

DESAFÍOS, BARRERAS Y OPORTUNIDADES DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS: UN ANÁLISIS DESDE EL TRABAJO SOCIAL

CHALLENGES, BARRIERS, AND OPPORTUNITIES OF CARE SYSTEMS FOR ADDICTIVE BEHAVIORS: AN ANALYSIS FROM SOCIAL WORK

Ángela Parrilla-Olmeda

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (Universitat de València).

Ángela Carbonell

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (Universitat de València).

Resumen: La atención a las conductas adictivas ha sufrido grandes transformaciones epistemológicas y prácticas, reflejando un proceso histórico complejo. En la actualidad, las conductas adictivas son un problema sociosanitario de gran envergadura. A pesar de la complejidad del fenómeno, han sido históricamente asociadas a un acto individual, voluntario y consciente. Por ello, la finalidad principal de esta investigación es analizar de manera crítica los desafíos, las barreras y oportunidades de los sistemas de atención a las conductas adictivas en la Comunidad Valenciana. Para alcanzar este objetivo, se emplea una metodología cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas. La muestra está constituida por cuatro personas con conductas adictivas y cuatro trabajadoras sociales con experiencia en este ámbito. Los resultados evidencian la presencia de brechas en las políticas públicas y en la intervención profesional, debido a la existencia de barreras estructurales, sociales y profesionales, así como a dificultades vinculadas con el modelo biomédico y la falta de autoeficacia. Frente a las deficiencias del sistema, se propone la construcción de sinergias colectivas entre los diferentes actores implicados, incorporando el Trabajo Social como disciplina indispensable en los equipos multidisciplinares de atención a las conductas adictivas.

Palabras Clave: conductas adictivas, políticas públicas, barreras, sinergias colectivas, Trabajo Social.

Abstract: Care for addictive behaviors has undergone major epistemological and practical transformations, reflecting a complex historical process. Currently, addictive behaviors are a major social and health problem. Despite the complexity of the phenomenon, they have historically been associated with an individual, voluntary and conscious act. Therefore, the main purpose of this research is to critically analyze the challenges, barriers and opportunities of the systems of care for addictive behaviors in the *anonymized*. To achieve this objective, a qualitative methodology is used through semi-structured interviews. The sample is made up of four people with addictive behaviors and four social workers with experience in this field. The results show the presence of gaps in public policies and professional intervention, due to the existence of structural, social and professional barriers, as well as difficulties linked to the biomedical model and lack of self-efficacy. Faced with the deficiencies of the system, we propose the construction of collective synergies between the different actors involved, incorporating Social Work as an indispensable discipline in multidisciplinary teams of attention to addictive behaviors.

Keywords: addictive behaviors, public policies, barriers, collective synergies, Social Work.

Referencia normalizada: Parrilla-Olmeda, A. y Carbonell, A. (2025). Desafíos, Barreras y Oportunidades de los Sistemas de Atención a las Conductas Adictivas: Un Análisis desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-23. Doi: 10.12960/TSH.2025.0008

Correspondencia: Ángela Carbonell. Email: Angela.Carbonell@uv.es

1. INTRODUCCIÓN

Las conductas adictivas representan una problemática compleja y multifacética que afecta tanto a personas como a comunidades enteras. El Plan de Acción sobre Adicciones (2021-2024) subraya que estas conductas no solo tienen implicaciones en la salud pública, sino que también están profundamente influenciadas por factores sociales, económicos y culturales, como la exclusión social, el desempleo o la desigualdad de género (Ministerio de Sanidad, 2022). Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2022), en los últimos años se ha producido un aumento significativo en el consumo de sustancias psicoactivas y en las admisiones a tratamiento por adicciones comportamentales. Este contexto exige sistemas de atención capaces de responder a la magnitud del problema, así como a las necesidades específicas de colectivos en riesgo, quienes enfrentan barreras adicionales para acceder a servicios adecuados (Damari *et al.*, 2021; Spalding, 2022).

