratamientos médicos y para la comprensión neurocientífica de la adicción, su **limitación** principal reside en la escasa consideración de variables psicológicas y sociales.

4.2.2. MODELO BIO-PSICO-SOCIAL

El modelo bio-psico-social fue propuesto como respuesta crítica al reduccionismo biomédico, defendiendo que la salud y la enfermedad resultan de **la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales**.

Este enfoque integrador sostiene que la experiencia de enfermedad no puede comprenderse sin considerar **variables emocionales, cognitivas, culturales y relacionales**, y que la intervención sanitaria debe ser multidisciplinar.

Aplicado al ámbito de las adicciones, el modelo permite entender el consumo problemático como resultado de **vulnerabilidades biológicas, procesos psicológicos y determinantes sociales**, superando la visión exclusivamente orgánica del fenómeno. Además, plantea que la salud debe analizarse desde una combinación de **factores interrelacionados** y no únicamente desde variables fisiológicas.

Este paradigma constituye actualmente una base conceptual esencial para enfoques de atención humanizada e interdisciplinar.

4.2.3. MODELO COGNITIVO-SOCIAL

El modelo cognitivo-social interpreta las conductas adictivas como el resultado de la **interacción entre cogniciones, expectativas, aprendizaje y contexto social**. En esta perspectiva, el comportamiento se explica por procesos de observación, interpretación y autorregulación que median entre estímulo y respuesta.

Este enfoque deriva de la tradición del aprendizaje social y destaca el papel de la **autoeficacia**, las **creencias** y la influencia del entorno en la adopción de conductas de salud. La modificación conductual se orienta hacia la reestructuración cognitiva, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y la intervención en contextos sociales que refuerzan el consumo.

Aunque su base empírica procede de múltiples desarrollos teóricos en psicología de la salud, su relevancia en adicciones radica en permitir comprender al individuo como agente activo capaz de modificar patrones conductuales mediante procesos cognitivos y sociales.

4.2.4. MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO (MODELO DE SUSCEPTIBILIDAD)

El modelo transteórico plantea que **el cambio conductual ocurre progresivamente a través de etapas precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación, y no como un evento puntual**.

Las investigaciones han mostrado que adaptar la intervención al estadio **motivacional** del individuo mejora la eficacia terapéutica y los resultados en psicoterapia, existiendo asociaciones significativas entre etapa de cambio y evolución clínica.

El modelo ha demostrado utilidad en el tratamiento de conductas adictivas y en el diseño de intervenciones multinivel para reducir el consumo de alcohol y otras sustancias.

Desde una perspectiva humanizadora, este marco permite comprender recaídas y ambivalencias como parte del proceso y no como fracaso terapéutico, promoviendo **intervenciones individualizadas**.

4.2.5. MODELO SOCIOECOLÓGICO (ENFOQUE CENTRADO EN LA AUTOESTIMA Y EL ENTORNO)

El modelo socioecológico considera la conducta humana como resultado de la **interacción entre niveles individuales, interpersonales, comunitarios y**

estructurales. Este enfoque amplía la comprensión del comportamiento de salud más allá del individuo, integrando **factores contextuales y relacionales**.

Su coherencia con el paradigma biopsicosocial radica en la consideración de múltiples dimensiones interconectadas que influyen en el proceso salud-enfermedad.

Aplicado a las adicciones, permite analizar el papel de redes sociales, entorno comunitario y factores estructurales en el desarrollo del consumo, así como la relevancia de variables personales como la **autoestima** o el **apoyo social** en la recuperación.

Este enfoque favorece intervenciones preventivas y comunitarias coherentes con estrategias de salud pública y humanización.

4.2.6. MODELO PSICOLÓGICO (MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL)

El modelo psicológico basado en aprendizaje social sostiene que las conductas adictivas **se adquieren y mantienen mediante procesos de observación, refuerzo y condicionamiento dentro de contextos sociales específicos**.

Este marco conceptual se vincula con perspectivas **cognitivo-conductuales** que consideran la conducta modificable mediante reaprendizaje, entrenamiento en habilidades y exposición a nuevos patrones conductuales.

Su integración en la intervención en adicciones permite diseñar estrategias centradas en el cambio conductual, el modelado y el fortalecimiento de la autoeficacia, contribuyendo a programas terapéuticos estructurados y educativos.

4.3. MARCO DE DERECHOS HUMANOS – INTERSECTORIALIDAD

Figura1. Ejes de desigualdad:



Fuente: Patricia Hill Collins (2017)

Para la eficacia y la mejora de la adherencia al tratamiento es importante tener en cuenta **las diferentes vulnerabilidades** por las que pueden estar atravesadas **las vidas de las personas con adicciones** y cómo estas pueden influir en su **tratamiento**.

La atención a las adicciones, desde un enfoque de derechos humanos, implica reconocer que el consumo problemático no puede entenderse únicamente como una cuestión clínica, sino como un fenómeno complejo atravesado por determinantes sociales, estructurales y relacionales. La garantía del derecho a la salud exige asegurar igualdad real en el acceso, permanencia y éxito terapéutico, evitando cualquier forma de discriminación directa o indirecta.

Actuar desde la **intersectorialidad** supone articular respuestas coordinadas entre los sistemas sanitario, social, socio sanitario, educativo, judicial y comunitario. Esta perspectiva reconoce la posibilidad de experimentar múltiples vulnerabilidades de forma simultánea (por ejemplo, mujer migrante en situación de sinhogarismo con

patología dual), generando **barreras** acumulativas que **requieren respuestas holísticas e integrales**.

A continuación, se realizará un breve recorrido por las vulnerabilidades específicas más significativas y cómo estas afectan a las personas con adicciones:

4.3.1. PERSPECTIVA DE GÉNERO

El **género influye** tanto en los patrones de consumo como en la experiencia de acceso y permanencia en tratamiento. Las mujeres con trastornos por uso de sustancias suelen iniciar el consumo en contextos relacionales (pareja, violencia, dependencia emocional) y presentan mayor prevalencia de antecedentes de **trauma** y **violencia de género**.



Factores clave:

- Mayor **estigmatización social**, especialmente en mujeres con responsabilidades parentales.
- Miedo a la pérdida de custodia de hijos e hijas.
- Sobrecarga de cuidados que dificulta la asistencia regular a recursos.
- Mayor presencia de violencia sexual y de género asociada al consumo.
- Invisibilización del consumo femenino en etapas iniciales.

Impacto en la adherencia:

- **Retraso** en la solicitud de ayuda.
- **Abandono** prematuro del tratamiento por incompatibilidad con cuidados.
- Dificultad para abordar **traumas** no tratados.

Claves para el protocolo:

- Incorporación sistemática de cribado de violencia de género. **Protocolo de detección implícita de violencia de género** en mujeres con adicciones
- **Espacios terapéuticos seguros** y diferenciados cuando sea necesario.
- Recursos con **posibilidad de atención a mujeres con hijos/as**.
- **Formación** en sesgos de género para profesionales.
- Atención informada en trauma.

Asimismo, debe incorporarse una perspectiva de **masculinidades**, abordando patrones de consumo vinculados a modelos de riesgo, negación de vulnerabilidad y resistencia a la demanda de ayuda.

Documentos de ayuda:

- [Protocolo de actuación ante adicciones y perspectiva de género. Profesionales del ámbito de Adicciones. Fundación Ceres.](#)
- Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2023). *Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

4.3.2. DIVERSIDAD CULTURAL



Las personas migrantes o pertenecientes a minorías étnicas pueden enfrentarse a **múltiples barreras** estructurales:

- Barreras idiomáticas.
- Desconocimiento del sistema sanitario.
- Situación administrativa irregular.
- Experiencias previas de discriminación institucional.
- Diferencias culturales en la percepción del consumo y la salud mental.

Impacto en la adherencia:

- **Desconfianza** hacia instituciones públicas.
- Abandono por falta de comprensión del plan terapéutico.
- Dificultad para expresar malestar emocional en marcos culturalmente distintos.

Claves para el protocolo:

- Disponibilidad de mediación intercultural.
- Adaptación lingüística y cultural de materiales.
- **Formación** en competencia cultural.
- Garantía de acceso independientemente de la **situación administrativa.**

- Trabajo con redes comunitarias y asociaciones de referencia.

La humanización exige **evitar estereotipos culturales** y **reconocer la diversidad** como un elemento enriquecedor, no problemático. También implica la eliminación de prejuicios y estereotipos que puedan afectar o influir en el proceso de intervención.

4.3.3. SINHOGARISMO

La carencia de vivienda persistente constituye un determinante crítico. La relación entre sinhogarismo y adicciones es **bidireccional**: el consumo puede precipitar la pérdida de vivienda, y la falta de vivienda puede agravar el consumo.



Factores asociados:

- Inestabilidad en la medicación.
- Dificultad para mantener higiene y autocuidado.
- Exposición a violencia y victimización.
- Alta prevalencia de **patología dual**.

Impacto en la adherencia:

- Imposibilidad práctica de cumplir citas regulares.
- Prioridad de la **supervivencia** frente al tratamiento.
- Recaídas asociadas a entornos de alta vulnerabilidad.

Claves para el protocolo:

- **Coordinación** con recursos de vivienda.
- **Flexibilización** de citas y seguimiento.
- Intervención comunitaria y de proximidad.
- Modelos basados en vivienda estable como **condición previa** para la recuperación.

4.3.4. EXCLUSIÓN SOCIAL



La exclusión social incluye pobreza estructural, desempleo, bajo nivel educativo, aislamiento relacional y estigmatización social. Estas condiciones generan menor capital social y mayores dificultades de reinserción.

Impacto:

- Baja autoestima y **autoestigma**.
- Dificultad para proyectar procesos de recuperación a largo plazo.
- Escasas **oportunidades** laborales tras el tratamiento.

Claves para el protocolo:

- Itinerarios integrales que incluyan **inserción** sociolaboral.
- **Coordinación** con servicios de empleo y formación.
- Intervenciones grupales que refuercen redes de apoyo.
- Enfoque comunitario y de reducción del estigma.

La recuperación debe entenderse también como inclusión social efectiva.

Documentos de interés:

- [Barreras a la inclusión social de población drogodependiente cronicada. Análisis desde la perspectiva de género – Fundación ATENEA](#)
- [Guía Sobre el Estigma en el Consumo de Drogas - UNAD](#)

4.3.5. DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad enfrentan barreras físicas, comunicativas y actitudinales en el acceso a recursos.

Tipos de barreras:

- Arquitectónicas.
- Materiales no adaptados cognitivamente.
- Falta de **sistemas alternativos de comunicación**.
- Subestimación de su **capacidad de decisión**.

Impacto en la adherencia:

- Dificultad de comprensión de pautas terapéuticas.
- Dependencia de terceros para acudir a citas.

- Vulnerabilidad frente a abusos.

Claves para el protocolo:

- **Accesibilidad universal** y ajustes razonables.
- Materiales en **lectura fácil**.
- Formación específica en **discapacidad intelectual y psicosocial**.
- Garantía de **consentimiento informado accesible**.

Documentos de interés:

- [ADICCIONES Y DISCAPACIDAD: Visión Interdisciplinar de los Tratamientos Especializados en España.](#)

4.3.6. PATOLOGÍA DUAL

La coexistencia de **trastornos mentales y adicciones** requiere intervención integrada. La fragmentación entre redes genera:

- Diagnósticos tardíos.
- Tratamientos inconexos.
- “Puertas giratorias” entre dispositivos.
- Mayor riesgo de abandono y recaída.

Impacto:

- Mayor complejidad clínica.
- Necesidad de seguimiento intensivo.
- Riesgo incrementado de suicidio.

Claves para el protocolo:

- **Equipos multidisciplinares**.
- Plan terapéutico único e integrado.
- **Coordinación efectiva** entre **salud mental y adicciones**.
- **Continuidad asistencial** garantizada.

4.3.7. PERTENENCIA AL COLECTIVO LGTBIQ+

Las personas LGTBIQ+ pueden experimentar estrés minoritario derivado de discriminación, violencia o rechazo familiar.

Factores asociados:

- Mayor prevalencia de ansiedad y depresión.
- Consumos vinculados a contextos de socialización específicos.
- Invisibilización de identidades trans o no binarias en recursos tradicionales.

Impacto en la adherencia:

- Desconfianza si el entorno no es percibido como seguro.
- Abandono ante experiencias de discriminación.
- Autoestigma reforzado.

Claves para el protocolo:

- Lenguaje **inclusivo y respetuoso** inclusivo y respetuoso.
- Formación en diversidad sexual y de género.
- **Espacios seguros** y confidenciales.
- Protocolos contra la discriminación explícitos.

5. MARCO NORMATIVO

La humanización de la atención a las adicciones se encuentra estrechamente vinculada con diversos **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** establecidos por la Organización de las Naciones Unidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

3 SALUD Y BIENESTAR



En particular, contribuye al cumplimiento del **“ODS 3. Salud y Bienestar”**, al promover un modelo de atención integral, centrado en la persona y orientado a mejorar la salud física, mental y social de las personas con trastornos por consumo de sustancias, favoreciendo su acceso a servicios sanitarios de calidad (OMS, 2019).

Asimismo, la incorporación de una perspectiva de género en la atención a las adicciones se relaciona con el **“ODS 5: Igualdad de Género”**, dado que las mujeres con problemas de consumo suelen enfrentarse a mayores niveles de estigmatización, barreras de acceso al tratamiento y situaciones de vulnerabilidad específicas que requieren respuestas adaptadas e inclusivas (UNODC, 2022).

5 IGUALDAD DE GÉNERO



9 INDUSTRIA,
INNOVACIÓN E
INFRAESTRUCTURA



Finalmente, la humanización de los servicios también se vincula con el “**ODS 9: Industria, Innovación e Infraestructura**”, en la medida en que impulsa el desarrollo de sistemas asistenciales más innovadores, coordinados y accesibles, así como la mejora de las infraestructuras socio sanitarias y de los modelos organizativos orientados a la calidad y a la atención centrada en la persona. De este modo, la humanización en el ámbito de las adicciones no solo mejora la calidad de la intervención terapéutica, sino que también contribuye al desarrollo de sistemas de salud y bienestar más equitativos, eficientes y sostenibles.

Seguidamente se abordará el marco normativo dividido por ámbitos específicos:

5.1. DIGNIDAD Y DERECHOS FUNDAMENTALES

El presente Protocolo de Humanización en la Red Nacional de Atención a las Adicciones se fundamenta en el reconocimiento de la persona como sujeto pleno de derechos, con dignidad inherente y capacidad de autodeterminación.

En el ámbito internacional, el **enfoque de dignidad y derechos fundamentales** encuentra su respaldo en los principales instrumentos de derechos humanos, que reconocen la dignidad inherente a toda persona como base del orden jurídico y de la convivencia social. La Declaración Universal de los Derechos Humanos proclama que todos los seres humanos nacen **libres e iguales en dignidad y derechos**, principio que ha sido desarrollado posteriormente por el Convenio Europeo de Derechos Humanos y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Estos marcos normativos obligan a los poderes públicos a garantizar una **atención respetuosa, no discriminatoria y orientada a la protección efectiva de los derechos fundamentales**, especialmente en los ámbitos sanitario y socio sanitario (Naciones Unidas, 1948; Consejo de Europa, 1950; Unión Europea, 2012).

La Constitución Española establece la **dignidad de la persona** como fundamento del orden jurídico (art. 10), garantiza la igualdad y la no discriminación (art. 14), protege la integridad física y moral (art. 15) y reconoce el derecho a la protección de la salud (art. 43). Estos principios constituyen la base axiológica del modelo de atención humanizada.

La humanización, por tanto, no se configura como un elemento complementario, sino como una exigencia jurídica derivada del respeto a los derechos fundamentales.

5.2. SALUD PÚBLICA E INTEGRALIDAD

La Ley 14/1986, General de Sanidad consagra un modelo sanitario basado en la **universalidad, la equidad y la atención integral**. Este enfoque implica que la intervención en adicciones debe abarcar dimensiones **preventivas, asistenciales, rehabilitadoras y comunitarias**.

La [Ley 33/2011, General de Salud Pública](#) refuerza la consideración de los **determinantes sociales de la salud**, reconociendo que factores como la **pobreza**, la **exclusión social**, la **violencia** o la **desigualdad** influyen directamente en la aparición y cronificación de conductas adictivas.

La [Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente](#) y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, refuerza la necesidad de ofrecer una atención basada en la información, la voluntad del/la paciente y respeto en la toma de decisiones.

En consecuencia, la **humanización** exige comprender la adicción como fenómeno **biopsicosocial y estructural**, superando enfoques exclusivamente clínicos o moralizantes.

5.3. DIMENSIÓN SOCIOSANITARIA Y AUTONOMÍA PERSONAL

Siguiendo el Modelo Socio sanitario, la atención a las adicciones requiere una respuesta **coordinada e integral**, que involucre tanto al **Sistema Sanitario** como al sistema de **Servicios Sociales**, dado que con frecuencia se interseccionan necesidades vinculadas a la vivienda, el empleo, la protección social o la dependencia funcional.

[La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención](#) a las personas en situación de dependencia refuerza este modelo, ya que introduce un enfoque basado en el derecho subjetivo a los apoyos y en la **promoción de la autonomía personal**. Este marco resulta especialmente relevante en situaciones de **deterioro funcional**, **exclusión** o **vulnerabilidad** asociadas a procesos adictivos de larga evolución.

Desde esta perspectiva, la humanización implica:

- **Atención centrada en la persona** y su proyecto vital.

- Coordinación socio sanitaria efectiva.
- **Planes individualizados** de apoyo.
- Continuidad asistencial.
- **Intervención comunitaria.**

En conclusión, el modelo socio sanitario refuerza el principio de integralidad introduciendo la perspectiva social sumada a la sanitaria evitando respuestas fragmentadas o descontextualizadas.

5.4. ESTRATEGIA NACIONAL Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

El [Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas](#), establece como ejes estratégicos la reducción de daños, la equidad, la perspectiva de género y la disminución del estigma.

La reducción de daños se integra en este protocolo como expresión de una intervención basada en la evidencia científica y orientada a la protección de la vida y la salud, aun sin haberse iniciado un proceso de **abstinencia**.

Este enfoque es coherente con los estándares promovidos por la Organización Mundial de la Salud, el cual promueve tratamientos basados en la evidencia, en la Ética y los Derechos Humanos, con servicios accesibles, disponibles, desde una **perspectiva integral**, y con una **atención centrada en la persona**.

AUTONOMÍA Y APOYOS EN LA TOMA DE DECISIONES

[La Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente](#) reconoce el derecho a la **información**, al **consentimiento informado** y a la **participación activa** en las decisiones clínicas.

En coherencia, la [Ley 8/2021](#), reforma civil y procesal en materia de **discapacidad** sustituye el modelo de incapacitación por un sistema de apoyos en la toma de decisiones, reforzando el **respeto a la voluntad y preferencias de la persona**.

En el ámbito de las adicciones, donde pueden producirse situaciones de vulnerabilidad cognitiva o psicosocial, el protocolo prioriza:

- **Información comprensible** y adaptada.
- Apoyos personalizados.
- Principio **de mínima restricción**.

- Revisión periódica de cualquier **medida limitativa**.

Así mismo, este marco normativo ofrece la posibilidad de prever apoyos futuros que se activen en situaciones de necesidad cuando el deterioro cognitivo se agrave o la toma de decisiones propias se vea gravemente limitada.

5.5. IGUALDAD DE TRATO Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA

Las personas con adicciones enfrentan con frecuencia **discriminación estructural e institucional**.