A lo largo del tiempo, la percepción y el tratamiento de las conductas adictivas han evolucionado de manera significativa. Durante décadas, los enfoques punitivos y biomédicos han dominado la intervención, priorizando la culpabilización individual y dejando de lado las dimensiones sociales y estructurales del problema (Slapak y Grigoravicius, 2007). Sin embargo, el modelo biopsicosocial, impulsado por la OMS (2014), ha promovido una comprensión más integral que reconoce la influencia de los determinantes sociales de la salud. No obstante, en la actualidad todavía persisten barreras estructurales como la privatización de los servicios, barreras económicas relacionadas con el alto coste de los tratamientos, y barreras sociales derivadas del estigma hacia las personas con conductas adictivas (Friedman *et al.*, 2020; Tavakoli *et al.*, 2021). Estas limitaciones son especialmente acuciantes en colectivos como mujeres, personas con patología dual o miembros del colectivo LGTBIQ+, quienes se enfrentan no solo a la falta de recursos adaptados a sus necesidades, sino también dinámicas de exclusión social y estigmatización (Motyka *et al.*, 2022).

El Trabajo Social, con su enfoque interdisciplinario y centrado en la persona, es una disciplina esencial para abordar las conductas adictivas. Desde sus inicios, ha sido pionero en la intervención social en este ámbito, trabajando en prevención, tratamiento y reducción de daños (Torres *et al.*, 2009). Sin embargo, la irrupción de modelos biomédicos y la desvalorización institucional han relegado su papel a un nivel secundario, afectando a su capacidad de influir en las políticas públicas y los sistemas de atención (Heredia y Nebra, 2022). Esta marginación ha limitado la inclusión de enfoques integrales que reconozcan las dimensiones sociales y estructurales del problema. Pese a ello, investigaciones recientes subrayan la necesidad de integrar el Trabajo Social como un agente clave en la construcción de sistemas de atención inclusivos y sostenibles (Sixto y Olivar, 2018). En este sentido, la visión crítica del Trabajo Social adquiere una importancia clave en la investigación, ya que permite identificar las barreras estructurales, sociales y profesionales que afectan a los sistemas de atención, al tiempo que fomenta el análisis de las dinámicas de poder, la desigualdad y la exclusión que perpetúan estas problemáticas. Este enfoque crítico no solo promueve la creación de intervenciones transformadoras, sino que también contribuye a reforzar el papel del Trabajo Social como disciplina capaz de generar cambios significativos en las políticas públicas y en la configuración de servicios de atención de calidad (Bautista-Joaqui y Castillo-Niño, 2020).

Con todo, el presente estudio tiene como objetivo analizar los desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a las conductas adictivas desde el Trabajo Social, con especial énfasis

en los colectivos de riesgo. Este trabajo busca generar conocimiento aplicado para mejorar la equidad y la efectividad en las intervenciones. Este análisis no solo responde a la necesidad de adaptar los servicios a las demandas contemporáneas, sino que también busca aportar evidencia para la promoción de políticas públicas efectivas, alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente en las áreas de salud, bienestar y reducción de desigualdades (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2022).

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se basa en un enfoque cualitativo, idóneo para interpretar los fenómenos sociales a partir de los significados que las personas les atribuyen, y para comprender en profundidad sus vivencias, discursos y perspectivas (Hernández y Mendoza, 2018). Asimismo, se enmarca en un diseño descriptivo-interpretativo, cuyo objetivo es describir y obtener un conocimiento profundo sobre los sistemas de atención a conductas adictivas. Este diseño permite captar la complejidad del objeto de estudio y facilita el análisis detallado de las experiencias e interpretaciones de las personas usuarias y profesionales involucradas.