[La Ley 15/2022](#), integral para la igualdad de trato y la no discriminación prohíbe expresamente la discriminación por condición de salud y reconoce la discriminación múltiple e interseccional.

Desde esta perspectiva, la humanización implica:

- Eliminación de prácticas estigmatizantes.
- Formación profesional en reducción del **estigma**.
- Acceso **equitativo** a recursos.
- Mecanismos efectivos de queja y **reparación**.
- Protección en el ámbito laboral.

5.6. INTERVENCIÓN POLICIAL, JUDICIAL Y PENITENCIARIA DESDE UN ENFOQUE DE HUMANIZACIÓN

La atención a las adicciones no se desarrolla exclusivamente en el ámbito sanitario o socio sanitario. Una parte significativa de las personas usuarias interactúa con el sistema de justicia y con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, debido a situaciones derivadas de consumo en vía pública, situaciones de crisis, procedimientos sancionadores, medidas alternativas a la pena o privación de libertad. Por ello, el enfoque de humanización debe extenderse también a estos ámbitos institucionales.

[La Ley Orgánica 2/1986](#), de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad establece como principios básicos de actuación el respeto a la Constitución y al ordenamiento jurídico, el trato correcto a la ciudadanía, y la aplicación de los principios de congruencia, oportunidad y **proporcionalidad** en el uso de la fuerza. Estos mandatos



constituyen **una base normativa para una intervención respetuosa** con la dignidad de las personas con adicciones, especialmente en situaciones de especial vulnerabilidad, intoxicación o crisis. Desde una perspectiva de **humanización**, ello implica priorizar **la derivación sanitaria y la contención proporcional** frente a respuestas exclusivamente sancionadoras siempre y cuando las circunstancias lo permitan.

En el ámbito penitenciario, la [Ley Orgánica 1/1979, General Penitenciaria](#) establece que la finalidad de las penas privativas de libertad son la reeducación y reinserción social, garantizando en todo caso el respeto a la dignidad y derechos fundamentales de las personas internas. Dado que una parte relevante de la población penitenciaria presenta trastornos por uso de sustancias, este marco refuerza la necesidad de programas terapéuticos, atención sanitaria equivalente al sistema público y **actuaciones orientadas a la recuperación y reintegración social**.

Asimismo, el Código Penal incorpora mecanismos que reconocen la dimensión sanitaria de la adicción, tales como la **inclusión de atenuantes por drogodependencia** o la suspensión de penas condicionada a tratamiento. Estas previsiones reflejan un modelo que integra la respuesta penal con la intervención terapéutica, alineándose con el enfoque de salud pública y recuperación.

Por su parte, la [Ley 4/2015, del Estatuto de la Víctima del Delito](#) garantiza el derecho a un trato respetuoso, individualizado y no discriminatorio, con especial atención a personas en situación de vulnerabilidad. En aquellos casos en los que personas con adicciones concurren como víctimas de delito, este marco refuerza la obligación institucional de evitar la **revictimización** y asegurar la **coordinación** con recursos sanitarios y sociales.

La integración de estos marcos normativos en el presente protocolo responde a la necesidad de un enfoque integral de la humanización, que abarque todas las fases de interacción institucional. **La dignidad, la proporcionalidad, la no discriminación y la orientación a la reinserción** deben impregnar tanto la intervención sanitaria como la policial y judicial, garantizando coherencia entre los distintos sistemas públicos que intervienen en la realidad de las adicciones.

6. APLICACIÓN DE LA HUMANIZACIÓN

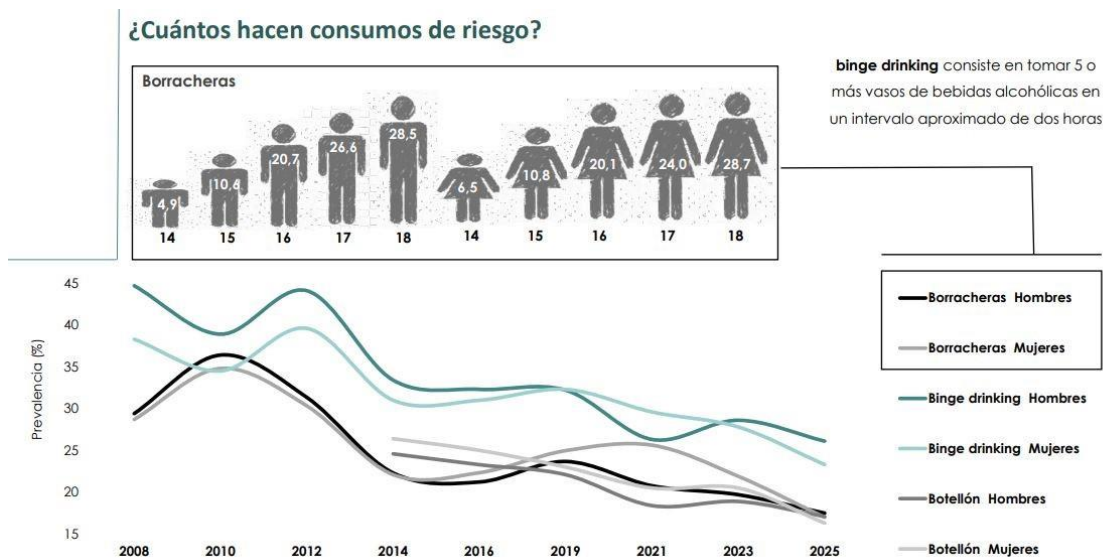
6.1. PERSONAS MENORES DE EDAD, JÓVENES Y ADOLESCENTES – CENTROS EDUCATIVOS, CENTROS RESIDENCIALES Y AMPAS.

La adolescencia es una época de crecimiento, exploración y de tomar riesgos. Algunas personas durante este periodo pueden fomentar el desarrollo de la identidad y la independencia. Sin embargo, otros comportamientos de riesgo pueden tener efectos adversos en la salud y el bienestar del adolescente.

Pese a que está prohibida la venta de sustancias adictivas a personas menores de 18 años, es habitual encontrar a personas menores que consumen.

Basándonos en los datos estadísticos de ESTUDES 2025 del Ministerio de Sanidad, muestra un gran porcentaje de consumos de riesgo en edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

Tabla 2: Consumos de riesgo en personas adolescentes entre 14 a 18 años en España año 2025



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2025).

Teniendo en cuenta estos datos, es de vital importancia dar respuesta a esta realidad, dotando a esta población de herramientas de prevención, detección, acompañamiento y tratamiento temprano de forma humanizada.

Los centros educativos, centros de protección de menores y asociaciones de madres y padres (AMPAs) constituyen espacios clave para la implementación de un modelo de humanización en la prevención, detección y atención de conductas adictivas en población menor de edad. Estos entornos se configuran como espacios

adecuados para la promoción del bienestar, la detección precoz y la dotación de herramientas, desde un enfoque de derechos humanos y participación activa.

El presente apartado establece un marco operativo evaluable, estructurado en procedimientos, dimensiones e indicadores, que permite:

- Incorporar criterios de humanización en la práctica educativa y socioeducativa.
- Garantizar entornos seguros, accesibles y libres de estigma.
- Detectar precozmente **situaciones de riesgo** o consumo de sustancias o adicciones comportamentales.
- Favorecer la participación activa de menores y familias.
- Reducir barreras para la comunicación.
- Evaluar de forma continua la calidad de las intervenciones.

La evaluación se realizará mediante autoevaluación de equipos educativos, registros internos, cuestionarios de percepción del alumnado y familias, y procesos participativos. El proceso se compone de los siguientes procedimientos:

- **Prevención universal, selectiva e indicada:**

Se desarrollarán actuaciones preventivas adaptadas a la edad y contexto, incluyendo:

- Programas de educación para la salud y desarrollo de competencias psicosociales
- Formación en habilidades emocionales, pensamiento crítico y toma de decisiones
- **Actividades participativas y metodologías** activas de prevención, información y sensibilización (aprendizaje cooperativo, educación entre iguales)

Las actuaciones deberán:

- Utilizar lenguaje inclusivo, accesible y no estigmatizante
- Evitar enfoques exclusivamente **punitivos** o normativos
- Incorporar la perspectiva de género e interculturalidad

Se promoverá la implicación activa de **AMPAs** como agentes clave en la prevención.

- **Detección precoz y observación sistemática**

Se establecerán mecanismos de detección temprana basados en la observación y en instrumentos estructurados de cribado y valoración del consumo de sustancias:

- Identificación de cambios conductuales, emocionales o académicos
- Detección de **indicadores de riesgo** (aislamiento, absentismo, cambios en el rendimiento, conductas disruptivas)
- Identificación de posibles situaciones asociadas (violencia, acoso, discriminación, exclusión)
- Instrumento estructurado de cribado y valoración del consumo de **sustancias** - [Cuestionario de Detección Temprana de Conductas Adictivas en Adolescentes \(CRAFT\)](#)
- Instrumento estructurado de evaluación de comportamientos y posibles problemas relacionados con el **juego** en personas adolescentes - [South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents \(SOGS-RA\)](#)
- Instrumento de valoración y diagnóstico de Trastorno por juego en Internet - [Internet Gaming Disorder Scale \(IGDS9-SF\)](#)



La detección deberá realizarse:

- Desde un enfoque no invasivo ni estigmatizante
- Garantizando la confidencialidad
- Favoreciendo la comunicación espontánea del menor

- **Valoración socioeducativa**

Ante la detección de indicadores de riesgo, se realizará una valoración integral que incluya:

- Situación personal, familiar y social
- Factores de riesgo y protección - [Strengths and Difficulties Questionnaire \(SDQ\)](#)

- Nivel de gravedad de la situación
- Necesidades de intervención

La valoración deberá realizarse de forma coordinada entre profesionales educativos, orientación y, en su caso, servicios sociales.

- **Intervención educativa y sociofamiliar**

Se desarrollarán intervenciones adaptadas al nivel de riesgo:

- Intervenciones educativas individualizadas
- Apoyo emocional y acompañamiento
- Trabajo con familias (escuela de familias, orientación)
- Intervención grupal cuando proceda

Las actuaciones deberán basarse en:

- Relación de confianza y respeto
- Comunicación empática y no confrontativa
- Refuerzo de capacidades y autoestima

Se priorizará la permanencia del menor en su entorno normalizado siempre que sea posible.

- **Derivación y coordinación interinstitucional**

Se procederá a la derivación a recursos especializados en los siguientes casos:

- Consumo problemático o dependencia
- Situaciones de riesgo grave o desprotección
- Presencia de problemas de salud mental
- Necesidad de intervención especializada

La derivación deberá garantizar:

- Consentimiento informado (según edad y normativa)
- Participación del menor y su familia
- Coordinación entre sistemas (educativo, sanitario, social)

Se evitará la fragmentación de la intervención y la revictimización.

- **Seguimiento y acompañamiento**

Se garantizará el seguimiento continuado del menor, incluyendo:

- Evaluación de la evolución
- Apoyo emocional continuado
- Coordinación con recursos externos
- Prevención de recaídas o empeoramiento

El seguimiento deberá realizarse desde un enfoque:

- No punitivo
- Centrado en el proceso
- Orientado al bienestar integral

Actividad	Tarea	Dimensiones	Indicadores
Prevención universal, selectiva e indicada	Información previa y actuaciones de sensibilización	Accesibilidad comunicativa / Derechos humanos	% de personas menores informados
	Garantía de confidencialidad	Confianza y privacidad	Percepción de confidencialidad (Anexo 1)
	Adaptación del lenguaje a la edad	Accesibilidad comunicativa	Evaluación de comprensión del/la menor
	Generación de entorno seguro	Dignidad y respeto	Percepción de seguridad del menor
	Identificación de posibles situaciones asociadas (violencia, acoso, discriminación, exclusión)	Enfoque biopsicosocial	Nº de casos identificados
Detección precoz (sustancias)	Aplicación de CRAFFT	Enfoque biopsicosocial	% de menores evaluados con CRAFFT
	Registro de resultados	Calidad asistencial	% de registros completos
	Identificación de riesgo	Enfoque centrado en la persona	Nº de casos detectados
Detección precoz (juego/apuestas)	Aplicación de South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (SOGS-RA)	Enfoque biopsicosocial	Nº de casos en riesgo o problemáticos
	Identificación de conductas de juego problemático	Enfoque centrado en la persona	Nº de casos detectados
Detección precoz (videojuegos-internet)	Aplicación de Internet Gaming Disorder Scale (IGDS9-SF)	Enfoque biopsicosocial	% de menores evaluados
	Identificación de síntomas de dependencia	Enfoque centrado en la persona	Nº de casos con criterios compatibles
Valoración integral	Integración de resultados de escalas	Enfoque biopsicosocial	Informes de valoración integrados
	Identificación de factores de riesgo y protección - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Perspectiva de derechos humanos	% Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
	Detección de vulnerabilidad	Enfoque interseccional	Nº de casos detectados
	Valoración o Situación personal, familiar y social	Enfoque biopsicosocial	% De situaciones de protección o desprotección detectados
Intervención educativa y sociofamiliar	Intervenciones educativas individualizadas	Enfoque centrado en la persona	Nº de intervenciones
	Apoyo emocional y acompañamiento	Enfoque centrado en la persona	Nº de intervenciones realizadas. Periodicidad entre sesiones
	Trabajo con familias (escuela de familias, orientación)	Enfoque biopsicosocial	Nº de sesiones con familias
Intervención breve	Comunicación empática y no estigmatizante	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado (Anexo 1)
	Aplicación de entrevista motivacional	Enfoque centrado en la persona	Nº de intervenciones realizadas
	Reducción de ansiedad y resistencia	Enfoque centrado en la persona	Escalas de satisfacción

Actividad	Tarea	Dimensiones	Indicadores
Plan de intervención	Elaboración de Plan Individualizado	Enfoque centrado en la persona	Nº de planes elaborados
	Participación activa del menor	Autonomía y participación	Registro en historia
	Toma de decisiones compartida con familias y persona adolescente	Derechos humanos	Percepción de participación
Derivación	Derivación a recursos especializados	Continuidad asistencial	Nº de derivaciones
	Consentimiento informado	Derechos humanos	Registro documental
	Coordinación interinstitucional	Perspectiva comunitaria	Nº de coordinaciones
Seguimiento	Reevaluación periódica con escalas	Enfoque biopsicosocial	Nº de reevaluaciones
	Monitorización de evolución	Continuidad asistencial	Registros de seguimiento
	Acompañamiento continuado	Dignidad y respeto	Percepción de apoyo del menor

6.2.SERVICIOS SANITARIOS

6.2.1. ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria constituye el primer nivel de contacto entre la ciudadanía y el sistema sanitario, y por tanto representa un espacio estratégico para la implementación efectiva de un modelo de atención humanizada. En el ámbito de las adicciones y otras situaciones de vulnerabilidad, **la humanización implica garantizar accesibilidad real, dignidad, participación activa, enfoque biopsicosocial, respeto a los derechos humanos y fortalecimiento de la autonomía personal.**



Este apartado establece un marco operativo **evaluable**, estructurado en dimensiones e indicadores, que permite:

- Incorporar criterios objetivos de humanización en la práctica diaria.
- Garantizar accesibilidad real.
- Evaluar periódicamente el grado de implementación.
- Detectar áreas de mejora y generar planes de acción.
- Reducir estigma institucional y barreras estructurales.

La evaluación podrá realizarse mediante **autoevaluación interna**, auditoría externa o procesos participativos con personas usuarias.

Asimismo, la humanización en el ámbito de las adicciones implica la adopción explícita de un **enfoque libre de estigma, centrado en la persona y basado en los derechos humanos**. Se garantizará un trato respetuoso, no discriminatorio con el fin de promover la participación activa de la persona en la toma de decisiones, considerando imprescindible adoptar una perspectiva de género, reconociendo su trayectoria vital, contexto social y factores estructurales que influyen en el consumo de sustancias y adicciones comportamentales.

El proceso se compone de los siguientes procedimientos:

- **Detección precoz y cribado**

Se realizará cribado oportunista y/o sistemático del consumo de sustancias, especialmente en población de riesgo. Se recomienda el uso de **instrumentos validados** como el [AUDIT \(Alcohol Use Disorders Identification Test\)](#) y el [DAST](#)

[\(Drug Abuse Screening Test\)](#), que permiten **identificar consumo de riesgo, perjudicial o dependencia** (Babor et al., 2001). En cuanto a adicciones sin sustancias, comportamentales, se recomienda utilizar el [Gamblers Belief Questionnaire \(GBQ\)](#)

La Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de integrar el cribado en la práctica clínica habitual de Atención Primaria como estrategia **coste-efectiva** (OMS, 2018).

El proceso de cribado se realizará garantizando confidencialidad, consentimiento informado y un lenguaje no estigmatizante. Se valorará la existencia de **experiencias traumáticas previas, desigualdades estructurales o situaciones de violencia**, especialmente en mujeres y personas en situación de vulnerabilidad social.

- **Evaluación clínica integral**

Ante un resultado positivo en el cribado, se realizará una valoración **biopsicosocial** estructurada que incluya:

- Patrón y gravedad del consumo
- Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias
- Diagnóstico de trastorno por adicciones sin sustancias.
- Comorbilidad psiquiátrica y somática
- Situación socio familiar y laboral
- Nivel de motivación para el cambio.
- Nivel de conciencia de enfermedad, siendo esta la base para poder trabajar cambios de conducta, patrones y origen de la dependencia.

La evaluación deberá basarse en un enfoque multidimensional, considerando la adicción como un trastorno crónico y multifactorial (McLellan et al., 2000).

Se incorporará valoración específica de factores de riesgo relacionados **con violencia de género, discriminación, sinhogarismo, migración, orientación sexual o identidad de género**, con el fin de adaptar la intervención a las necesidades individuales desde un enfoque **interseccional**. Por ende, la persona será informada de los resultados de la evaluación en términos comprensibles teniendo en cuenta su adecuada comprensión.

- **Intervención breve**

En casos de consumo de riesgo o perjudicial sin dependencia establecida, se aplicarán intervenciones breves estructuradas, basadas en el consejo sanitario y la entrevista motivacional. Estas intervenciones han demostrado eficacia en la reducción del consumo y en la prevención de progresión a formas más graves (Kaner et al., 2018).

Se recomienda el uso de técnicas basadas en la evidencia, como las descritas por William R. Miller y Stephen Rollnick en el modelo de entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2013).

- **Plan terapéutico individualizado**

Se elaborará un plan de intervención adaptado a las características de la persona participante, que podrá incluir:

- **Seguimiento** clínico periódico
- Intervención psicoeducativa
- Tratamiento farmacológico, cuando esté indicado
- **Intervención** familiar y social

El plan deberá orientarse a la reducción del daño, la abstinencia o el control del consumo, según el caso clínico y los objetivos terapéuticos consensuados.

La elaboración del Plan Terapéutico Individualizado (PTI) debe partir de un enfoque colaborativo, donde la persona usuaria será reconocida como protagonista de su propio proceso. En el área de adicciones esto implica que los objetivos no pueden ser impuestos de forma externa, sino que deben alinearse con la etapa del cambio en la que se encuentre la persona (pre contemplación, contemplación o acción). Un plan que no respete el ritmo de la persona corre el riesgo de generar reactancia y abandono.

Además, la individualización exige una mirada **biopsicosocial** y de **género** que considere no solo el patrón de consumo, sino también las **comorbilidades** (patología dual), la estabilidad de la red de apoyo y los condicionantes socioeconómicos. El éxito del plan no se mide exclusivamente por la supresión del consumo, sino por la mejora en la calidad de vida y el fortalecimiento de la autonomía funcional.

Por último, la flexibilidad es un componente esencial de la humanización: el plan debe ser un documento vivo, sujeto a revisiones constantes que permitan adaptar las metas a las necesidades cambiantes de la persona, garantizando siempre una continuidad asistencial que evite la fragmentación de la intervención.

El plan terapéutico será elaborado de manera consensuada mediante un proceso de toma de decisiones compartida. Se garantizará que la persona comprenda las distintas alternativas terapéuticas para su adecuado desarrollo, conociendo riesgos y beneficios relevantes a la hora de llevar a cabo los objetivos terapéuticos, respetando su derecho a aceptar o rechazar propuestas.

- **Derivación y coordinación con otros recursos**

Se procederá a la derivación a recursos especializados en los siguientes supuestos:

- Diagnóstico de dependencia moderada o grave
- Presencia de **comorbilidad** psiquiátrica significativa
- Fracaso de intervenciones en Atención Primaria
- Necesidad de desintoxicación supervisada. Vinculación con Unidades de Conductas Adictivas u homólogas para seguimientos individualizados que faciliten al usuario mantenerse abstinente y adecuación a recursos complementarios que vean oportunos.
- Situaciones de vulnerabilidad social grave

La **coordinación** entre niveles asistenciales resulta fundamental para garantizar la continuidad de cuidados (Ministerio de Sanidad, 2020). Asimismo, la identificación temprana de trastornos adictivos en fases no avanzadas permite la puesta en marcha de intervenciones precoces, optimizando el pronóstico y los resultados clínicos y psicosociales.

- **Seguimiento y continuidad asistencial**

La Atención Primaria mantendrá el seguimiento longitudinal de la persona participante, **independientemente de la derivación**, incluyendo:

- Monitorización del consumo
- Adherencia al tratamiento
- Detección precoz de recaídas
- Refuerzo motivacional

El seguimiento incorporará de manera explícita el enfoque de **reducción de daños** como estrategia terapéutica continuada. Se evaluarán periódicamente los riesgos asociados al consumo ofreciendo información y recursos preventivos adecuados en cada caso. La permanencia en el sistema sanitario no estará condicionada a la abstinencia garantizando el acompañamiento clínico incluso en situaciones de consumo activo, con el objetivo de minimizar consecuencias físicas, psicológicas o sociales.

El modelo longitudinal de Atención Primaria favorece mejores resultados en el manejo de enfermedades crónicas, incluyendo las adicciones (Starfield, 1998)

Actividad	Tarea	Dimensiones	Indicadores
Acceso al servicio	Sistema de cita accesible	Accesibilidad (Administrativa)	Nº de personas que manifiestan dificultad para acceso a cita
	Control de tiempos de espera desde demanda hasta primera atención. Atención sin cita en casos vulnerables.	Accesibilidad (Administrativa)	Tiempo entre demanda y primera atención
	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Información visible sobre derechos	Accesibilidad (Entorno emocional)	Documentación sobre derechos y deberes de pacientes
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Disponibilidad de intérprete 24 horas.	Accesibilidad comunicativa	Nº de personas que hacen uso del servicio de traducción e interpretación.
	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)

Actividad	Tarea	Dimensiones	Indicadores
	Información sobre derechos y deberes, así como funcionamiento del recurso.	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Valoración inicial integral biopsicosocial	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
Detección precoz y cribado Evaluación clínica integral	Cribado con instrumentos especializados	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Uso de instrumentos de detección registrados en historia clínica (<i>Anexo 3</i>)
	Asignación profesional y presentación	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
	Presentación del proceso asistencial	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en personas usuarias (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	
	Validación emocional del sufrimiento	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en personas usuarias (<i>Anexo 1</i>)
Perspectiva de derechos humanos			

Actividad	Tarea	Dimensiones	Indicadores
			Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Garantía de confidencialidad	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en personas usuarias (<i>Anexo 1</i>)
		Confianza y privacidad	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Cumplimiento protocolos de confidencialidad
	Comunicación empática, escucha activa y respeto	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en personas usuarias (<i>Anexo 1</i>)
		Dignidad y respeto	Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Adaptación del lenguaje a las características de la persona	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en personas usuarias (<i>Anexo 1</i>)
		Dignidad y respeto	Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
Participación activa del/de la paciente	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias sociales	
Valoración integral	Enfoque centrado en la persona y	Informe social de valoración	

Actividad	Tarea	Dimensiones	Indicadores
		perspectiva biopsicosocial	
Intervención breve	Comunicación empática y no confrontativa	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Motivación del paciente y reducción de angustia	Enfoque centrado en la persona	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Valoración social	Enfoque centrado en la persona	Valoraciones sociales incluidas en las historias clínicas
	Garantía de privacidad de la información clínica	Confianza y privacidad	Uso de protocolos de seguridad y privacidad
Plan terapéutico individualizado	Comunicación empática, escucha activa y respeto.	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1)
		Dignidad y respeto	Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Adaptación del lenguaje a las características de la persona	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1)
		Dignidad y respeto	Registro y análisis de quejas

Actividad	Tarea	Dimensiones	Indicadores
			Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Participación activa de la persona usuaria	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Toma de decisiones compartida	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Motivación para la participación activa en el proceso de recuperación	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Co-construcción del Plan Individualizado de Intervención	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Registro de Plan Individualizado de Intervención en Historia Social Plan Individualizado de Intervención firmado por el paciente
Derivación y coordinación con otros recursos	Valoración de posibles recursos de derivación	Enfoque centrado en la persona	Nº de derivaciones realizadas
	Consentimiento de la persona para la derivación a otros recursos	Dignidad y respeto/ Perspectiva de derechos humanos/Autonomía y participación	Nº de derivaciones realizadas Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)

Actividad	Tarea	Dimensiones	Indicadores
	Derivación a otros recursos	Autonomía y participación	Nº de derivaciones realizadas
Seguimiento y continuidad asistencial	Reencuadre de la recaída como oportunidad de aprendizaje	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Compromisos del Plan Individual de Intervención
	Detección de red asistencia al /la paciente	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Seguimiento proactivo	Perspectiva de derechos humanos	Compromisos del Plan Individual de Intervención
		Autonomía, participación y empoderamiento	
Coordinación entre dispositivos asistenciales	Perspectiva de derechos humanos	Derivaciones y coordinación registradas en historia clínica	

6.2.2. SERVICIO DE URGENCIAS



Los servicios de urgencias constituyen con frecuencia uno de los principales puntos de contacto entre el sistema sanitario y las personas con trastornos por consumo de sustancias. Episodios de intoxicación aguda, síndrome de abstinencia, complicaciones médicas asociadas al consumo o **crisis psicosociales** motivan numerosas consultas en estos dispositivos asistenciales.

Se refleja una tendencia de las personas con adicciones a una mayor utilización de los servicios de urgencias en comparación con la población general, lo que refleja tanto la gravedad de las complicaciones asociadas al consumo como la existencia de **barreras** estructurales para el acceso a otros recursos asistenciales (D'Onofrio & Degutis, 2010).

En este contexto, la atención en urgencias debe combinar la **respuesta clínica inmediata con una perspectiva humanizada que tenga en cuenta la situación de vulnerabilidad social, el estigma asociado al consumo de sustancias y las oportunidades de intervención que pueden surgir durante el contacto con el sistema sanitario.**

Los servicios de urgencias representan un **espacio estratégico** para la detección precoz de trastornos por consumo de sustancias y para la derivación a recursos especializados de tratamiento y apoyo social (World Health Organization, 2014).

Este protocolo tiene como finalidad establecer procedimientos de actuación que permitan garantizar una atención integral, respetuosa y eficaz a las personas con adicciones que acuden a los servicios de urgencias hospitalarias.

El procedimiento de actuación a seguir sería el siguiente:

- **Recepción y triaje**

El triaje constituye la primera fase de la atención en urgencias y tiene como objetivo determinar la prioridad asistencial en función de la gravedad clínica de la persona usuaria.

En el caso de personas con sospecha de consumo de sustancias, el personal de triaje debe valorar aspectos como:

- Nivel de conciencia
- Signos de intoxicación aguda
- Presencia de síndrome de abstinencia
- Riesgo de complicaciones médicas
- Presencia de ideación suicida o alteraciones conductuales graves
[\(Escala beck\)](#)
- Anamnesis médica y toxicológica
- Exploración física completa
- Valoración del estado mental
- Identificación de posibles comorbilidades psiquiátricas
- Realización de pruebas complementarias cuando sea necesario.

Es fundamental que el proceso de triaje se realice **evitando prejuicios** o estereotipos asociados al consumo de sustancias, ya que la estigmatización puede influir negativamente en la valoración clínica y en la calidad de la atención.

- **Evaluación clínica inicial**

Una vez estabilizada la persona, se realizará una evaluación clínica que incluya:

- Anamnesis médica y toxicológica
- Exploración física
- Valoración del estado mental
- Identificación de posibles comorbilidades psiquiátricas
- Realización de pruebas complementarias cuando sea necesario

Para la realización de esta valoración, hay que tener en cuenta que las **físicas y valoraciones psicosociales** se realicen en espacios que garanticen la **privacidad y con el consentimiento** de la persona.

La evaluación debe considerar la posibilidad de adicciones múltiples, una situación frecuente entre las personas con trastornos por adicciones y que puede aumentar significativamente el riesgo de complicaciones médicas.

También sería conveniente la revisión de su historia clínica para la valoración de patrones de conducta repetidos, las causas y las actuaciones realizadas con anterioridad.

Asimismo, es importante identificar **factores de vulnerabilidad social**, como situaciones de sinhogarismo, aislamiento social o falta de acceso a recursos sanitarios.

Durante toda la intervención es importante tener en cuenta el enfoque de dignidad y respeto, con evitación de términos estigmatizantes, **presentación** de la persona profesional de atención, dirigirse a la persona por su nombre, mantener una relación horizontal, con lenguaje no moralizante e intervenciones no basadas en estigma estructural.

- **Manejo clínico de intoxicaciones y síndrome de abstinencia**

El tratamiento dependerá del tipo de sustancia implicada y de la gravedad del cuadro clínico. Entre las actuaciones más habituales se incluyen:

- Medidas de soporte vital básico o avanzado
- Monitorización de constantes vitales
- Tratamiento **farmacológico específico**
- Manejo del síndrome de abstinencia

En todos los casos, la atención debe orientarse a garantizar la seguridad clínica de la persona usuaria y prevenir complicaciones graves.

- **Intervención breve**

Una vez estabilizada la persona, el contacto con el servicio de urgencias puede representar una oportunidad para realizar intervenciones breves orientadas a la reflexión sobre el consumo de sustancias.

Las intervenciones breves se basan en estrategias de comunicación empática y no confrontativa, orientadas a aumentar la conciencia sobre los riesgos asociados al consumo y a fomentar la motivación hacia el cambio (Miller & Rollnick, 2013).

Este tipo de intervenciones, incluso cuando tienen una duración limitada, han demostrado ser eficaces para reducir el consumo de alcohol y otras sustancias en determinados grupos de personas usuarias.

Entre la información a obtener en este tipo de intervención está la siguiente:

- Pregunta sobre situación de vivienda.
- Pregunta sobre empleo.

- Identificación de red de apoyo.
- **Derivación y coordinación con recursos especializados**

Antes del alta hospitalaria, siempre que sea posible, se valorará la derivación de la persona usuaria a recursos especializados en el tratamiento de las adicciones o a los servicios de Trabajo Social Sanitario de los Centros Hospitalarios. Asimismo, **la identificación temprana de trastornos adictivos en fases no avanzadas permite la puesta en marcha de intervenciones precoces, optimizando el pronóstico y los resultados clínicos y psicosociales.**

La coordinación entre el hospital y estos recursos resulta fundamental para garantizar la continuidad asistencial y evitar que la atención en urgencias se limite a una intervención puntual sin seguimiento posterior.

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
Recepción y triaje	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en pacientes
	Acceso directo al servicio	Accesibilidad (Administrativa)	Número de personas atendidas
	Disponibilidad de intérprete 24 horas	Accesibilidad comunitaria	Número de personas atendidas por el servicio de traducción e interpretación.
Evaluación clínica inicial	Presentación de la persona profesional de atención	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Trato adecuado y no estigmatizante	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Exploraciones físicas y psicosociales en espacios privados	Perspectiva de derechos humanos/ confianza y privacidad	Evaluación de espacios Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
	Valoración bajo consentimiento	Perspectiva de derechos humanos	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
			Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Evaluación clínica	Enfoque centrado en la persona	Evaluaciones realizadas
	Primera evaluación social	Enfoque centrado en la persona	Evaluaciones sociales incluidas en historia clínica
	Revisión historia clínica previa	Enfoque centrado en la persona	Entradas en historia clínica
Manejo clínico de intoxicaciones y síndrome de abstinencia	Información al/la paciente de las medidas adoptadas y realización de estas bajo su autorización y consentimiento siempre que sea posible	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Actuaciones proporcionadas	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Respeto decisiones del/la paciente	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
		Autonomía y participación	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
Intervención breve	Comunicación empática y no confrontativa	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Motivación del/la paciente y reducción de angustia	Enfoque centrado en la persona	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Valoración social	Enfoque centrado en la persona	Valoraciones sociales incluidas en las historias clínicas
	Garantía de privacidad de la información clínica	Confianza y privacidad	Uso de protocolos de seguridad y privacidad
Derivación y coordinación con recursos especializados	Valoración de posibles recursos de derivación	Enfoque centrado en la persona	Nº de derivaciones realizadas
	Consentimiento de la persona para la derivación a otros recursos	Dignidad y respeto	Nº de derivaciones realizadas
		Perspectiva de derechos humanos	
		Autonomía y participación	
Derivación a otros recursos	Autonomía y participación	Nº de derivaciones realizadas	

6.2.3. UNIDADES DE CONDUCTAS ADICTIVAS



- **Acogida y primer contacto**

La acogida constituye uno de los momentos más relevantes del proceso asistencial, ya que condiciona la vinculación terapéutica y la continuidad en el tratamiento. En las Unidades de Conductas Adictivas se promoverá una recepción basada en el **respeto**, la **cercanía** y la **ausencia de juicios**, facilitando un entorno seguro que favorezca la confianza del/la paciente.

En este primer contacto se proporcionará información clara sobre el funcionamiento del recurso, los profesionales implicados, los servicios disponibles y los derechos de las personas usuarias. Asimismo, se procurará reducir barreras administrativas o burocráticas que puedan dificultar el acceso al tratamiento.

El entorno físico y organizativo de los recursos asistenciales influye de manera significativa en la experiencia de las personas usuarias. Por ello, las Unidades de Conductas Adictivas deberán promover **espacios accesibles, acogedores y respetuosos** con la intimidad.

Se procurará garantizar la privacidad durante las entrevistas clínicas, así como la confidencialidad en el manejo de la información personal. La señalización de los espacios y la organización del servicio deberán facilitar la orientación y la accesibilidad para todas las personas.

Asimismo, se fomentará la creación de ambientes que transmitan seguridad, respeto y ausencia de estigmatización, contribuyendo a que las personas usuarias se sientan acogidas y reconocidas en su proceso de recuperación (Ministerio de Sanidad, 2020).

La valoración inicial deberá contemplar una **evaluación integral biopsicosocial**, considerando no solo el patrón de consumo, sino también los factores psicológicos,

familiares, sociales y comunitarios que influyen en la situación de la persona. Este enfoque responde a la evidencia que reconoce el trastorno por consumo de sustancias como una patología crónica que requiere intervenciones multidimensionales e interdisciplinarias (Organización Mundial de la Salud, 2019; Ministerio de Sanidad, 2020).

- **Evaluación**

La relación terapéutica constituye un elemento fundamental en la atención a personas con conductas adictivas. Los profesionales deberán promover una comunicación basada en la empatía, la escucha activa y el respeto, **evitando actitudes paternalistas o estigmatizantes.**

Se fomentará el uso de lenguaje centrado en la persona, evitando términos que identifiquen al individuo exclusivamente con su problema de consumo. El lenguaje puede contribuir al estigma y a la discriminación, lo cual puede dificultar que las personas busquen ayuda o mantengan su participación en el tratamiento.

Asimismo, la comunicación deberá **adaptarse a las características culturales, educativas y cognitivas** de cada persona, garantizando que la información proporcionada sea comprensible y accesible para la toma de decisiones informada (National Institute on Drug Abuse, 2020).

La humanización de la atención implica reconocer a la persona usuaria como **protagonista de su propio proceso de recuperación.** En este sentido, se promoverá la toma de decisiones compartida entre profesionales y pacientes, fomentando la participación activa en el diseño del plan terapéutico.

El **Plan Individualizado de Intervención** y los objetivos del tratamiento deberán establecerse de manera **consensuada**, respetando los ritmos de cambio individuales y teniendo en cuenta el modelo de recuperación, que enfatiza el desarrollo personal, la autonomía y la reintegración social. Este enfoque considera la recuperación como un proceso continuo orientado a mejorar la calidad de vida y el bienestar, más allá de la mera abstinencia. Además, se fomentará el fortalecimiento de las capacidades personales y la promoción de la autoeficacia como elementos clave para la adherencia al tratamiento (Anthony, 1993; Organización Mundial de la Salud, 2019).

El Protocolo de Intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto e Adicciones de Madrid, recomienda las siguientes actuaciones:

- Motivación para la realización de actividades educativas, culturales y laborales.
- Promoción de hábitos saludables, planificación del ocio y relaciones sociales.
- Apoyo en la mejora y mantenimiento de vínculos socio familiares.
- Acompañamiento social bajo la perspectiva de género y multiculturalidad.
- Orientación en el uso de recursos comunitarios.
- Acompañamiento y apoyo en la gestión relativa a documentación básica.

- **Atención a la familia y a la red de apoyo**

Las conductas adictivas tienen un impacto significativo en el entorno familiar y social de la persona, por lo que la intervención deberá contemplar también a la **familia y a la red de apoyo** cuando el/la paciente lo autorice y siempre que sea posible.

Las Unidades de Conductas Adictivas promoverán **espacios de información, orientación y apoyo para familiares**, con el objetivo de mejorar la comprensión del trastorno y facilitar estrategias de afrontamiento. La participación familiar puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento y favorecer los procesos de recuperación.