2.1. Participantes

Se empleó un muestreo no probabilístico, específicamente el método de muestreo discrecional o estratégico, en el que las personas fueron seleccionadas según las características relevantes para el estudio y el criterio profesional fundamentado (Mercado y Coronado, 2021). La muestra incluyó a usuarias y usuarios de servicios de atención a conductas adictivas, así como a profesionales con experiencia en este ámbito. En concreto, participaron cuatro trabajadoras sociales que ejercen su labor en servicios especializados en conductas adictivas en la Comunidad Valenciana (España). Por otro lado, se incluyó a cuatro personas usuarias de estos servicios, que fueron seleccionadas por presentar diversas realidades, como violencia de género, patología dual, sinhogarismo o pertenencia al colectivo LGBTQ+. Los detalles de la muestra se presentan en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Descripción de las profesionales participantes del estudio

Código	Género	Profesión	Recurso	Experiencia ¹
TS1	Mujer	Trabajadora Social	Centro de Día	24 años
TS2	Mujer	Trabajadora Social	UCA ²	18 años
TS3	Mujer	Trabajadora Social	UA ³	20 años
TS4	Mujer	Trabajadora Social	Asociación	2 años

Código ⁴	Género	Fase	Realidad	Experiencia ¹
Antonio	Hombre	Motivación	Sinhogarismo	6 meses
Lucía	Mujer	Motivación	Patología Dual	21 años
Mario	Hombre	Deshabitación	LGTBIQ+ y Patología Dual	9 meses
Esther	Mujer	Deshabitación	Violencia de género	1 año y 3 meses

Nota: ¹ Años de experiencia en la intervención con conductas adictivas.

² Unidad de Conductas Adictivas.

³ Unidad de Alcohología.

⁴ Los nombres empleados son ficticios con la finalidad de preservar la confidencialidad de los/as participantes y evitar la deshumanización de su historia vital.

2.2. Instrumentos utilizados

Se empleó la técnica de entrevista semiestructurada, ya que, como señala Ruiz (2012), esta herramienta facilita un acercamiento profundo a las percepciones, interpretaciones y experiencias de las personas entrevistadas, permitiendo explorar diversos puntos de vista y profundizar en sus vivencias particulares (Flick, 2022). Los guiones de entrevista fueron elaborados basándose en la literatura científica, con ajustes específicos según el grupo destinatario. Ambos guiones tenían como objetivo recopilar información detallada sobre los desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a conductas adictivas. En el caso de las profesionales, las preguntas se centraron en su visión experta sobre los servicios disponibles, el reconocimiento del Trabajo Social en este ámbito y su rol dentro del sistema. Por su parte, las preguntas dirigidas a las personas usuarias exploraron sus experiencias personales en los servicios, así como las dificultades que han enfrentado durante su recorrido en este contexto.

2.3. Procedimiento

La investigación se llevó a cabo durante el año 2024. Las entrevistas, con una duración aproximada de 40 minutos cada una, se realizaron en los espacios de trabajo o recursos de intervención pertinentes. Este estudio se desarrolló cumpliendo estrictamente con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y con las directrices éticas propias del Trabajo Social (Giménez, 2014). Dado que la investigación implicó la participación de seres humanos, se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes. Este procedimiento garantizó que estuvieran debidamente informadas sobre los objetivos y procedimientos del estudio, además de asegurar en todo momento la confidencialidad de sus datos personales.

2.4. Análisis de datos

Las entrevistas realizadas fueron transcritas y analizadas mediante la técnica de análisis de contenido, empleando procesos de codificación y categorización. El análisis de contenido, según López (2015), es una técnica de investigación compleja que combina la observación y el análisis

documental, permitiendo examinar tanto el contenido manifiesto como el latente de la comunicación.

Para organizar los resultados y hallazgos, se establecieron categorías siguiendo las recomendaciones de Hernández y Mendoza (2018). A cada categoría se le asignó un código identificador, consistente en etiquetas breves generadas a partir de la interacción con los datos (Vives y Hamui, 2021). Asimismo, siguiendo a Herzog (2016), y en concordancia con los planteamientos teóricos iniciales, las categorías de análisis se definieron mediante un proceso deductivo. En este estudio, las categorías apriorísticas fueron configuradas a partir del marco teórico que sustenta la investigación.