Asimismo, se desarrollarán **intervenciones socioeducativas** orientadas a reducir el estigma y promover actitudes de apoyo hacia las personas en tratamiento, dado que el estigma social constituye una barrera importante para la búsqueda de ayuda y la continuidad en los cuidados (UNAD, 2023; Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

Con el objetivo de promover una atención más participativa y centrada en la persona, se impulsará el desarrollo de grupos de autoayuda, educativos y/o informativos dirigidos a familiares y personas allegadas, orientados a mejorar el conocimiento sobre los trastornos de salud mental y las adicciones, así como a favorecer la comprensión de los procesos de recuperación. Asimismo, se promoverán **acciones formativas** destinadas tanto a las personas con problemas de salud mental como a sus familiares, enfocadas al **desarrollo de habilidades y competencias** que faciliten la **toma de**

decisiones informada y la **participación activa** en los procesos asistenciales. En este sentido, se fomentará la implicación de pacientes y familiares en los espacios de participación y en la toma de decisiones relacionadas con su atención, promoviendo modelos de atención compartida. De igual modo, se desarrollarán iniciativas formativas en materia de humanización de la atención en salud mental dirigidas a pacientes, familiares y allegados, con el fin de fortalecer una cultura de respeto, dignidad y corresponsabilidad en los cuidados. Finalmente, se impulsará la figura del/la “paciente experto” o apoyo entre iguales (peer support), reconociendo el valor de la experiencia vivida como recurso terapéutico y como herramienta de acompañamiento y apoyo en los procesos de recuperación (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

- **Mejora de ingresos y hospitalizaciones**

La Sociedad Española de Psiquiatría (2020), indica que, en el marco de la humanización de la atención sanitaria en las unidades de hospitalización de psiquiatría y adicciones, se considera prioritario implementar medidas dirigidas a reducir de manera progresiva el uso de **contenciones mecánicas** y de otras intervenciones coercitivas. Estas medidas deberán aplicarse únicamente como último recurso, en situaciones excepcionales en las que exista un riesgo claro e inminente para la seguridad de la persona o de terceros, y siempre durante el tiempo estrictamente necesario. La **disminución del número de contenciones mecánicas**, de otras **medidas coercitivas y de hospitalizaciones involuntarias** se incorporará como un indicador de calidad asistencial dentro del sistema de evaluación del servicio. El seguimiento periódico de estos indicadores permitirá analizar las prácticas asistenciales, identificar áreas de mejora y promover cambios organizativos orientados a reforzar la humanización de la atención. De esta manera, se pretende avanzar hacia un modelo de intervención más respetuoso, seguro y centrado en la recuperación, que garantice la protección de los derechos de las personas ingresadas y promueva un entorno terapéutico basado en el cuidado, la confianza y el acompañamiento profesional.

Para ello, resulta fundamental promover **estrategias preventivas** basadas en la detección temprana de situaciones de agitación o descompensación, el uso de técnicas de desescalada verbal, el acompañamiento terapéutico, la generación de entornos seguros y la formación específica de los profesionales en manejo de crisis desde un enfoque respetuoso con los derechos de las personas atendidas.

Asimismo, el protocolo promoverá la adopción de **modelos de intervención centrados en la persona**, que prioricen la comunicación, la escucha activa, la participación del/la paciente en la toma de decisiones y el respeto a su dignidad y autonomía. En este sentido, se fomentará también la reducción de las hospitalizaciones involuntarias, favoreciendo siempre que sea posible, alternativas basadas en el consentimiento informado, la negociación terapéutica y el establecimiento de planes de atención individualizadas que tengan en cuenta las necesidades clínicas, sociales y emocionales de cada persona.

Igualmente, se prestará especial atención a la **detección, sensibilización y seguimiento** de las personas que ingresen tras un intento autolítico o que presenten ideación suicida. En estos casos, se establecerán protocolos específicos de valoración integral del riesgo suicida desde el momento del ingreso, que contemplen no solo la dimensión clínica, sino también los factores psicosociales, familiares y contextuales que puedan influir en la conducta autolesiva. La intervención deberá realizarse desde un enfoque de **acompañamiento terapéutico, escucha activa y validación emocional**, evitando actitudes estigmatizantes o culpabilizadoras.

Se promoverá la **coordinación entre los distintos profesionales del equipo interdisciplinar** para garantizar un seguimiento continuado durante el ingreso y tras el alta hospitalaria, mediante planes individualizados de atención y derivación a los recursos comunitarios pertinentes. Este enfoque pretende reforzar la prevención de nuevas conductas autolíticas, favorecer la recuperación y garantizar una atención humanizada basada en el respeto, la dignidad y el apoyo integral a la persona.

- **Coordinación socio sanitaria y trabajo en red**

La complejidad de las conductas adictivas requiere una respuesta coordinada entre distintos recursos sanitarios y sociales. En este sentido, las Unidades de Conductas Adictivas deberán promover la coordinación con servicios de atención primaria, salud mental, servicios sociales, recursos comunitarios y entidades del tercer sector.

El **trabajo en red** permitirá abordar de manera integral las necesidades de las personas usuarias, incluyendo aspectos relacionados con la salud física y mental, la inserción social, el empleo y la vivienda.

La coordinación interinstitucional favorece la continuidad asistencial y evita la fragmentación de la atención, lo cual resulta especialmente relevante en poblaciones

en situación de vulnerabilidad (Organización Mundial de la Salud, 2019; Ministerio de Sanidad, 2020).

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
Acogida y primer contacto	Sistema de cita accesible	Accesibilidad (Administrativa)	Nº de personas que manifiestan dificultad para acceso a cita
	Control de tiempos de espera hasta la primera consulta. Atención sin cita en casos vulnerables.	Accesibilidad (Administrativa)	Tiempo entre demanda y primera consulta
	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Información visible sobre derechos	Accesibilidad (Entorno emocional)	Documentación sobre derechos y deberes de las personas pacientes.
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Disponibilidad de intérprete 24 horas.	Accesibilidad comunicativa	Nº de personas que hacen uso del servicio de traducción e interpretación.
	Presentación de la persona profesional de atención	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Trato adecuado y no estigmatizante	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
			pacientes (<i>Anexo 1</i>) Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Información sobre derechos y deberes así como funcionamiento del recurso.	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Valoración inicial integral biopsicosocial	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Valoraciones en historias clínicas
	Asignación de profesional de referencia	Confianza y privacidad	Asignación de profesional a la historia

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
			clínica
Evaluación	Comunicación empática, escucha activa y respeto.	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Adaptación del lenguaje a las características de la persona	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Participación activa de la persona usuaria	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Uso de herramientas de valoración (<i>Anexo 3</i>)	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Uso de instrumentos de valoración registrados en historia clínica (<i>Anexo 3</i>)
Toma de decisiones compartida	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Seguimiento de actuaciones en las	

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
			historias clínicas
	Motivación para la participación activa en el proceso de recuperación	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Realización del Plan Individualizado de Intervención	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial Autonomía, participación y empoderamiento.	Registro de Plan Individualizado de Intervención en Historia Clínica
Atención a la familia y red de apoyo	Autorización del/la paciente para la comunicación/intervención con familia y red de apoyo	Dignidad y respeto	Registro de autorización Nº de actuaciones realizadas con familia y red de apoyo
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
		Autonomía, participación y empoderamiento	
	Creación de espacios de información, orientación y apoyo a familiares	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Nº de actuaciones realizadas con familia y red de apoyo
		Autonomía, participación y empoderamiento	
	Intervenciones psicoeducativas a familiares	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Nº de actuaciones psicoeducativas realizadas con familia y red de apoyo
Autonomía, participación y empoderamiento			

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
Mejora de ingresos y hospitalizaciones	Reducción de uso de contenciones mecánicas e intervenciones coercitivas	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Implementación de estrategias preventivas	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Reducción de hospitalizaciones involuntarias-negociación terapéutica	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Detección conductas autolíticas o suicidas	Perspectiva de derechos humanos	Uso de instrumentos de detección registrados en historia clínica (<i>Anexo 3</i>)

Actividad	Tareas	Dimensión	Indicadores
	Coordinación entre profesionales durante el ingreso	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Consentimiento informado	Autonomía, participación y empoderamiento	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
Coordinación sociosanitaria y trabajo en red	Detección de red asistencial del/la paciente	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Coordinación interinstitucional	Perspectiva de derechos humanos	Derivaciones y coordinación registradas en historia clínica

6.2.4. UNIDADES DE SALUD MENTAL/ SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA

- **Acogida y evaluación inicial**



La fase de acogida constituye el primer contacto del/la paciente con el sistema sanitario, siendo clave para el establecimiento de la alianza terapéutica. Incluye la recogida de información clínica, psicosocial y motivacional, así como la valoración del riesgo (suicidio, abstinencia, comorbilidad).

Desde una perspectiva humanizadora, esta fase debe desarrollarse en un entorno de confianza, evitando actitudes estigmatizantes y promoviendo una comunicación empática. El uso de lenguaje centrado en la persona (por ejemplo, “persona con trastorno por uso de sustancias” en lugar de etiquetas) reduce el estigma internalizado (Livingston et al., 2012).

Asimismo, la **entrevista motivacional** entrevista motivacional se configura como herramienta fundamental, al facilitar una relación basada en la colaboración y el respeto a la autonomía (Miller & Rollnick, 2013). La World Health Organization (2021) destaca que una acogida respetuosa mejora la adherencia y disminuye el abandono precoz.

Las estrategias de humanización serían: Presentación clara del profesional y del proceso asistencial, escucha activa sin juicio, validación emocional del sufrimiento y garantía de confidencialidad.

- **Diagnóstico integral y formulación del caso**

El diagnóstico en adicciones debe contemplar no solo los criterios clínicos, sino también **factores psicológicos, sociales y culturales**. Se recomienda el uso de clasificaciones como el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

La humanización implica superar un modelo exclusivamente biomédico, incorporando la narrativa del/la paciente y su contexto vital. La formulación compartida del caso

permite al paciente comprender su situación y participar activamente en su proceso terapéutico (Slade, 2010).

Las estrategias de humanización serían: Explicación comprensible del diagnóstico, integración de la historia personal del/la paciente, evitar reduccionismos diagnósticos y consideración de determinantes sociales de la salud.

- **Planificación terapéutica individualizada**

El plan terapéutico debe ser **individualizado, flexible y consensuado** con la persona usuaria, incluyendo objetivos a corto, medio y largo plazo. Puede abarcar intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y sociales.

Desde el enfoque humanizado, se promueve la toma de decisiones compartida, respetando los valores y preferencias de la persona usuaria. El Ministerio de Sanidad de España (2019) enfatiza la necesidad de planes centrados en la persona dentro de la estrategia de salud mental.

Además, el **enfoque de reducción de daños** permite adaptar los objetivos a la realidad de la persona usuaria, evitando planteamientos rígidos que puedan generar frustración o abandono.

Las estrategias de humanización serían: Co-construcción del plan terapéutico, respeto a los tiempos de la persona usuaria, inclusión de objetivos significativos para la persona y flexibilidad en los objetivos (no centrarse exclusivamente en la abstinencia).

- **Intervención terapéutica**

La intervención incluye el conjunto de actuaciones clínicas dirigidas a la recuperación de la persona usuaria: psicoterapia, tratamiento farmacológico, intervención familiar y apoyo social.

La humanización en esta fase se centra en la **calidad de la relación terapéutica**, considerada uno de los principales factores de éxito (Kelly et al., 2017). Es esencial evitar prácticas coercitivas innecesarias y fomentar un clima de respeto y colaboración.

Asimismo, el abordaje interdisciplinar favorece una atención integral, evitando la fragmentación del cuidado.

Las estrategias de humanización serían: Relación terapéutica basada en empatía y autenticidad, uso de lenguaje no estigmatizante, intervenciones culturalmente sensibles e implicación de la familia cuando sea pertinente.

- **Seguimiento y continuidad asistencial**

El seguimiento permite evaluar la evolución de la persona usuaria, prevenir recaídas y ajustar el tratamiento. La **continuidad** asistencial es especialmente relevante en adicciones, dada su naturaleza crónica y recurrente.

Desde el enfoque humanizado, se debe evitar interpretar las recaídas como fracasos, entendiéndolas como parte del proceso terapéutico (Slade, 2010). La continuidad de la relación terapéutica contribuye a la sensación de seguridad y apoyo.

Las estrategias de humanización serían: Reencuadre de la recaída como oportunidad de aprendizaje, accesibilidad a los servicios, coordinación entre dispositivos asistenciales y seguimiento proactivo.

- **Alta terapéutica e integración social**

El alta no debe entenderse como el fin del proceso, sino como una **transición hacia la autonomía e integración social**. Incluye la preparación de la persona usuaria para el mantenimiento de los logros alcanzados.

La humanización en esta fase implica **reforzar la autoestima**, la **identidad no asociada al consumo** y la **participación social activa**. La World Health Organization (2021) subraya la importancia de la inclusión social como elemento clave en la recuperación.

Las estrategias de humanización serían: Plan de prevención de recaídas personalizado, refuerzo de redes de apoyo, promoción de la inclusión laboral y social y seguimiento comunitario.

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
Acogida y primer contacto	Sistema de cita accesible	Accesibilidad (Administrativa)	Nº de personas que manifiestan dificultad para acceso a cita
	Control de tiempos de espera hasta la primera consulta. Atención sin cita en casos vulnerables.	Accesibilidad (Administrativa)	Tiempo entre demanda y primera consulta
	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Información visible sobre derechos	Accesibilidad (Entorno emocional)	Documentación sobre derechos y deberes de las personas pacientes.
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Disponibilidad de intérprete 24 horas.	Accesibilidad comunicativa	Nº de personas que hacen uso del servicio de traducción e interpretación.
	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Información sobre derechos y deberes así como	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	funcionamiento del recurso.		pacientes <i>(Anexo 1)</i> Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i> Registro y análisis de quejas
	Valoración inicial integral biopsicosocial	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i> Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>
Evaluación Inicial	Asignación profesional y presentación	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i> Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>
	Presentación del proceso asistencial	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i>
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>
	Escucha activa sin juicio	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i>
Perspectiva de derechos humanos		Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>	

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	Validación emocional del sufrimiento	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Garantía de confidencialidad	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Confianza y privacidad	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Aplicación de protocolo de protección de datos y confidencialidad
	Valoración integral	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Uso de instrumentos de detección registrados en historia clínica (<i>Anexo 3</i>)
	Diagnóstico integral y formulación del caso Planificación terapéutica	Comunicación empática, escucha activa y respeto.	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial
Dignidad y respeto			Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
Adaptación del lenguaje a las características de la persona		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
individualizada		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Participación activa de la persona usuaria	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Toma de decisiones compartida	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Motivación para la participación activa en el proceso de recuperación	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Co-construcción del Plan Individualizado de Intervención	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Registro de Plan Individualizado de Intervención en Historia Clínica
		Autonomía, participación y empoderamiento	Plan Individualizado de Intervención firmado por el paciente
	Consideración de determinantes de salud	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Registro de diagnóstico integral
Respeto tiempos del paciente	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en	

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
		perspectiva biopsicosocial	pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Plan Individualizado de Intervención firmado por pacientes
		Autonomía, participación y empoderamiento	
		Dignidad y respeto	
Intervención terapéutica	Comunicación empática y no confrontativa	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Uso de lenguaje no estigmatizante	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
Atención a la familia y red de apoyo	Autorización del paciente para la comunicación/intervención con familia y red de apoyo	Dignidad y respeto	Registro de autorización Nº de actuaciones realizadas con familia y red de apoyo
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
		Autonomía, participación y empoderamiento	

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	Creación de espacios de información, orientación y apoyo a familiares	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Nº de actuaciones realizadas con familia y red de apoyo
		Autonomía, participación y empoderamiento	
	Intervenciones psicoeducativas a familiares	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Nº de actuaciones psicoeducativas realizadas con familia y red de apoyo
		Autonomía, participación y empoderamiento	
Seguimiento y continuidad asistencial	Reencuadre de la recaída como oportunidad de aprendizaje	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Compromisos del Plan Individual de Intervención
	Detección de red asistencial del paciente	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Seguimiento proactivo	Perspectiva de derechos humanos	Compromisos del Plan Individual de Intervención
		Autonomía, participación y empoderamiento	
Coordinación entre dispositivos asistenciales	Perspectiva de derechos humanos	Derivaciones y coordinación registradas en historia clínica	
Alta terapéutica e	Creación de Plan de Prevención de recaídas	Perspectiva de derechos humanos	Inclusión del Plan de Prevención de recaídas en Plan Individual de

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
integración social		Autonomía, participación y empoderamiento	Intervención
	Refuerzo de redes de apoyo	Perspectiva de derechos humanos	Intervenciones realizadas con redes de apoyo
	Promoción de la inclusión laboral y social	Autonomía, participación y empoderamiento	Objetivos incluidos en Plan Individual de Intervención
	Seguimiento comunitario	Autonomía, participación y empoderamiento	Objetivos incluidos en Plan Individual de Intervención

6.3.SERVICIOS SOCIALES

6.3.1. ATENCIÓN PRIMARIA

Teniendo en cuenta, el proceso de entrada al Sistema Público de Servicios Sociales, concretamente al primer nivel de atención (servicios sociales básicos, atención primaria, etc.), a continuación, se desarrollarán las fases de intervención y los procedimientos a tener en cuenta en cada una de estas.



El proceso de intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria debe desarrollarse desde un enfoque de atención centrada en la persona, respeto a la dignidad, promoción de derechos y reconocimiento de la complejidad de las situaciones de vulnerabilidad social. La humanización de la atención implica generar **espacios seguros** de relación profesional donde la persona usuaria pueda expresar sus necesidades sin temor al juicio o estigmatización, favoreciendo así la construcción de vínculos de confianza que faciliten el proceso de intervención (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La intervención se estructura en distintas fases que permiten acompañar a la persona usuaria de manera progresiva, garantizando la calidad de la atención y la adecuación de las respuestas institucionales.

- **Detección y primera acogida**

La fase de detección y primera acogida constituye el primer contacto entre la persona usuaria y el sistema de Servicios Sociales. El objetivo principal de esta etapa es generar un clima de confianza y establecer un **vínculo** profesional que facilite la expresión de necesidades y el inicio del proceso de valoración social.

Para ello resulta fundamental aplicar técnicas de **escucha activa, validación emocional y comunicación empática**, evitando actitudes de juicio o culpabilización que puedan dificultar el acceso de la persona al sistema de apoyo (Rogers, 1957). Durante esta fase se realiza una recogida inicial de información básica acerca de la situación de la persona usuaria, incluyendo datos relacionados con su situación personal, familiar y socioeconómica.

En aquellos casos en los que la persona manifieste de forma explícita la existencia de una conducta adictiva, se tratará de identificar aspectos relevantes como:

- Tipo de **sustancia o conducta** adictiva
- Patrón de consumo
- Duración del problema
- Consecuencias en las distintas áreas de la vida

Sin embargo, es importante tener en cuenta que en muchas ocasiones la persona usuaria no reconoce o no manifiesta explícitamente la existencia de un problema de adicción, bien por miedo al **estigma**, desconocimiento o falta de conciencia del problema. En estos casos, los profesionales deben prestar atención a **indicadores indirectos**, como dificultades económicas persistentes, conflictos familiares, problemas laborales, deterioro de la salud o situaciones de exclusión social. La detección temprana en estos casos requiere una intervención basada en la observación profesional y el establecimiento progresivo de confianza (National Institute on Drug Abuse, 2020).

Asimismo, resulta imprescindible identificar posibles situaciones de **vulnerabilidad interseccional**, tales como:

- Situaciones de violencia de género o violencia intrafamiliar
- Sinhogarismo o riesgo de exclusión residencial
- Problemas de salud mental
- Pobreza severa
- Situaciones administrativas irregulares
- Presencia de menores en el hogar.

La identificación de estas situaciones permite orientar la intervención desde un enfoque integral que tenga en cuenta la interacción entre diferentes factores de vulnerabilidad (Crenshaw, 1991).

Entre los instrumentos técnicos que pueden utilizarse en esta fase destacan:

- Entrevista social inicial
- Apertura de historia social
- Elaboración de genograma y eco mapa
- Ficha social o expediente social
- Escalas de valoración de riesgo social
- Registros de observación profesional
- Cuestionarios breves de detección de consumo problemático.

Durante la primera acogida es importante **evitar la sobre exigencia burocrática**, especialmente en los momentos iniciales del contacto, ya que la solicitud de documentación excesiva o requisitos administrativos complejos puede constituir una barrera de acceso al sistema.

En el ámbito comunicativo, se recomienda evitar el uso de lenguaje estigmatizante o culpabilizador, garantizando una comunicación respetuosa y centrada en la persona.