3. RESULTADOS

Se encontraron cinco categorías principales en relación con los desafíos, barreras y oportunidades de los Sistemas de Atención a las Conductas Adictivas: 1) barreras sistémicas, 2) barreras sociales, 3) brechas de la intervención profesional, 4) modelo biomédico, y 5) autoeficacia. Estas categorías se subdividieron en un total de 16 subcategorías, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Establecimiento de las Categorías y Subcategorías

Categorías	Subcategorías
Barreras sistémicas/ estructurales	Baja prioridad política de las conductas adictivas y escasa inversión
	Rigidez del sistema, carencia de recursos y espacios específicos
	Dificultades logísticas de los servicios existentes
Barreras personales	Largas listas de espera, escasas plazas y derivaciones con tiempo limitado
	Falta de conciencia y negación del problema
Barreras sociales	Creencias y percepción social de las conductas adictivas
	Estigmas
	Falta de comprensión y apoyo familiar
Intervención profesional	Relaciones sociales poco saludables y escasez de vínculos
	Sobrecarga asistencial y escasez de profesionales
	Limitada capacitación y especialización profesional
Modelo biomédico	Falta de coordinación profesional y escaso seguimiento
	Infrarrepresentación del Trabajo Social en los equipos
	Falta de prevención en conductas adictivas
	Deshumanización en la atención profesional
	Escaso reconocimiento y valoración del Trabajo Social

3.1. Barreras sistémicas o estructurales

La atención a las conductas adictivas se encuentra condicionada por las propias políticas públicas, debido a que estas no tienen en cuenta la voz de las personas afectadas en su diseño y elaboración.

3.1.1. Baja prioridad política de las conductas adictivas y escasa inversión

La escasez de recursos y financiación refleja la baja prioridad política otorgada a las conductas adictivas, limitando el desarrollo de planes, estrategias y presupuestos específicos. Todos/as los/as informantes coinciden en señalar la falta de conciencia y compromiso político, lo que perpetúa la invisibilidad de las personas afectadas y sus necesidades en el debate público. Como soluciones, las profesionales sugieren un mayor compromiso de los poderes públicos, una transformación epistemológica que aborde los aspectos socioculturales del fenómeno y una inversión acorde a la complejidad de las conductas adictivas.

«[...] creo que tienen una partida presupuestaria muy limitada, con respecto a otros problemas de salud, porque no se ha considerado un problema de salud prioritario» (TS2).

«[...] somos la última mierda, tanto adicciones como salud mental» (Lucía).

«[...] hay que incorporar una visión de necesidad, desde el ámbito sanitario y sociosanitario, de que esta realidad tiene que ser atendida desde una atención biopsicosocial e integral. Eso, como perspectiva, tiene que ir complementado con una inversión también acorde a las necesidades» (TS2).

3.1.2. Rigidez del sistema, carencia de recursos y espacios específicos

Los recursos de atención a las conductas adictivas tienden a ser muy rígidos y excluyentes, reflejando una falta de flexibilidad en la forma en la que se prestan los servicios. En este sentido, las trabajadoras sociales señalan que los dispositivos asistenciales no logran adaptarse a los cambios sociales y a la diversidad existente.

«A veces hay limitaciones: tienes que venir por la mañana, y si no vienes por la mañana... Entonces, es importante toda esa parte de tener más amplitud de horarios y mayor flexibilidad» (TS1).

«No están preparados para recibir a todo tipo de población, a toda la diversidad que existe. Sí que hay, por parte de algunos profesionales, voluntad, implicación, amplitud de miras. Pero, en general, el sistema se está adaptando; todavía no está preparado para atender toda la diversidad» (TS2).

Por consiguiente, las preocupaciones y necesidades específicas de los colectivos en riesgo, más allá de las conductas adictivas, no se consideran ni se atienden en los propios recursos.