Asimismo, resulta fundamental garantizar espacios de entrevista que aseguren la privacidad, confidencialidad y protección de datos, así como condiciones físicas adecuadas que favorezcan el confort y la seguridad de la persona usuaria. El cuidado de los espacios físicos constituye un elemento relevante dentro de los procesos de humanización de los servicios públicos (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2017).

También se recomienda disponer de información visible y accesible mediante cartelería o materiales informativos que comuniquen claramente los derechos de las personas usuarias, las garantías de confidencialidad y la existencia de recursos disponibles.

Otro de los puntos a tener en cuenta es el establecimiento de un **profesional de referencia** encargado del caso. Aunque el trabajo se realice en equipo y de forma interdisciplinar, la existencia de un profesional de confianza facilita el establecimiento de relaciones de confianza.

- **Evaluación y valoración**

Una vez establecida la primera relación profesional, se inicia la fase de valoración social integral, cuyo objetivo es analizar en profundidad la situación de la persona usuaria con el fin de identificar necesidades, recursos y factores de riesgo o protección.

La valoración debe abordar diferentes dimensiones de la vida de la persona, entre ellas:

- Situación residencial o de vivienda
- Situación laboral y formativa
- Situación económica
- Red familiar y apoyo social
- Estado de salud física y salud mental
- Posibles consumos problemáticos

- Situación administrativa o judicial
- Existencia de menores u otras personas dependientes a cargo

El uso de instrumentos de evaluación estructurados permite clasificar el nivel de riesgo o vulnerabilidad social del caso (leve, moderado o alto) y orientar la toma de decisiones profesionales.

Esta valoración resulta especialmente relevante para identificar situaciones de vulnerabilidad múltiple o interseccional, que requieren respuestas coordinadas entre diferentes sistemas de protección social.

- **Diseño e implementación del Plan Individualizado de Atención**

Tras la valoración integral se procede al diseño del **Plan Individualizado de Atención**. Esta fase debe desarrollarse desde un enfoque centrado en la persona, promoviendo su participación activa en la definición de los objetivos y estrategias de intervención.

La persona usuaria debe ser considerada protagonista de su propio proceso, participando en la toma de decisiones sobre las acciones a desarrollar y los recursos a movilizar. Los compromisos establecidos deben elaborarse de forma consensuada, garantizando que la persona conozca sus derechos y deberes dentro del sistema de Servicios Sociales.

El plan de atención debe incluir:

- Objetivos a corto, medio y largo plazo
- Actuaciones previstas
- Recursos implicados
- Responsabilidades de cada parte
- Frecuencia de seguimiento

Asimismo, es importante que toda la información y acuerdos se comuniquen mediante un **lenguaje claro, comprensible y adaptado a las capacidades** de la persona usuaria.

Diversas normativas autonómicas de Servicios Sociales establecen la importancia de garantizar la figura de un profesional de referencia, con el objetivo de favorecer la continuidad de la intervención y consolidar una relación de confianza entre la persona usuaria y el sistema de atención.

- **Coordinación Interinstitucional**

La complejidad de las situaciones atendidas en Servicios Sociales de Atención Primaria hace necesario desarrollar mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional.

La intervención puede requerir la colaboración con:

- Sistema sanitario y salud mental
- Dispositivos específicos de atención a las adicciones
- Entidades del tercer sector
- Servicios de empleo
- Sistema educativo en casos de familias con menores
- Sistema judicial
- Recursos de vivienda y exclusión social

La coordinación permite ofrecer **respuestas más integrales y evitar duplicidades** o fragmentación en la atención. En este sentido, resulta fundamental fortalecer los canales de comunicación entre instituciones y promover el trabajo en red, favoreciendo también las alianzas entre el sector público y las entidades sociales (Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2017).

- **Seguimiento y evaluación**

El proceso de intervención requiere establecer mecanismos de seguimiento periódico, con el fin de valorar la evolución de la situación y ajustar las estrategias de intervención cuando sea necesario.

La frecuencia del seguimiento debe definirse en el Plan Individualizado de Intervención, teniendo en cuenta el nivel de riesgo social y las necesidades de la persona usuaria.

El cumplimiento de los compromisos establecidos tanto por parte de la persona usuaria como por parte de los profesionales contribuye a **fortalecer la adherencia** al proceso de intervención y a consolidar la relación de confianza entre ambas partes.

La evaluación periódica del proceso permite valorar los resultados alcanzados, identificar nuevas necesidades y garantizar la mejora continua de la intervención.

- **Intervención en situaciones de urgencia social**

En determinados casos, los Servicios Sociales de Atención Primaria deben intervenir ante situaciones de urgencia social, entendidas como aquellas circunstancias que implican un riesgo inmediato para la integridad física, psicológica o social de la persona o su unidad familiar.

Entre las situaciones que pueden requerir una intervención urgente destacan:

- Pérdida repentina de vivienda o situación de sinhogarismo
- Violencia de género o violencia intrafamiliar
- Abandono o desprotección de menores
- Situaciones graves de desamparo económico
- Crisis asociadas a problemas de salud mental o consumo de sustancias
- Situaciones de riesgo social extremo

En estos casos, la intervención debe **priorizar la protección inmediata de la persona** y la **cobertura de necesidades básicas**, activando los recursos disponibles en el sistema de protección social.

La actuación en situaciones de urgencia debe basarse en los siguientes principios:

- Rapidez en la respuesta institucional
- Coordinación interinstitucional inmediata
- Respeto a la dignidad y derechos de la persona
- Minimización del impacto emocional de la intervención

La humanización en contextos de urgencia implica prestar especial atención a la contención emocional, la información clara sobre las actuaciones que se están realizando y el acompañamiento profesional durante el proceso.

- **Sensibilización y difusión comunitaria**

Los Servicios Sociales de Atención Primaria desempeñan también funciones de **promoción comunitaria, prevención y sensibilización social**. En este sentido, resulta relevante desarrollar acciones dirigidas a informar a la población sobre los **recursos disponibles**, prevenir situaciones de exclusión social y reducir el estigma asociado a determinadas problemáticas, como las adicciones o los trastornos de salud mental.

Las actividades comunitarias, talleres formativos, campañas informativas y espacios de participación social constituyen herramientas valiosas para fortalecer el tejido comunitario y promover una cultura de solidaridad y apoyo mutuo.

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
Detección y primera acogida	Sistema de cita accesible	Accesibilidad (Administrativa)	Nº de personas que manifiestan dificultad para acceso a cita
	Control de tiempos de espera desde demanda hasta primera atención. Atención sin cita en casos vulnerables.	Accesibilidad (Administrativa)	Tiempo entre demanda y primera atención
	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Información visible sobre derechos	Accesibilidad (Entorno emocional)	Documentación sobre derechos y deberes de las personas usuarias
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Disponibilidad de intérprete 24 horas.	Accesibilidad comunicativa	Nº de personas que hacen uso del servicio de traducción e interpretación.
	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Información sobre derechos y deberes así como	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	funcionamiento del recurso.		(Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Registro y análisis de quejas
	Valoración inicial integral biopsicosocial	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
Evaluación y Valoración	Asignación profesional y presentación	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Presentación del proceso asistencial	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
		Perspectiva de derechos humanos	
	Validación emocional del sufrimiento	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
		Perspectiva de derechos humanos	
Garantía de confidencialidad	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes	

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
		Confianza y privacidad	(Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Comunicación empática, escucha activa y respeto	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1)
		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Registro y análisis de quejas
	Adaptación del lenguaje a las características de la persona	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1)
		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Registro y análisis de quejas
	Participación activa de la persona usuaria	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias sociales
Valoración integral	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Informe social de valoración	
Diseño e implementación del Plan Individualizado	Toma de decisiones compartida	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
de Atención			Seguimiento de actuaciones en las historias sociales
	Motivación para la participación activa en el proceso de recuperación	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias sociales
	Co-construcción del Plan Individualizado de Atención	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Registro de Plan Individualizado de Intervención en Historia Social
		Autonomía, participación y empoderamiento.	Plan Individualizado de Atención y compromisos firmados por la persona usuaria
	Respeto tiempos de la persona usuaria	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i>
		Autonomía, participación y empoderamiento	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>
		Dignidad y respeto	Plan Individualizado de Atención y compromisos firmados por persona usuaria
Comunicación empática y no confrontativa	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i> Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>	
Seguimiento y evaluación	Reencadre de la recaída como oportunidad de aprendizaje	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Compromisos del Plan Individual de Atención
	Detección de red asistencial dela persona usuaria	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
			sociales
	Seguimiento proactivo	Perspectiva de derechos humanos	Compromisos del Plan Individual de Atención Seguimiento de actuaciones en las historias sociales
		Autonomía, participación y empoderamiento	
Coordinación entre dispositivos asistenciales	Perspectiva de derechos humanos	Derivaciones y coordinación registradas en historia clínica	
Coordinación Interinstitucional	Detección de red asistencial de la persona usuaria	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias sociales
	Coordinación interinstitucional	Perspectiva de derechos humanos	Derivaciones y coordinación registradas en historia social
Intervención en situaciones de urgencia social	Atención directa en casos de urgencia social y acompañamiento durante el proceso	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias sociales
	Coordinación institucional inmediata	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias sociales
	Minimización del impacto emocional	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento actuaciones en historias sociales Percepción de trato humanizado en pacientes Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos

6.3.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL. RECURSOS SOCIALES O SOCIOSANITARIOS

6.3.2.1. RESIDENCIALES

Dentro de la red asistencial de atención a las adicciones, los recursos residenciales

como **comunidades terapéuticas**, centros de desintoxicación residencial o viviendas supervisadas desempeñan un papel fundamental en los procesos de deshabituación, rehabilitación e incorporación social de las personas con trastornos por consumo de sustancias (Ministerio de Sanidad, 2020). Estos dispositivos ofrecen un **entorno estructurado y supervisado** que facilita intervenciones terapéuticas intensivas y continuadas.

En este contexto, la humanización de la atención constituye un elemento clave para mejorar la calidad asistencial, promover la **adherencia** al tratamiento y favorecer los procesos de recuperación. La humanización implica situar a la persona en el centro de la intervención, respetando su dignidad, autonomía, historia vital y derechos fundamentales (Salinas, Rodero, Ruíz, Díaz, García y Salvador-Carulla, 2025).

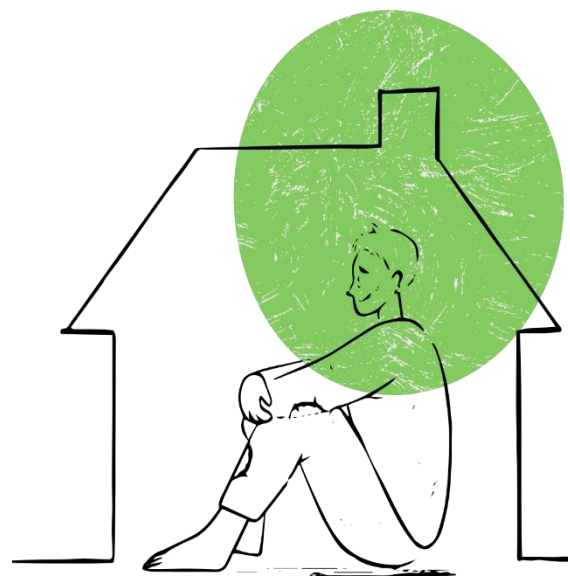
Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Acogida y proceso de admisión humanizado**

El ingreso en un recurso residencial constituye un momento especialmente sensible en el proceso terapéutico. Por ello, el proceso de admisión deberá realizarse mediante una **acogida respetuosa y orientada a generar confianza**.

Durante la admisión se facilitará información clara y comprensible sobre el funcionamiento del centro, las normas de convivencia, los objetivos terapéuticos y los derechos y deberes de las personas residentes.

Asimismo, se realizará una **valoración inicial integral** que incluya aspectos **médicos, psicológicos y sociales**, con el fin de diseñar un plan de intervención individualizado. Esta valoración debería incluir estrategias de evaluación tales como: **Entrevista estructurada** (historia social, factores psicológicos, motivación), **análisis funcional de la conducta**, **entrevista motivacional** y **cuestionarios de evaluación**



de ansiedad (STAI), **sintomatología depresiva** (BDI II), **riesgo de suicidio** (Escala de Desesperanza de Beck), **calidad de vida percibida** (Gencat), e **impacto de trauma** (CIT).

- **Elaboración de planes terapéuticos individualizados**

Cada persona residente deberá contar con un **plan terapéutico individualizado** elaborado por el equipo interdisciplinar, que incluya objetivos específicos, estrategias de intervención y criterios de evaluación.

La participación activa de la persona usuaria en la elaboración de este plan resulta fundamental para promover la motivación y la adherencia al tratamiento.

- **Entorno residencial humanizado**

El entorno físico del recurso residencial influye de manera significativa en el bienestar y la recuperación de las personas usuarias. Por ello, los centros deberán garantizar condiciones de habitabilidad adecuadas, incluyendo **espacios** que favorezcan la convivencia, la privacidad y el desarrollo de actividades terapéuticas.

Los centros residenciales deben disponer de instalaciones y equipamientos adecuados para el desarrollo de los programas de tratamiento y rehabilitación, incluyendo áreas comunes, espacios terapéuticos y servicios generales como cocina, lavandería o zonas de descanso (Junta de Andalucía, 2023)

De igual forma se promoverá un modelo de intervención orientado a la humanización de la atención, basado en el respeto a la dignidad, los derechos y la autonomía de las personas en tratamiento. En este marco, se impulsarán medidas dirigidas a la **prevención y reducción progresiva del uso de intervenciones coercitivas o restrictivas**, priorizando estrategias terapéuticas que favorezcan la resolución de conflictos, el acompañamiento profesional y el empoderamiento de las personas usuarias dentro del proceso de recuperación.

Para ello, se fomentará la **formación continua de los equipos profesionales** en **habilidades de comunicación terapéutica, técnicas de desescalada, perspectiva de género, patología dual, nuevos retos y manejo de situaciones de crisis o agitación**, con el objetivo de prevenir situaciones que puedan derivar en medidas restrictivas y garantizar, en todo momento, la seguridad física y el respeto a los derechos de las personas atendidas. Asimismo, se promoverá el conocimiento y la sensibilización de los profesionales de los ámbitos sanitario y social

en relación con los derechos de las personas con problemas de adicción y salud mental, reforzando una práctica asistencial basada en los principios de humanización, recuperación e intervención centrada en la persona.

Del mismo modo, se establecerán procedimientos de registro, supervisión y análisis de aquellos episodios en los que se hayan aplicado medidas de contención o aislamiento, con el fin de evaluar su adecuación, identificar patrones de actuación susceptibles de mejora y avanzar progresivamente hacia la reducción y eliminación de este tipo de intervenciones. En este sentido, se desarrollarán protocolos de actuación específicos para la detección precoz y el abordaje de situaciones de agitación o desregulación conductual dentro de la comunidad terapéutica, priorizando intervenciones preventivas, el acompañamiento profesional y el uso de estrategias terapéuticas alternativas.

A su vez, se promoverá la **adaptación de los espacios y de la organización de la vida comunitaria** para favorecer entornos seguros, estructurados y terapéuticos que contribuyan a la regulación emocional y al bienestar de las personas residentes. Estas medidas permitirán avanzar hacia un modelo de atención **libre de coerción**, coherente con los principios de la comunidad terapéutica y orientado a favorecer procesos de recuperación basados en la participación activa, la responsabilidad personal y el apoyo mutuo (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

De igual forma, se aconseja la **atención del estado nutricional** de las personas usuarias, a través de la introducción de menús individualizados y con supervisión de personal especializado en nutrición, según las necesidades específicas de cada persona.

- **Participación de la familia y la red de apoyo**

La implicación de la familia y de la red social de apoyo puede desempeñar un papel relevante en el proceso de recuperación. Por ello, los recursos residenciales deberán promover la **participación de familiares y personas allegadas** en el proceso terapéutico, siempre que la persona usuaria lo **autorice**.

Las intervenciones familiares pueden incluir sesiones de orientación, terapia familiar y actividades psicoeducativas orientadas a mejorar la comprensión de las adicciones y fortalecer las redes de apoyo.

- **Coordinación con la red asistencial y comunitaria**

Los recursos residenciales deben integrarse dentro de una red asistencial más amplia que incluya servicios sanitarios, sociales y comunitarios.

La coordinación entre dispositivos resulta fundamental para garantizar la continuidad asistencial y facilitar la transición hacia fases posteriores del tratamiento, como la reinserción social o el seguimiento ambulatorio.

La red de atención a las adicciones incluye recursos ambulatorios, hospitalarios, semi residenciales y residenciales que deben funcionar de forma coordinada para ofrecer respuestas adaptadas a las necesidades de cada persona (Ministerio de Sanidad, 2020).

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
Acogida y proceso de admisión humanizado	Sistema de cita accesible	Accesibilidad (Administrativa)	Nº de personas que manifiestan dificultad para acceso a cita
	Control de tiempos de espera hasta la primera consulta. Atención sin cita en casos vulnerables.	Accesibilidad (Administrativa)	Tiempo entre demanda y primera consulta
	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Información visible sobre derechos	Accesibilidad (Entorno emocional)	Documentación sobre derechos y deberes de las personas pacientes.
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i> Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>
	Disponibilidad de intérprete 24 horas.	Accesibilidad comunicativa	Nº de personas que hacen uso del servicio de traducción e interpretación.
	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i> Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i> Registro y análisis de quejas
	Información sobre derechos y deberes así como funcionamiento del recurso.	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i>

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
			Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Valoración inicial integral biopsicosocial	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Asignación profesional y presentación	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Presentación del proceso asistencial	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	
	Garantía de confidencialidad	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Aplicación de protocolo de protección de datos y confidencialidad
Confianza y privacidad			

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
Elaboración de planes terapéuticos individualizados	Comunicación empática, escucha activa y respeto.	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1)
		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Registro y análisis de quejas
	Adaptación del lenguaje a las características de la persona	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1)
		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Registro y análisis de quejas
	Participación activa de la persona usuaria	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Toma de decisiones compartida	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1)
			Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
Motivación para la participación activa en el proceso de recuperación	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas	
Co-construcción del Plan Individualizado de	Enfoque centrado en la persona y	Registro de Plan Individualizado de Intervención	

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	Intervención	perspectiva biopsicosocial	en Historia Social Plan Individualizado de Intervención firmado por el paciente
	Respeto tiempos de la persona usuaria	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i>
		Autonomía, participación y empoderamiento	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>
	Dignidad y respeto	Plan Individualizado de Intervención firmado por pacientes	
Entorno residencial humanizado	Reducción de uso de contenciones mecánicas e intervenciones coercitivas	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i> Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>
	Implementación de estrategias preventivas	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas Percepción de trato humanizado en pacientes <i>(Anexo 1)</i> Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos <i>(Anexo 2)</i>

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	Reducción de ingresos involuntarios-negociación terapéutica	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
Participación de la familia y la red de apoyo	Autorización la persona usuaria para la comunicación/intervención con familia y red de apoyo	Dignidad y respeto	Registro de autorización Nº de actuaciones realizadas con familia y red de apoyo
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
		Autonomía, participación y empoderamiento	
	Creación de espacios de información, orientación y apoyo a familiares	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Nº de actuaciones realizadas con familia y red de apoyo
		Autonomía, participación y empoderamiento	
	Intervenciones psicoeducativas a familiares	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Nº de actuaciones psicoeducativas realizadas con familia y red de apoyo
Autonomía, participación y empoderamiento			

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
Coordinación con la red asistencial y comunitaria	Detección de red asistencial de la persona usuaria	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Coordinación interinstitucional	Perspectiva de derechos humanos	Derivaciones y coordinación registradas en historia clínica

6.3.2.2.RECURSOS AMBULATORIOS. TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL.

El trabajo en dispositivos ambulatorios debe articularse a partir de un enfoque integral que contemple simultáneamente dimensiones personales, sociales, comunitarias y sanitarias. Las intervenciones que combinan apoyo psicosocial, acompañamiento comunitario y coordinación interinstitucional presentan mayores tasas de adherencia y mejores resultados en términos de inclusión social (United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization, 2020).

- **Procedimiento de acogida e incorporación al recurso**

Desde una perspectiva de humanización, el proceso de acogida debe caracterizarse por la creación de un **entorno relacional seguro**, basado en el respeto, la confidencialidad y la ausencia de juicio moral. Durante esta fase se recomienda que el profesional adopte una actitud de escucha activa, facilitando que la persona pueda expresar libremente su situación, sus expectativas y sus preocupaciones.

Asimismo, el proceso de acogida debe incluir la transmisión de información clara y comprensible acerca de los objetivos del recurso, las normas de funcionamiento, los servicios disponibles y los derechos y responsabilidades de las personas usuarias. Esta información debe proporcionarse de forma accesible, evitando el uso de terminología excesivamente técnica que pueda dificultar la comprensión.

En el marco de la humanización de la atención, resulta especialmente relevante evitar prácticas institucionales que puedan resultar despersonalizadoras o burocráticas, priorizando el establecimiento de una **relación de confianza** entre la persona usuaria y el equipo profesional.

- **Evaluación inicial desde una perspectiva integral**

La evaluación inicial constituye un proceso sistemático orientado a identificar las necesidades, recursos y potencialidades de la persona usuaria. A diferencia de enfoques exclusivamente clínicos centrados en el consumo de sustancias, la evaluación en el ámbito de los servicios sociales debe adoptar una perspectiva integral que contemple múltiples dimensiones de la vida de la persona.

Entre los ámbitos que deben explorarse durante esta fase se incluyen:

- Historial y patrón de consumo de sustancias o conductas adictivas
- Estado de salud física y mental
- Situación socioeconómica y laboral

- Condiciones de vivienda y estabilidad residencial
- Redes de apoyo familiar y social
- Experiencias previas de intervención o tratamiento
- Factores de vulnerabilidad social
- Detección de situaciones de violencia de género – Evaluación (divg-ma-unad)
- Detección de riesgo de ideación suicida - escala de beck

La evaluación debe realizarse mediante entrevistas semiestructuradas, observación profesional y, cuando resulte pertinente, mediante la coordinación con otros dispositivos socio sanitarios. Sin embargo, es fundamental que este proceso se lleve a **cabo respetando el ritmo y los límites de la persona usuaria**, evitando dinámicas intrusivas o excesivamente interrogativas.

Desde el enfoque de atención centrada en la persona, la evaluación no debe concebirse únicamente como un proceso de recogida de información, sino como un espacio de **diálogo que permita comprender la experiencia subjetiva de la persona y construir conjuntamente una interpretación de su situación** (Carl Rogers, 1961).

- **Elaboración del Plan Individualizado de Intervención**

El plan individualizado de intervención constituye el instrumento central de planificación y seguimiento del proceso socioeducativo dentro del recurso. Su elaboración debe basarse en los resultados de la evaluación inicial y en la participación activa de la persona usuaria.

Desde la perspectiva de la humanización de la atención, el plan de intervención **no debe imponerse unilateralmente** desde el equipo profesional, sino construirse de manera **colaborativa**. Este enfoque favorece el reconocimiento de la persona como sujeto activo de su propio proceso de cambio y contribuye a fortalecer su sentido de autoeficacia (Albert Bandura, 1997).

El plan individualizado debe incluir al menos los siguientes elementos:

- Definición de objetivos personales, sociales y ocupacionales
- Identificación de áreas prioritarias de intervención
- Planificación de actividades y recursos a utilizar
- Establecimiento de indicadores de seguimiento

- Periodicidad de las revisiones del plan

La revisión periódica del plan de intervención permite adaptar las estrategias a la evolución del proceso, garantizando una intervención flexible y ajustada a las necesidades reales de la persona.

- **Acompañamiento socioeducativo y fortalecimiento de la autonomía**

El acompañamiento socioeducativo constituye uno de los ejes fundamentales de la intervención en recursos ambulatorios. Su objetivo principal es favorecer procesos de desarrollo personal, inclusión social y mejora de la calidad de vida.

Este acompañamiento puede materializarse a través de diversas estrategias de intervención, entre ellas:

- Programas de desarrollo de habilidades sociales y emocionales
- Talleres de educación para la salud
- Actividades ocupacionales y formativas
- Orientación laboral y apoyo en la búsqueda de empleo
- Acompañamiento en gestiones administrativas o sanitarias
- Actividades comunitarias orientadas a la participación social

El **acompañamiento socioeducativo** debe orientarse hacia el fortalecimiento de la autonomía personal, evitando generar relaciones de dependencia institucional. En este sentido, el rol del profesional consiste en facilitar procesos de empoderamiento y promover el desarrollo de capacidades personales y sociales.

- **Alta, integración social y gestión de recaídas**

Las recaídas constituyen un fenómeno frecuente en los procesos de cambio relacionados con el consumo de sustancias. Desde el enfoque contemporáneo de intervención en adicciones, estas situaciones no deben interpretarse exclusivamente como fracasos individuales, sino como episodios que pueden proporcionar información valiosa para la mejora del proceso de intervención.

El **modelo de prevención de recaídas** propone analizar las circunstancias que han precedido al episodio de consumo, identificando factores de riesgo y estrategias de afrontamiento insuficientes (Marlatt & Donovan, 2005). Este análisis permite desarrollar nuevas competencias personales para la gestión de situaciones de riesgo.

En el contexto de un recurso ambulatorio, la gestión de recaídas debe basarse en principios de **comprensión, apoyo y continuidad de la intervención**, evitando respuestas institucionales punitivas que puedan reforzar procesos de exclusión o abandono del recurso.

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
Acogida e incorporación al recurso	Sistema de cita accesible	Accesibilidad (Administrativa)	Nº de personas que manifiestan dificultad para acceso a cita
	Control de tiempos de espera hasta la primera consulta. Atención sin cita en casos vulnerables.	Accesibilidad (Administrativa)	Tiempo entre demanda y primera consulta
	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Información visible sobre derechos	Accesibilidad (Entorno emocional)	Documentación sobre derechos y deberes de las personas usuarias
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Disponibilidad de intérprete	Accesibilidad comunicativa	Nº de personas que hacen uso del servicio de traducción e interpretación.
	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Información sobre derechos y deberes así como funcionamiento del recurso.	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
			equipos (Anexo 2) Registro y análisis de quejas
	Valoración inicial integral biopsicosocial	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Asignación profesional y presentación	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Presentación del proceso asistencial	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
		Perspectiva de derechos humanos	
	Garantía de confidencialidad	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
Confianza y privacidad			
Evaluación inicial	Asignación profesional y presentación	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Presentación del proceso asistencial	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
Perspectiva de derechos humanos			

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	Escucha activa sin juicio	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Garantía de confidencialidad	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Confianza y privacidad	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
Elaboración del plan individualizado de intervención	Comunicación empática, escucha activa y respeto.	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Adaptación del lenguaje a las características de la persona	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Dignidad y respeto	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos
Participación activa de la persona usuaria	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas	
Toma de decisiones compartida	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los	

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
			equipos (<i>Anexo 2</i>) Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Motivación para la participación activa en el proceso de recuperación	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Co-construcción del Plan Individualizado de Intervención	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Registro de Plan Individualizado de Intervención en Historia Clínica
Autonomía, participación y empoderamiento.		Plan Individualizado de Intervención firmado por el paciente	
Acompañamiento socioeducativo y fortalecimiento de la autonomía	Desarrollo de habilidades sociales y emocionales	Autonomía, participación y empoderamiento	Nº de formaciones relacionadas con habilidades sociales y emocionales realizadas
	Promoción de habilidades ocupacionales y formativas	Autonomía, participación y empoderamiento	Nº de actividades relacionadas con las habilidades ocupacionales y formativas realizadas
	Impulso de actividades socio comunitarias y de participación social	Autonomía, participación y empoderamiento	Nº de actividades socio comunitarias y de participación social realizadas
Alta, integración social y gestión de recaídas	Creación de Plan de Prevención de recaídas	Perspectiva de derechos humanos	Inclusión del Plan de Prevención de recaídas en Plan Individual de Intervención
		Autonomía, participación y empoderamiento	

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	Refuerzo de redes de apoyo	Perspectiva de derechos humanos	Intervenciones realizadas con redes de apoyo
	Promoción de la inclusión laboral y social	Autonomía, participación y empoderamiento	Objetivos incluidos en Plan Individual de Intervención
	Seguimiento comunitario	Autonomía, participación y empoderamiento	Objetivos incluidos en Plan Individual de Intervención

6.4. JUSTICIA, FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

Las instituciones del sistema de justicia y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad desempeñan un papel fundamental en la protección de los derechos fundamentales y en la garantía del orden público. Sin embargo, su intervención se produce con frecuencia en **contextos de especial vulnerabilidad social**, donde pueden encontrarse personas con **trastornos de salud mental**, situaciones de **exclusión social** o trastornos por **consumo de sustancias**.



La humanización de la actuación policial y judicial implica incorporar principios de respeto, dignidad, proporcionalidad y atención centrada en la persona en todas las fases de la intervención institucional. Este enfoque busca garantizar que la aplicación de la ley se realice de forma compatible con los **derechos humanos** y con una **perspectiva de atención a la vulnerabilidad** (Naciones Unidas, 2015; Consejo de Europa, 2020).

La literatura internacional señala que los enfoques basados en derechos humanos y en la comprensión de los determinantes sociales de la conducta contribuyen a mejorar la confianza institucional, reducir la reincidencia y favorecer una respuesta más eficaz del sistema de justicia (Organización Mundial de la Salud, 2019).

A continuación, se profundizará en diferentes aspectos a tener en cuenta durante la intervención:

- **Atención respetuosa y trato digno durante la intervención**

Durante cualquier actuación policial o judicial se garantizará un trato respetuoso hacia las personas implicadas, evitando conductas que puedan generar humillación, intimidación o discriminación.

Los agentes deberán utilizar un lenguaje claro y respetuoso, evitando expresiones estigmatizantes o despersonalizadoras. El respeto durante las intervenciones contribuye a **mejorar la percepción de legitimidad institucional y la cooperación ciudadana con las autoridades** (Tyler, 2006).

Asimismo, en situaciones de detención o custodia, se garantizará el cumplimiento de las normas relativas a la **integridad física y psicológica** de las personas

detenidas, así como el acceso a información sobre sus derechos y asistencia jurídica (Naciones Unidas, 2015).

En los procedimientos de detención o custodia se garantizará el respeto de los derechos fundamentales de las personas detenidas, incluyendo:

- Derecho a la información sobre los motivos de la detención
- Derecho a asistencia letrada
- Derecho a asistencia sanitaria
- Derecho a comunicar la detención a familiares o personas de confianza

Estas garantías se encuentran recogidas en los estándares internacionales sobre tratamiento de personas privadas de libertad y constituyen un elemento fundamental para la protección de los derechos humanos (Naciones Unidas, 2015).

Además, se prestará especial atención a las personas que presenten signos de intoxicación, síndrome de abstinencia o problemas de salud mental, facilitando el acceso a atención médica cuando sea necesario.

- **Identificación y atención a situaciones de vulnerabilidad.**

Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad deberán desarrollar competencias para identificar situaciones de vulnerabilidad, incluyendo la presencia de trastornos mentales, consumo problemático de sustancias, situaciones de exclusión social o victimización.

La **detección temprana** de estas situaciones permite adoptar estrategias de intervención más adecuadas y evitar respuestas exclusivamente punitivas cuando existen necesidades sanitarias o sociales subyacentes (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Cuando sea necesario, se promoverá la derivación o coordinación con recursos especializados de atención sanitaria, salud mental, servicios sociales o recursos de tratamiento de adicciones.

La **comunicación efectiva** constituye una herramienta fundamental para prevenir la escalada de conflictos durante las intervenciones policiales.

Se fomentará la utilización de técnicas de **desescalada verbal y resolución pacífica de conflictos**, especialmente en situaciones en las que las personas puedan encontrarse bajo los efectos de sustancias, en crisis emocionales o en situaciones de elevada tensión.

La evidencia internacional ha demostrado que las estrategias de comunicación y desescalada reducen el uso de la fuerza y mejoran los resultados de las intervenciones policiales (Watson et al., 2017).

- **Coordinación con servicios sanitarios y sociales**

La humanización del sistema de justicia requiere promover la coordinación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, el sistema judicial, los servicios sanitarios y los servicios sociales.

Esta coordinación resulta especialmente relevante en casos relacionados con conductas adictivas, donde la intervención policial puede constituir una oportunidad para facilitar el acceso a recursos de tratamiento y apoyo social.

Los modelos de intervención intersectorial han demostrado mejorar los resultados en términos de salud pública, reducción de reincidencia y mejora de la integración social (Organización Mundial de la Salud, 2019).

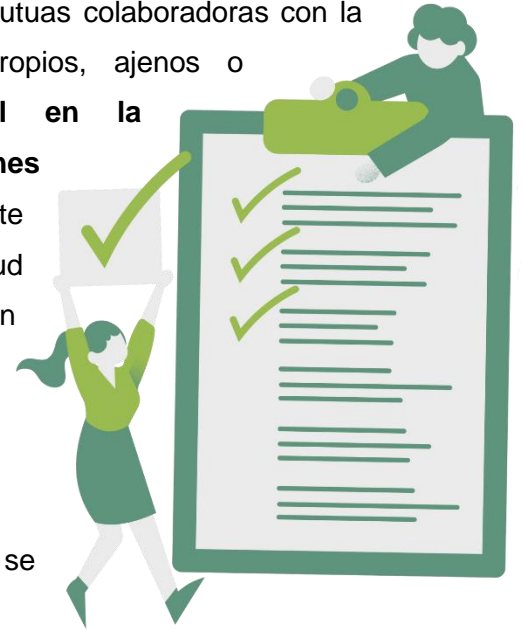
Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
Acceso a los recursos/centros	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Información visible sobre derechos	Accesibilidad (Entorno emocional)	Documentación sobre derechos y deberes
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en personas atendidas (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Disponibilidad de intérprete 24 horas.	Accesibilidad comunicativa	Nº de personas que hacen uso del servicio de traducción e interpretación
Atención respetuosa y trato digno durante la intervención.	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en personas atendidas (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Información sobre derechos y deberes así como funcionamiento del procedimiento	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en personas atendidas (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Trato respetuoso sin humillación, intimidación o	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en personas

	discriminación		atendidas (Anexo 1)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Registro y análisis de quejas Informes policiales generados Protocolos de intervención
	Cumplimiento de normas relativas a integridad física y psicológica	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en personas atendidas (Anexo 1)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Registro y análisis de quejas Informes policiales generados Protocolos de intervención
Identificación y atención a situaciones de vulnerabilidad. Comunicación y gestión de conflictos	Presentación de la persona profesional de atención	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en personas atendidas (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2)
	Trato adecuado y no estigmatizante	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en personas atendidas (Anexo 1) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (Anexo 2) Atestados

	Atenciones en espacios privados	Perspectiva de derechos humanos Confianza y privacidad	Evaluación de espacios Percepción de trato humanizado personas atendidas
	Evaluación psicosocial	Enfoque centrado en la persona	Evaluaciones psicosociales en informes policiales
	Uso de técnicas de desescalada verbal y resolución pacífica de conflictos	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en personas atendidas (<i>Anexo 1</i>)
Perspectiva de derechos humanos		Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas Informes policiales generados Protocolos de intervención	
Coordinación con servicios sanitarios y sociales	Detección de red asistencial de la persona usuaria	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento de actuaciones en las historias clínicas
	Coordinación interinstitucional	Perspectiva de derechos humanos	Derivaciones y coordinación registradas en historia clínica

6.5. MÚTUAS, SERVICIOS DE PREVENCIÓN

En el marco de la prevención de riesgos laborales, las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y los servicios de prevención (propios, ajenos o mancomunados) **desempeñan un papel esencial en la identificación, abordaje y seguimiento de las adicciones en el entorno laboral**. La actuación se articula mediante protocolos específicos que integran los principios de salud laboral, confidencialidad, voluntariedad y no discriminación (Organización Internacional del Trabajo, 2020; Ministerio de Sanidad, 2022).



Los principios rectores de la intervención:

La actuación frente a las adicciones en el ámbito laboral se fundamenta en una serie de principios básicos:

- Consideración de la adicción como **enfermedad** y no como conducta sancionable.
- Garantía de la **confidencialidad** de la información clínica y personal.
- Carácter voluntario de la participación en programas de tratamiento.
- **Mantenimiento del empleo y adaptación** del puesto de trabajo durante el proceso de recuperación.
- Enfoque integral que abarca prevención, asistencia y reinserción.

Estos principios se alinean con las recomendaciones internacionales en materia de salud laboral y adicciones (Organización Mundial de la Salud, 2010; Organización Internacional del Trabajo, 2020), así como con la normativa española en prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales).

Las fases de actuación de las que se compone son las siguientes:

- **Fase de detección y evaluación inicial**

La detección puede producirse a través de diversas vías:

- Vigilancia de la salud realizada por el servicio de prevención.
- Observación de indicadores conductuales o de rendimiento por mandos intermedios.
- Comunicación voluntaria del propio trabajador o de terceros.

En esta fase, se recomienda actuar con discreción, garantizando el respeto a la intimidad y evitando estigmatización. La entrevista inicial debe basarse en un enfoque motivacional, orientado a la identificación precoz del problema y a la derivación asistencial cuando proceda (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2021).

Asimismo, se realiza una evaluación específica en el marco de la vigilancia de la salud, conforme a los principios de proporcionalidad y consentimiento informado establecidos en la legislación vigente (Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales).

- **Activación del protocolo de intervención**

Confirmada la existencia de un problema de adicción, se activa el protocolo de intervención, que incluye:

- Derivación asistencial a recursos especializados (red pública de salud o dispositivos específicos).
- Elaboración de un plan individualizado de intervención, coordinado entre los distintos agentes implicados.
- Establecimiento de medidas de adaptación laboral para garantizar la seguridad y la recuperación.
- Formalización de compromisos terapéuticos en un marco de voluntariedad.

Los servicios de prevención actúan como agentes de coordinación, mientras que las mutuas pueden participar en el seguimiento sanitario y en la gestión de contingencias profesionales o comunes (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2021; Ministerio de Inclusión Seguridad Social y Migraciones, 2023)

- **Intervención asistencial y seguimiento**

La fase asistencial incluye el **tratamiento médico y psicológico especializado**, programas de **deshabitación y apoyo psicosocial**. Durante este proceso, se garantiza la continuidad laboral cuando sea posible, así como la adaptación de las condiciones de trabajo.

El seguimiento se realiza de forma periódica, contemplando la evolución clínica y la aptitud laboral. Las recaídas se consideran parte del proceso terapéutico, debiendo ser abordadas desde un enfoque no punitivo (Organización Mundial de la Salud, 2010).