«En mi opinión, a nivel general y, sobre todo, en los servicios y recursos ofrecidos por el Estado, tienen muchas cosas que mejorar, ya que no se suele dar una atención personalizada y especializada para el colectivo LGTBIQ+. Por tanto, las diferentes necesidades que tienen en común dicho colectivo no suelen ser atendidas» (TS4).

En este contexto, las profesionales proponen la creación de espacios específicos en los recursos para abordar las particularidades de las diversas realidades vinculadas al fenómeno. Además, las personas con patología dual sugieren un recurso especializado que integre la atención a la salud mental y las conductas adictivas.

«Ofrecer un espacio solamente para mujeres es muy beneficioso a lo largo del tratamiento, porque es un espacio seguro, un lugar donde las mujeres se pueden abrir más a la hora de exponer su situación, porque se sienten menos juzgadas» (TS2).

«Hace falta un recurso específico tanto para salud mental como para adicciones, porque va un poco de la mano en mi caso» (Lucía).

3.1.3. Dificultades logísticas de los servicios existentes

Existen dificultades logísticas en los servicios que condicionan el acceso y la continuidad de la atención. Las profesionales señalan que los recursos deben ser más cercanos, visibles y accesibles. Además, se destacan problemas en el desplazamiento, la falta de actividades saludables en zonas rurales o remotas, y la complejidad de los procesos burocráticos, lo que incrementa los sentimientos de desmotivación y desesperanza en las personas con conductas adictivas.

«[...] algunas de las Unidades de Conductas Adictivas no están con una accesibilidad directa como los Centros de Salud. Están por la parte de atrás, en un edificio anexo. En el que yo trabajé, había barreras arquitectónicas, escaleras... Para empezar, el acceso ya no es tan abierto, ¿no? Eso supone ya como una atención de segunda» (TS2).

«[...] hay bastantes pueblecitos incomunicados, sin transporte, y pacientes a los que les cuesta mucho venir» (TS3).

«Hay mucha burocracia. Al final, esto lo que te hace es tirar la toalla, como hay que esperar tanto» (Lucía).

3.1.4. Largas listas de espera, escasas plazas y derivaciones con tiempo limitado

La escasez de plazas disponibles, las largas listas de espera y el tiempo limitado de las derivaciones se configuran como dificultades notables en el inicio del proceso terapéutico. Las personas entrevistadas experimentan frustración y desgaste debido al largo proceso de espera, lo que provoca un deterioro y agravamiento de su enfermedad. Todos/as los/as informantes coinciden en la necesidad de aumentar el personal y ampliar los recursos disponibles para abordar este gran desafío.

«[...] entonces ya me dijo que vale, que me llamarían, pero al haber tanta lista de espera, pues tardaron como 6 meses [...]. Por todo eso, mi problema fue a más, la recaída fue más gorda. Yo acabé en la calle» (Antonio).

«[...] no hay acceso a los recursos, porque son muy limitados. Entonces, yo creo que habría que incrementar los recursos y los profesionales para poder dar respuesta a la demanda de la población» (TS2).

No obstante, existen situaciones de urgencia que se valoran para atender de manera prioritaria. De este modo, se intentan agilizar las largas listas de espera y facilitar el acceso a los recursos para los colectivos en riesgo.

«Toqué fondo, toqué muy fondo porque yo viví casi siete años de maltrato con el padre de mis hijos. Fue dejarlo con él, estaba muy hundida. Me separé y me volqué con el tema de las drogas [...]. Yo se lo dije a mi médica de la UCA: o me ingreso en un centro cerrado o me muerdo. Y así fue. Gracias a Dios, automáticamente, en dos semanas, y mira que hay listas de espera de un año y medio para entrar a ese centro» (Esther).

3.2. Barreras personales

El tratamiento de las conductas adictivas implica un cambio de vida, hábitos y relaciones sociales, lo cual está relacionado con el compromiso personal y la capacidad de las personas para enfrentar desafíos y alcanzar los objetivos establecidos.