- **Reincorporación y reinserción laboral**

Tras la estabilización clínica, se inicia la reincorporación laboral, que incluye:

- Evaluación de la aptitud para el puesto.
- Adaptación progresiva de las tareas.
- Implementación de medidas de apoyo y seguimiento.

El objetivo es lograr una reintegración sostenible, minimizando el riesgo de recaídas y favoreciendo la inclusión laboral plena (Organización Internacional del Trabajo, 2020).

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
Acceso al servicio	Garantizar acceso al centro en condiciones de accesibilidad	Accesibilidad (Física)	% de personas con dificultades de acceso al centro
	Información visible sobre derechos	Accesibilidad (Entorno emocional)	Documentación sobre derechos y deberes
	Atención en espacios de intimidad y confidencialidad	Accesibilidad (Física)	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
Detección y evaluación inicial	Privacidad en la detección/comunicación de la adicción	Confianza y privacidad	Cumplimiento protocolos de privacidad y protección de datos
	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Información sobre derechos y deberes así como funcionamiento del procedimiento	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	Trato respetuoso sin humillación, intimidación o discriminación	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	Registro y análisis de quejas Informes generados Protocolos de intervención
	Uso de lenguaje claro y adaptado a la persona	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Información sobre derechos y deberes así como funcionamiento del recurso.	Accesibilidad comunicativa	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Registro y análisis de quejas
	Valoración inicial integral biopsicosocial	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
			de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Valoración específica bajo principios de proporcionalidad y consentimiento informado	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
		Confianza y privacidad	Registro y análisis de quejas Informes generados
	Asignación profesional y presentación	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>) Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Presentación del proceso asistencial	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Perspectiva de derechos humanos	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>)
	Garantía de confidencialidad	Dignidad y respeto	Percepción de trato humanizado en pacientes (<i>Anexo 1</i>)
		Confianza y privacidad	Autoevaluación de actuaciones por parte de los equipos (<i>Anexo 2</i>) Aplicación de protocolo de protección de

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
			datos y confidencialidad
Activación del protocolo de intervención	Derivación asistencial a recursos especializados	Perspectiva de derechos humanos	Nº de derivaciones realizadas
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
	Elaboración de un plan individualizado de intervención coordinado	Perspectiva de derechos humanos	Plan Individualizado de intervención y objetivos de intervención
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
	Establecimiento de medidas de adaptación laboral para garantizar la seguridad y la recuperación	Perspectiva de derechos humanos	Medidas de adaptación laboral
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
Formalización de compromisos terapéuticos bajo la voluntariedad	Perspectiva de derechos humanos	Plan Individualizado de intervención firmado	
	Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial		
Intervención asistencial y seguimiento	Tratamiento médico y psicológico especializado (deshabitación y apoyo psicosocial)	Perspectiva de derechos humanos	Historia clínica
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	Percepción de trato humanizado en personas atendidas

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
	Garantía de la continuidad laboral y adaptación de las condiciones de trabajo	Perspectiva de derechos humanos	Nº de personas con continuidad asistencial durante el tratamiento
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
	Seguimiento de la evolución clínica y aptitud laboral	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento del Plan Individualizado de intervención e historia clínica
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
	Abordaje de recaídas bajo perspectiva de aprendizaje	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento del Plan Individualizado de intervención e historia clínica
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
Reincorporación y reinserción laboral	Evaluación aptitud para el puesto	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento del Plan Individualizado de intervención e historia clínica
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
		Autonomía, participación y empoderamiento	
	Adaptación progresiva de tareas	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento del Plan Individualizado de intervención e historia clínica
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	
		Autonomía, participación y empoderamiento	
Implementación de medidas de apoyo y seguimiento	Perspectiva de derechos humanos	Seguimiento del Plan Individualizado de	

Actividad	Tareas	Dimensiones	Indicadores
		Enfoque centrado en la persona y perspectiva biopsicosocial	intervención e historia clínica
		Autonomía, participación y empoderamiento	

6.6. PERSPECTIVA DE GÉNERO, VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIONES

Para trabajar en el ámbito de la violencia de género y el abuso de sustancias en mujeres, resulta necesario profundizar en diversos aspectos clave.



En primer lugar, es fundamental promover la **sensibilización y la formación** en perspectiva de género dentro de los equipos interdisciplinarios. Esta formación constituye un desarrollo teórico-conceptual sistematizado que permite interpretar la realidad desde un enfoque crítico. Para ello, se requiere la implementación de programas de formación continua que faciliten la introducción de cambios en las

prácticas de intervención a medio y largo plazo.

La necesidad de **formación y especialización** en **género y adicciones** responde, además, a la importancia de evitar procesos de revictimización que puedan influir negativamente en los procesos de recuperación de las mujeres. En este sentido, también resulta relevante la composición de los equipos de intervención, procurando que estén integrados mayoritariamente por mujeres y que cuenten con supervisión externa especializada en perspectiva de género, con el objetivo de garantizar la calidad de la intervención.

Otro aspecto fundamental es el **abordaje del trauma**, dado que la coexistencia de situaciones de violencia y problemas de adicción requiere visibilizar la problemática, favorecer la toma de conciencia y acompañar los procesos de recuperación. Para ello, es imprescindible contar con un acompañamiento profesional adecuado que evite generar nuevas experiencias de revictimización.

Es imperativo integrar el **Enfoque Basado en el Trauma (EBT)** como eje transversal de la intervención. En las mujeres, el consumo de sustancias actúa frecuentemente como estrategia de “automedicación” para gestionar el dolor físico y emocional derivado de la violencia. Ignorar esta etiología y centrarse solo en la conducta de consumo supone una respuesta incompleta que cronifica la situación. Por tanto, el tratamiento debe priorizar la estabilización emocional y la seguridad física antes de exigir metas de abstinencia que la mujer en una situación de crisis o postraumática, no pueda sostener.

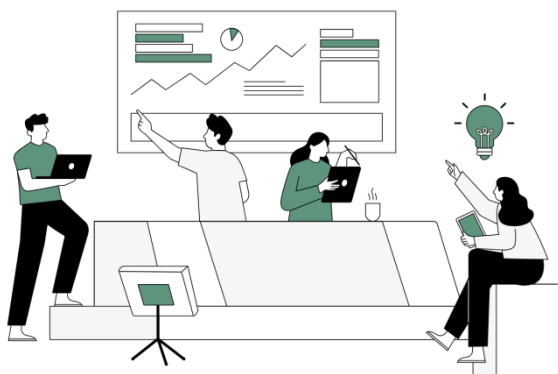
Asimismo, la intervención debe basarse en la **garantía de espacios seguros de protección, cobijo y recuperación** frente a las violencias de género, sin condicionar el acceso a la protección a la abstinencia. Del mismo modo, es imprescindible adoptar una perspectiva integral y holística que tenga en cuenta la **interseccionalidad** de los factores que afectan a estas mujeres, estableciendo prioridades de intervención sin perder de vista la complejidad global de la problemática.

La superación de las barreras de acceso específicas de género es un componente esencial de la humanización. Las mujeres con consumos problemáticos enfrentan un estigma doble: por su condición de consumidoras y por el incumplimiento de los mandatos de género. Esto genera un profundo sentimiento de culpa y miedo a la pérdida de la custodia de hijos e hijas, lo que a menudo las aleja de los recursos. Una intervención humanizada debe garantizar que el sistema de protección no se convierta en un agente fiscalizador, sino en un entorno de apoyo incondicional que contemple la conciliación y la protección de vínculos afectivos.

Finalmente, en ocasiones los servicios de atención a mujeres realizan derivaciones a recursos específicos de adicciones aun cuando el consumo problemático no está plenamente instaurado o no presenta una intensidad elevada. En estas circunstancias, lo más recomendable sería fomentar la **coordinación** entre ambos tipos de recursos para llevar a cabo actuaciones conjuntas. Para ello, resulta necesario promover la sensibilización y la formación de las profesionales que trabajan en los recursos de atención a mujeres (Martínez-Redondo y Arostegui Santamaría, 2023).

6.7.COORDINACIÓN ENTRE INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE ADICCIONES.

El abordaje de las adicciones constituye un reto complejo para los sistemas de salud, los servicios sociales y las instituciones públicas en general, debido a la multiplicidad de factores biopsicosociales que



intervienen en su origen, desarrollo y mantenimiento. Las conductas adictivas no solo implican consecuencias en la salud física y mental de las personas afectadas, sino que

también tienen un impacto significativo en su situación social, laboral, familiar y jurídica. Por este motivo, la intervención en este ámbito requiere necesariamente un enfoque integral y coordinado entre diferentes sectores institucionales (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En este contexto, la creación de **comisiones o mesas de participación interinstitucional** se configura como una estrategia clave para mejorar la coordinación entre los distintos recursos que intervienen en la atención a las personas con problemas de adicciones. Estos espacios de coordinación permiten integrar las perspectivas y competencias de diferentes ámbitos, tales como el sistema sanitario, los servicios sociales de atención primaria, los servicios sociales especializados, el sistema judicial y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Los modelos de intervención basados en la cooperación intersectorial contribuyen a mejorar la eficacia de las políticas públicas en materia de adicciones, favoreciendo **respuestas más integrales y adaptadas** a las necesidades reales de las personas afectadas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2023).

Asimismo, la coordinación institucional facilita la **optimización de recursos disponibles**, evita la duplicidad de intervenciones y mejora la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención.

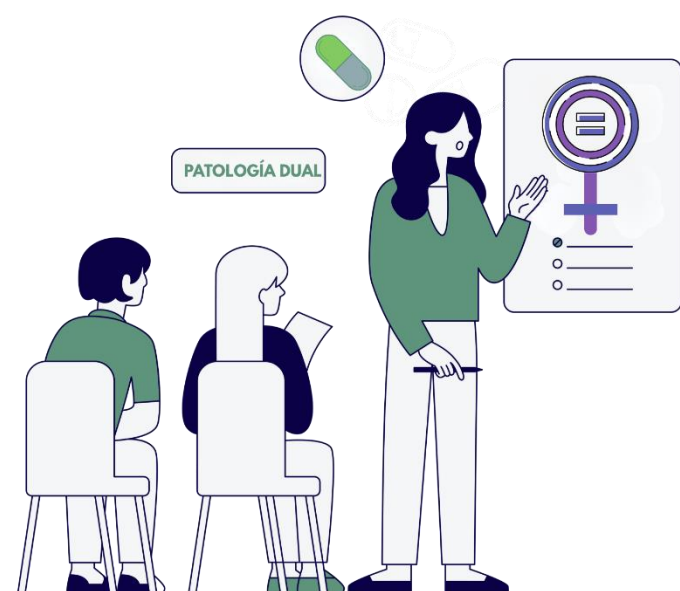
Las personas con trastornos por consumo de sustancias suelen presentar situaciones de vulnerabilidad social, que pueden incluir problemas de salud mental, desempleo, exclusión social o conflictos con el sistema judicial. En este sentido, la fragmentación de los servicios puede generar dificultades en el acceso a los recursos y limitar la eficacia de las intervenciones. La creación de espacios formales de coordinación permite establecer circuitos de derivación claros, mejorar el intercambio de información entre profesionales y desarrollar estrategias de intervención conjunta (Ministerio de Sanidad, 2020).

Además, las mesas de participación interinstitucional favorecen el desarrollo de enfoques preventivos y comunitarios en el ámbito de las adicciones. A través de estos espacios es posible identificar necesidades emergentes, analizar tendencias en el consumo de sustancias y diseñar actuaciones coordinadas de prevención, atención y reinserción social.

Por otra parte, la participación de diferentes instituciones permite **incorporar una visión más amplia del fenómeno de las adicciones**, integrando tanto la perspectiva sanitaria como la social, educativa y jurídica. Esta mirada multidisciplinar resulta especialmente relevante en la atención a colectivos vulnerables, como personas sin hogar, población joven, personas en situación de exclusión social o personas con antecedentes judiciales relacionados con el consumo de sustancias.

Asimismo, la creación de estas estructuras de coordinación contribuye a **fortalecer la gobernanza de las políticas públicas en materia de adicciones**, favoreciendo la toma de decisiones basada en el consenso y el conocimiento compartido entre las diferentes instituciones implicadas.

En definitiva, la constitución de una comisión o mesa interinstitucional en el ámbito de las adicciones representa una herramienta fundamental para promover una intervención integral, coordinada y centrada en la persona. Este tipo de estructuras favorece la cooperación entre servicios, mejora la calidad de la atención y contribuye a desarrollar estrategias más eficaces para la prevención, tratamiento y reintegración social de las personas afectadas por problemas de adicciones.



6.8. FORMACIÓN DE PROFESIONALES Y SUPERVISIÓN.

La calidad de la atención humanizada en el ámbito de las adicciones depende en gran medida de las competencias profesionales del equipo y de las condiciones organizativas en las que se desarrolla la intervención. Por ello, resulta fundamental promover estrategias orientadas tanto al desarrollo profesional continuo como al cuidado del **bienestar emocional de los/as profesionales**.

La formación permanente constituye un elemento esencial para garantizar intervenciones eficaces, éticas y centradas en la persona, especialmente en contextos de alta complejidad como el abordaje de las conductas adictivas y la atención a colectivos vulnerables.

En este sentido, resulta de especial relevancia promover programas de formación dirigidos a los/as profesionales de la red asistencial que aborden contenidos relacionados con la **humanización de la atención, los derechos humanos, la salud mental y las conductas adictivas**. Asimismo, la formación debe incluir el desarrollo de competencias en comunicación interpersonal, gestión de conflictos, intervención con colectivos en situación de vulnerabilidad, reducción del estigma asociado a las adicciones y trabajo interdisciplinar. La evidencia científica muestra que la capacitación específica en estos ámbitos mejora la capacidad de los profesionales para gestionar situaciones complejas y contribuye a reducir el riesgo de intervenciones inadecuadas (Watson et al., 2017).

Entre los contenidos formativos prioritarios destacan también la comunicación terapéutica, la intervención motivacional, el abordaje del trauma, el enfoque de reducción de daños y la intervención socioeducativa en contextos de exclusión social. Asimismo, resulta necesario incorporar la perspectiva de género en el abordaje de las adicciones, prestando especial atención a la interrelación entre violencia de género y consumo de sustancias, con el fin de garantizar intervenciones sensibles a las desigualdades y a las necesidades específicas de las mujeres.

Dentro de las metodologías de intervención basadas en la evidencia, la entrevista motivacional constituye una herramienta especialmente eficaz para el trabajo con personas con conductas adictivas. Este enfoque, desarrollado por Miller y Rollnick, favorece el desarrollo de la motivación intrínseca para el cambio mediante un estilo comunicativo colaborativo, empático y no confrontativo, facilitando que la persona explore sus propias ambivalencias respecto al consumo y al proceso de cambio (Miller & Rollnick, 2013).

Asimismo, el Plan de Humanización Sanitaria de Castilla-La Mancha subraya la importancia de promover metodologías orientadas a la gestión del cambio cultural en las organizaciones, fomentando la inteligencia colectiva, la participación y el intercambio entre profesionales y personas usuarias. En este contexto, la organización de talleres, jornadas y encuentros profesionales constituye una estrategia positiva para favorecer la reflexión conjunta, el trabajo en equipo y el intercambio de experiencias entre profesionales.

Por otra parte, se pone de manifiesto la necesidad de impulsar el reajuste de los currículos educativos por parte de la Administración educativa pública, tanto en la enseñanza universitaria como no universitaria, con el objetivo de incorporar contenidos

relacionados con la humanización de la atención y el desarrollo de competencias relacionales, éticas y comunicativas en los futuros profesionales.

La intervención con personas en situación de vulnerabilidad social y con problemas de adicción puede implicar una elevada carga emocional para los profesionales. La exposición continuada a situaciones complejas, así como a contextos de sufrimiento y exclusión, puede generar niveles elevados de estrés laboral y favorecer la aparición de fenómenos como el desgaste profesional o síndrome de burnout. Por este motivo, la humanización de los servicios debe contemplar también estrategias orientadas al cuidado del equipo profesional.

En este sentido, la supervisión profesional constituye una herramienta fundamental para la mejora de la práctica y la prevención del desgaste emocional. Los espacios de supervisión permiten analizar situaciones complejas de intervención, revisar estrategias metodológicas y abordar dilemas éticos vinculados al ejercicio profesional. Además, facilitan la reflexión crítica sobre la práctica y contribuyen a fortalecer la coherencia entre los principios éticos de la intervención social y las prácticas institucionales.

Del mismo modo, resulta necesario promover una cultura organizativa basada en el trabajo interdisciplinar y la cooperación entre profesionales. La intervención en recursos dirigidos a personas con conductas adictivas requiere la participación coordinada de profesionales de diferentes disciplinas, lo que permite integrar perspectivas complementarias y ofrecer respuestas más ajustadas a las necesidades de las personas usuarias. Las reuniones periódicas de equipo, los espacios de coordinación interna y los mecanismos de planificación conjunta constituyen herramientas fundamentales para garantizar la coherencia y la calidad de la intervención.

Finalmente, el bienestar del personal constituye un factor clave para garantizar intervenciones empáticas, eficaces y respetuosas. Por ello, los recursos asistenciales deben promover medidas orientadas al apoyo profesional y a la prevención del estrés laboral, tales como espacios de supervisión clínica, programas de apoyo psicológico y dinámicas de acompañamiento profesional. El cuidado del equipo no solo mejora la salud laboral de los profesionales, sino que también repercute positivamente en la calidad de la atención ofrecida a las personas usuarias (Organización Mundial de la Salud, 2019; National Institute on Drug Abuse, 2020).