3.2.1. Falta de conciencia y negación del problema

Todas las personas entrevistadas coinciden en que una de las barreras en su proceso ha sido la falta de conciencia de la enfermedad, la negación del problema y la falta de honestidad, ya que creían poder resolverlo sin ayuda externa.

«Yo buscaba ayuda, pero es que mi barrera era el no ser consciente, porque yo seguía yendo a los bares, seguía juntándome con esas personas. A lo mejor era que quería pedir ayuda, pero yo no ponía de mi parte» (Antonio).

«[...] no soy honesta, en todo, en mi vida personal, en todo. Llevaba como doble vida, ¿sabes? Igual venía aquí y decía: "si todo está bien, voy al gimnasio". Que sí, que de hecho iba al gimnasio, pero, en realidad, por la noche estaba hecha una mierda o igual bebía» (Esther).

3.3. Barreras sociales

La manera en que la comunidad contempla las conductas adictivas constituye uno de los principales desafíos percibidos. Las actitudes hacia las personas con conductas adictivas y hacia el propio tratamiento reflejan que este fenómeno sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad.

3.3.1. Creencias y percepción social de las conductas adictivas

Las trabajadoras sociales y las personas usuarias destacan la falta de conciencia social sobre las conductas adictivas. Las creencias y percepciones sociales están centradas en la normalización de ciertas conductas adictivas, las cuales no se consideran un problema social, sino más bien una forma de socialización. Por ello, las trabajadoras sociales subrayan la necesidad de priorizar la educación y la prevención para cambiar las creencias arraigadas y mejorar la percepción social de las conductas adictivas.

«[...] no se percibe la peligrosidad de las sustancias como el alcohol, como el juego... Y se normaliza el uso, de tal manera que nos encontramos con que, hasta que el trastorno no está en una etapa muy avanzada, no se pide ayuda» (TS1).

«La intervención se suele centrar en tratar el problema de la adicción una vez que haya surgido dicha enfermedad. Sin embargo, esta situación creo que podría mejorar si se dedicara más recursos y trabajo en programas de prevención y educación; tanto en menores, familiares, barrios marginales, como en profesionales de diferentes sectores» (TS4).

3.3.2. Estigmas

El estigma hacia las conductas adictivas afecta tanto a las personas que las padecen como a sus familias, profesionales, la comunidad e instituciones. Todos los informantes coinciden en que este estigma es una de las principales barreras para solicitar ayuda, ya que genera una mayor penalización social para los colectivos en riesgo.

«A la hora de decir que vas a Proyecto Hombre, por ejemplo, no lo cuentas porque decir que vas a Proyecto Hombre es... eres drogadicto» (Lucía).

«En el servicio en el que yo estoy, el 80% son hombres y un 20% mujeres. Todas las mujeres se enfrentan al estigma de la adicción junto con el estigma de ser mujer, y a veces, desde ahí, han sido juzgadas como malas madres» (TS1).

Consecuentemente, para abordar la interseccionalidad del estigma y concienciar sobre la multidimensionalidad del fenómeno, una de las personas entrevistadas propone aumentar la prevención universal desde edades tempranas mediante la implementación de una asignatura sobre conductas adictivas en el sistema educativo.

«Tenía que ser una asignatura obligada en la escuela [...]. Yo pienso que ahora es muy difícil concienciar a una persona ya de 60 o 70 años. Es difícil, pero que empiecen ya en la escuela, que no lo dejen para mañana» (Antonio).

3.3.3. Falta de comprensión y apoyo familiar

La familia puede ayudar a sensibilizar sobre la negación del problema, pero también puede ser un factor que impulse el abandono del tratamiento. Algunas trabajadoras sociales destacan la necesidad de trabajar más con el entorno familiar, ya que, a menudo, los familiares se desentienden del problema, no entienden la enfermedad ni saben cómo brindar apoyo adecuado. Esto genera

juicios de valor que resultan en una falta de comprensión y apoyo para las personas afectadas. Por ello, se considera esencial establecer protocolos más detallados y ofrecer formación para capacitar a las familias en el acompañamiento social, la gestión de la codependencia y la gestión emocional.