Algunas entidades que proporcionan formaciones en el ámbito de adicciones:

- [Buscador del Plan Nacional de Adicciones](#)
- [UNAD – Red de Atención a las Adicciones.](#)
- [PROYECTO HOMBRE.](#)
- [InfoAdicciones – Formaciones y Jornadas](#)
- [Congreso Patología Dual - Sociedad Española de Patología Dual](#)
- [Jornada sobre psicología y adicciones – Consejo General de la Psicología](#)

7. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

Dimensión	Indicador		Herramienta	Periodicidad	Responsable
Formación profesional	Formación en humanización	% de profesionales que han completado formación sobre humanización, derechos humanos y atención a colectivos vulnerables	Registros de formación	Anual	Coordinadores/ Responsables
	Número de actividades formativas implementadas	Nº de formaciones realizadas	Memorias de formación	Anual	Coordinadores/ Responsables
Implementación del protocolo	Nivel de conocimiento del protocolo	% de profesionales que manifiestan conocer el protocolo	Encuestas y cuestionarios de autoevaluación	Anual	Coordinadores/ Responsables
Coordinación interinstitucional	Número de reuniones realizadas	Nº de reuniones de coordinación	Actas de reuniones	Semestral	Comisión interinstitucional
Supervisión profesional	Número de espacios de supervisión	Nº de sesiones de supervisión realizadas	Actas de reuniones de equipo	Trimestral	Coordinadores/ Responsables
Calidad de la atención	Nivel de satisfacción de las personas usuarias	Puntuación obtenida en encuestas de satisfacción	Encuestas de satisfacción	Anual	Coordinadores/ Responsables
	Número de quejas acerca del trato institucional	Nº de reclamaciones vinculadas a problemas en el trato institucional	Registro de quejas o reclamaciones	Semestral	Coordinadores/ Responsables
	Percepción de trato humanizado	% de personas que perciben trato respetuoso	Encuestas a personas usuarias	Anual	Coordinadores/ Responsables
Bienestar profesional	Nivel de satisfacción laboral	Puntuación en encuestas sobre clima laboral	Encuestas	Anual	Coordinadores/

PROTOCOLO DE HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PROFESIONAL A PERSONAS CON ADICCIONES

	del personal				Responsables
	Participación en programas para profesionales	% de profesionales que participan en programas para profesionales	Registro de participación/asistencia	Anual	Coordinadores/ Responsables
Cultura institucional	Mejora percibida en la humanización de la atención	Variación en la percepción de humanización por parte de personas usuarias	Encuestas	Anual	Coordinadores/ Responsables
Coordinación institucional	Mejora en la respuesta interinstitucional	Nº de intervenciones coordinadas	Registro de intervenciones	Anual	Comisión interinstitucional
Calidad del servicio	Número de incidencias en relación con el trato humanizado	Nº de reclamaciones relacionadas con el trato recibido	Registro de incidencias o reclamaciones	Anual	Coordinadores/ Responsables

8. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, C. (2008). Transtheoretical model for behavior changes: An important tool when adopting active life. *MHSalud: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system.
- Arrieta Villarreal, J. L., & Guzmán-Saldaña, R. (2021). Modelo biopsicosocial: De la teoría a la clínica. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care*. World Health Organization.
- Bandura, A. (1997). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad*. Nueva York: W. H. Freeman.
- Beranuy, M., Machimbarrena, JM, Vega-Osés, MA, Carbonell, X., Griffiths, MD, Pontes, HM, & González-Cabrera, J. (2020). Validación en español de la escala de trastorno por juego en internet – versión corta (IGDS9-SF): prevalencia y relación con el juego en línea y la calidad de vida. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública* , 17 (5), 1562.
- Bermejo, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria. Sal Terrae.
- Casillas-Jardón, D. D. (2024). El estrés enferma: Modelo biopsicosocial del dolor crónico. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reducción del estigma en los trastornos por consumo de sustancias.
- Centro de Humanización de la Salud, & Cáritas Española. (2013). Humanizar la salud. Sal Terrae.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2025). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 2025). Informe nacional. Ministerio de Sanidad.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- D’Onofrio, G., & Degutis, L. C. (2010). Integrating project ASSERT: A screening, intervention, and referral program for unhealthy alcohol and drug use into an urban emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 17(8), 903–911.
- Federación Española de Municipios y Provincias. (2025). *Atlas de Adicciones en España*.
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster. (Original work published 1963)
- Harm Reduction International. (2022). *Global State of Harm Reduction*.
- Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2017). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones de Madrid*. Ayuntamiento de Madrid.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2021). *Adicciones en el ámbito laboral: Guía para la prevención y actuación en las empresas*. Madrid: INSST.
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (2017). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha*. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Junta de Andalucía. (2023). *Protocolos de funcionamiento de los centros y servicios sanitarios de atención a las adicciones*.
- Kaner, E., Beyer, F., Muirhead, C., et al. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Kelly, J. F., Bergman, B. G., Hoepfner, B. B., Vilsaint, C. L., & White, W. L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 162–169.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Martínez, P., Vicente, O., Martín, M. V., Fernández, A., Rodríguez, G., Echeberría, A. M., & Barros, R. (2021). La perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones. Recursos y experiencias para promocionar y consolidar su aplicación integral.
- Martínez-Redondo, P., & Arostegui Santamaría, E. E. (2023). Guía de recomendaciones para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Ministerio de Inclusión Seguridad Social y Migraciones (2023). *Marco de actuación de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social*.
- Ministerio de Sanidad. (2017). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017–2024. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad de España (2019). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
- Naciones Unidas (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006) — Igualdad de condiciones, apoyos en la toma de decisiones y no discriminación.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Estigma y discriminación en los trastornos por consumo de drogas.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). Las palabras importan: términos preferidos al hablar de la adicción.
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (3rd ed.). National Institutes of Health.

- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 143–154.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). (2023). *European Drug Report: Trends and Developments*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Odrozola, E. E., Gallo, C. B., Montalvo, J. F., & Rovira, D. P. (1994). Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. Análisis y modificación de conducta, *20*(74), 769-791.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). International standards for the treatment of drug use disorders. Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022). *World Drug Report 2022*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Integrating substance use services into primary health care.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *International standards for the treatment of drug use disorders*. Ginebra: OMS.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2022). *Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad.
- Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., Cohen, F. C., Gomes, S. O., Laforge, R. G., & Eastwood, A. L. (2004). The transtheoretical model of change for multilevel interventions for alcohol abuse on campus. *Journal of Alcohol and Drug Education, 47*(3), 34–50.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1), 38–48.

- Rial, A., Kim-Harris, S., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., ... & Golpe, S. (2019). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *adicciones*, 31(2), 160-169.
- Rodríguez-Hernández, P. J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G. M., García, R., Sanz-Alvarez, E. J., & De las Cuevas-Castresana, C. (2014). Puntos de corte de la versión española del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 31(3), 23-29.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143–155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- Salinas Pérez JA, Rodero Cosano ML, Ruiz Gutierrez-Colosía M, Campoy Muñoz P, Arjona Fuentes JM, Diaz Milanés D, Almeda Martínez N, Diaz Cortes M, García Alonso CR, Salvador-Carulla L (2025). *Atlas de Adicciones de España*. Sevilla: Loyola Health, Universidad Loyola Andalucía.
- ScienceDirect. Substance Use Disorder: epidemiology, complications and treatment.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26.
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2020). *Humanización en Salud Mental*.
- Trastornos Adictivos. (2011). *Normalización de la atención sanitaria al drogodependiente*.
- Turner, J. (2024). Modelo biopsicosocial.
- UNAD – Red de Atención a las Adicciones. (2025). Guía sobre el estigma en el consumo de drogas.
- United Nations Office on Drugs and Crime, & World Health Organization. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders*.

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>

Watson, A. C., Compton, M. T., & Draine, J. (2017). The crisis intervention team (CIT) model: An evidence-based policing practice? *Behavioral Sciences & the Law*, 35(5–6), 431–441.

World Health Organization. (2014). *Community management of opioid overdose*.

World Health Organization. (2014). *Guidelines for community management of opioid overdose*.

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. World Health Organization.

World Health Organization (2021). *Guidelines on community mental health services*.

Bibliografía legislación

Consejo de Europa. (1950). *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*. Roma.

Constitución Española. (29 de diciembre de 1978). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, pp. 29313 a 29424.

España. (1979). *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria*. Boletín Oficial del Estado, nº 239, 5 de octubre de 1979. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con>

España. (1986). *Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad*. Boletín Oficial del Estado, nº 63, 14 de marzo de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1986/03/13/2/con>

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, nº 102, 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>

España. (1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Boletín Oficial del Estado, nº 281, 24 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>

España. (1995). *Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, núm. 269, de 10 de noviembre 1995. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

- España. (2002). *Ley 15/2002, de 1 de julio, por la que se declara el Parque Nacional marítimo-terrestre de las Islas Atlánticas de Galicia*. Boletín Oficial del Estado, nº 157, 2 de julio de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/07/01/15/con>
- España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, nº 274, 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- España. (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, nº 299, 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- España. (2011). *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*. Boletín Oficial del Estado, nº 240, 5 de octubre de 2011. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>
- España. (2015). *Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana*. Boletín Oficial del Estado, nº 77, 31 de marzo de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/4/con>
- España. (2021). *Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*. Boletín Oficial del Estado, nº 132, 3 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>
- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Asamblea General de las Naciones Unidas, París.
- Unión Europea. (2012). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Diario Oficial de la Unión Europea (2012/C 326/02).

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE HUMANIZACIÓN PERCIBIDA POR LAS PERSONAS CON ADICCIONES EN SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE HUMANIZACIÓN PERCIBIDA POR LAS PERSONAS CON ADICCIONES EN SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

El presente cuestionario forma parte del proyecto "Investigación sobre la humanización en la calidad de la atención social y sanitaria de personas con adicciones desde la mirada de la inclusión social", financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Llevándose esta a cabo por Fundación Ceres.

Respondiendo al mismo podrás contribuir a la mejora de la humanización en el tratamiento a las personas con adicciones.

- Año de nacimiento:
- Sexo:
- Comunidad Autónoma de procedencia:
- Comunidad Autónoma donde recibe la atención y tratamiento:
- Tipo de adicción:
- Ha sido atendido en servicios:
 - Servicios Sociales
 - Servicios sanitarios (UCA, Unidad de Salud Mental, atención primaria, urgencias, etc.):
 - Tratamiento residencial (residencia comunitaria, comunidad terapéutica, viviendas tuteladas):
 - Otros:
- Tiempo que se encuentra en tratamiento:
- Situación laboral:
- Discapacidad SI/NO:
- Otras patologías:

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la percepción que tienes de la humanización, el trato y el respeto en la atención recibida en el tratamiento integral de las adicciones. A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones, responde según tu grado de acuerdo con cada afirmación y de tu experiencia personal, usando la siguiente escala:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

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

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

- 1. Nada accesible.
- 2. Poco accesible.
- 3. Neutral.
- 4. Algo accesible.
- 5. Muy accesible.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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.

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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.

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

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

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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.

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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.

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

14. Comentarios u observaciones adicionales sobre este punto:

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

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.

5. Totalmente de acuerdo.

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

1. Totalmente en desacuerdo.

2. En desacuerdo.

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4. De acuerdo.

5. Totalmente de acuerdo.

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

1. Totalmente en desacuerdo.

2. En desacuerdo.

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4. De acuerdo.

5. Totalmente de acuerdo.

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

1. Totalmente en desacuerdo.

2. En desacuerdo.

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4. De acuerdo.

5. Totalmente de acuerdo.

21. Comentarios u observaciones adicionales sobre este punto:

DIMENSIÓN 4. Confianza y privacidad.

22. Siento confianza hacia el equipo de profesionales que me atiende.

1. Totalmente en desacuerdo.

2. En desacuerdo.

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.

4. De acuerdo.

5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo.

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

- 1. Totalmente en desacuerdo.
- 2. En desacuerdo.
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4. De acuerdo.
- 5. Totalmente de acuerdo

25. Comentarios u observaciones adicionales sobre este punto:

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

Acepto los términos y condiciones de la información sobre protección de datos

En cumplimiento de lo establecido en la **Ley Orgánica 3/2018**, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y en el **Reglamento (UE) 2016/679** del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, le informamos que los datos que voluntariamente nos facilita serán incorporados a ficheros informáticos y sujetos a tratamiento por parte de la Gerencia de Fundación Ceres al objeto de realizar la investigación así como, en su caso, mantenerle informado de futuras promociones, noticias y novedades relacionadas con la actividad de investigación de la Fundación. Usted podrá de forma libre y voluntaria facilitar la información que se le pide en los formularios salvo en los campos que aparecen como obligatorios.

9.2. ANEXO 2. EVALUACIÓN INICIAL Y RECONOCIMIENTO DE PUNTOS DE MEJORA. (ELABORACIÓN PROPIA).

**CUESTIONARIO TÉCNICO DE AUTOEVALUACIÓN
HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ADICCIONES**

Instrumento de evaluación para centros y servicios de la red de adicciones. Permite medir el grado de implementación de prácticas de atención humanizada basadas en principios de accesibilidad, dignidad, derechos humanos y atención centrada en la persona.

Escala de puntuación

- 0 = No existe
- 1 = Existe de forma informal o puntual
- 2 = En desarrollo
- 3 = Implementado de forma sistemática
- 4 = Implementado y evaluado periódicamente

Datos de la evaluación

Centro / Servicio	
Tipo de recurso	
Fecha de evaluación	
Equipo evaluador	

1. Accesibilidad

Valore cada indicador utilizando la escala de 0 a 4.

Indicador	Puntuación (0-4)	Observaciones
El centro cuenta con accesos sin barreras arquitectónicas		
Existen espacios que garantizan privacidad en las entrevistas		
La señalización del centro es clara y comprensible		
Existe sistema de cita accesible para todas las personas (online, telefónica y presencial)		
Se facilita atención sin cita en situaciones vulnerables		
Los tiempos de espera son razonables		
Se dispone de materiales informativos en lenguaje claro		
Se ofrecen apoyos para personas con dificultades de comprensión		
Existe acceso para personas con movilidad reducida		
El entorno físico del centro resulta acogedor y digno		
El personal de recepción ofrece atención respetuosa		
Existe acceso a mediación cultural o traducción si es necesario		
Se informa claramente sobre horarios y servicios disponibles		
Los espacios de espera son adecuados		
Existe privacidad en la admisión administrativa		

2. Dignidad y respeto

Valore cada indicador utilizando la escala de 0 a 4.

Indicador	Puntuación (0-4)	Observaciones
El personal utiliza lenguaje no estigmatizante		
Los profesionales se presentan al iniciar la consulta		
Las personas usuarias son llamadas por su nombre		
No se emiten juicios morales sobre el consumo		
Se respeta la diversidad cultural		
Se respeta la diversidad sexual y de género		
Se evita etiquetar a las personas por su consumo		
Se promueve un trato igualitario		
Existe protocolo contra la discriminación		
Se registran y analizan quejas sobre trato recibido		
El personal muestra actitud empática		
Se evita el uso de términos despectivos		
Se protege la dignidad en situaciones de crisis		
Se promueve un clima de respeto entre usuarios		

3. Atención centrada en la persona

Valore cada indicador utilizando la escala de 0 a 4.

Indicador	Puntuación (0-4)	Observaciones
Se realiza valoración biopsicosocial completa		
Se evalúa la salud mental de la persona		
Se evalúa la situación social y familiar		
Se analizan condiciones de vivienda		
Se analiza situación laboral o económica		
Se identifican redes de apoyo		
Se detectan posibles situaciones de violencia		
Se evalúa riesgo suicida cuando procede		
Se elabora un plan individualizado de atención		
Los objetivos terapéuticos se acuerdan con la persona		
Existe seguimiento periódico del plan		
Se revisan los objetivos con la persona		
Se coordina con otros servicios		
Se facilita continuidad asistencial		
Se adapta la intervención a necesidades individuales		

4. Derechos humanos

Valore cada indicador utilizando la escala de 0 a 4.

Indicador	Puntuación (0-4)	Observaciones
No se exige abstinencia para acceder a servicios		
Se garantiza confidencialidad de la información		
Se obtiene consentimiento informado		
Se informa sobre derechos de las personas usuarias		
Existe canal de quejas accesible		
Las medidas coercitivas son excepcionales		
Se revisan medidas restrictivas aplicadas		
Se respeta la autonomía de la persona		
Se protege la privacidad de datos		
Se aplican principios de no discriminación		
Se promueve igualdad de acceso		
Se respetan decisiones informadas		
Se protege la integridad física y psicológica		
Se garantiza acceso a información clara		
Existe registro de incidencias éticas		

5. Participación y empoderamiento

Valore cada indicador utilizando la escala de 0 a 4.

Indicador	Puntuación (0-4)	Observaciones
La persona participa en decisiones sobre su tratamiento		
Se ofrece información clara sobre opciones terapéuticas		
Se promueve educación para la salud		
Se fomenta el autocuidado		
Se facilita acceso a recursos comunitarios		
Se promueve participación en actividades grupales		
Se recogen opiniones de personas usuarias		
Las personas participan en mejora del servicio		
Se fomenta apoyo mutuo		
Se promueve desarrollo de habilidades personales		
Se facilita información sobre derechos sociales		
Se promueve autonomía personal		
Se fomenta la toma de decisiones informada		
Se promueve participación familiar cuando procede		
Se facilita acceso a programas de reinserción		

6. Confianza y privacidad

Valore cada indicador utilizando la escala de 0 a 4.

Indicador	Puntuación (0-4)	Observaciones
Las consultas se realizan en espacios privados		
Existe profesional de referencia		
Se promueve continuidad en la relación terapéutica		
Se protege la historia clínica		
Se garantiza confidencialidad en registros		
Se respeta intimidad en exploraciones		
Existe clima de confianza en consulta		
El profesional practica escucha activa		
Se respeta privacidad en comunicación		
Se protege información compartida por la persona		
Los datos están protegidos adecuadamente		
Se respeta confidencialidad frente a terceros		
Existe transparencia en la comunicación		
Se protege intimidad física		
Se evita exposición innecesaria de información		

7. Humanización organizacional

Valore cada indicador utilizando la escala de 0 a 4.

Indicador	Puntuación (0-4)	Observaciones
La humanización forma parte del plan estratégico		
El personal recibe formación en humanización El personal recibe formación en perspectiva de género		
Existe formación en reducción del estigma		
Se realizan reuniones periódicas del equipo		
Existe supervisión profesional		
Se aplican medidas de prevención del burnout		
Se realizan encuestas de satisfacción		
Se analizan resultados de calidad		
Se elaboran planes de mejora		
Existe evaluación anual del servicio		
Se promueve bienestar del personal		
Se fomenta trabajo en equipo		
Existe liderazgo comprometido con humanización		
Se promueve cultura institucional respetuosa		
Se evalúa impacto de las intervenciones		

Resumen de resultados

Accesibilidad	
Dignidad y respeto	
Atención centrada en la persona	
Derechos humanos	
Participación y empoderamiento	
Confianza y privacidad	
Humanización organizacional	
TOTAL	

Interpretación orientativa del índice de humanización:

0–25 % → Nivel bajo

26–50 % → En desarrollo

51–75 % → Nivel adecuado

76–100 % → Nivel avanzado

9.3. ANEXO 3. HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN

Instrumentos de cribado. Detección precoz. Alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) • AUDIT –C
Instrumentos de cribado. Detección precoz. Drogas genérico.	<ul style="list-style-type: none"> • ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) • DAST-10 (Drug Abuse Screening Test)
Instrumentos de cribado. Detección precoz.Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Test de Fagerström para la Dependencia de Nicotina
Motivación para el cambio	<ul style="list-style-type: none"> • URICA (University of Rhode Island Change Assessment) • SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)
Deseo de consumo (Craving)	<ul style="list-style-type: none"> • OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale) • Escalas visuales analógicas de craving (VAS)
Comorbilidad psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> • MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)
Evaluación multidimensional	<ul style="list-style-type: none"> • ASI (Addiction Severity Index) • EuropASI • ISAR. Línea de vida de consumo
Riesgo de Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Desesperanza de Beck • Escala de Ideación Suicida
Detección de síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> • BDI-II • PHQ-9
Detección Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • STAI • GAD-7
Calidad de vida percibida	<ul style="list-style-type: none"> • GENCAT
Conducta impulsiva	<ul style="list-style-type: none"> • MULTICAGE CAD-4
Trastornos de la Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • PAI. Inventario de Evaluación de la personalidad
Impacto de Trauma	<ul style="list-style-type: none"> • CIT. Cuestionario de Impacto del Trauma
Sentimiento de Competencia Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer
Deterioro Cognitivo Leve	<ul style="list-style-type: none"> • MOCA. EVALUACIÓN DE CAPITAL DE

	RECUPERACIÓN: Brief Assessment of Recovery Capital (BARC-10)
Tratamiento individual	<ul style="list-style-type: none"> • TRATAMIENTO CC.
Control abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA). • Uso de pruebas de detección de consumo para control de abstinencia
Entreno habilidades de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Asertividad • Control del estrés • Control de la ira y otras emociones negativas • Solución de problemas o habilidades de comunicación
Recaídas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento role playing de situaciones críticas de recaídas
Tratamiento de juego patológico	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación específica: NODS, STAI, BDI y UPPS. • Terapia Cognitivo Conductual
Tratamiento de tercera generación	<ul style="list-style-type: none"> • Mindfulness • Terapia de aceptación y compromiso