«Hace falta más trabajo con la familia [...]. Los familiares de las personas con adicción necesitan apoyo, explicarles que tienen que ayudarlos como si fuera cualquier otra enfermedad» (TS3).

«No se dieron cuenta mis hermanos de que yo estaba enfermo. No eran conscientes de que era una enfermedad. Yo estoy enfermo. No sabían cómo ayudarme. Yo por eso digo, es que me habéis castigado muy duramente, ¿sabes? Yo se lo decía, que estoy enfermo, que yo no quiero estar enfermo, que necesito ayuda y me habéis dejado en la calle, tirado» (Antonio).

3.3.4. Relaciones sociales poco saludables y escasez de vínculos

La escasez de vínculos, las relaciones sociales poco saludables y la falta de apoyo social son grandes obstáculos en el acceso y continuidad del tratamiento, ya que las personas temen la soledad al alejarse de su red social. La mayoría de los y las informantes indican que sus relaciones se han formado en torno a las conductas adictivas, lo que dificulta su proceso terapéutico. Para superar esta barrera, las trabajadoras sociales destacan la importancia de trabajar los factores sociales involucrados en las conductas adictivas.

«[...] si no tienes, cuando estás mal, en quién apoyarte, recurras otra vez a lo que tu cabeza ha aprendido, a evadirte con las sustancias» (Mario).

«Yo, en mi proceso, he sentido soledad [...]. Yo... tenía relaciones que son consumidores todos y yo creía que eran amigos y no son amigos» (Antonio).

«Hay que trabajar los entornos, las relaciones y también el sentido que tiene trabajar las necesidades sociales en el consumo de drogas u otros trastornos adictivos» (TS1).

3.4. Intervención profesional

Las conductas adictivas son un problema social complejo con efectos interrelacionados en diversos ámbitos. Esta dificultad genera barreras y desafíos en la intervención profesional, lo que limita la calidad de la atención ofrecida.

3.4.1. Sobrecarga asistencial y escasez de profesionales

Uno de los principales desafíos de los sistemas de atención a las conductas adictivas es la escasez de profesionales frente a la alta demanda de casos. Tanto las trabajadoras sociales como las personas usuarias abogan por aumentar el presupuesto para contratar más personal especializado en este ámbito.

«[...] las ratios de profesionales por personas que atienden deberían ser mucho menores. Es decir, yo, si llevo a 25 o 30 usuarios... es que claro, la atención va a ser muy limitada. Soy la única trabajadora social para un centro en el cual vienen 70 y tantas personas. Es decir, ¿qué soluciones tendría que haber? Más recursos, más profesionales para atender a las personas que están participando en nuestros servicios» (TS1).

3.4.2. Limitada capacitación y especialización profesional

La falta de formación y especialización de los profesionales en la atención a las conductas adictivas se percibe como una barrera clave. Las trabajadoras sociales destacan que la limitada capacitación afecta a todos los agentes involucrados, desde médicos/as de familia hasta especialistas en adicciones. Tanto las personas usuarias como las profesionales sugieren que se debe fortalecer la especialización en áreas como identidad sexual, patología dual, género, migración, jóvenes y nuevas conductas adictivas.

«Según mi experiencia, hay una deficiente o falta de formación específica en algunos profesionales, también en nuestra propia red de atención» (TS3).

«[...] no estamos preparados, hablo de mi dispositivo, por ejemplo, para trabajar con personas inmigrantes que, por supuesto, tienen muchos problemas adictivos» (TS1).

En este contexto, las personas con patología dual destacan la necesidad de especialización profesional, ya que, en muchas ocasiones, solo se abordan las necesidades de una de las patologías, sin considerar las de la otra.

«La primera etiqueta que me ponen a mí cuando me derivan... No, tal es que esto es una adicción y me sentí como solo un adicto. No sentí que a mis problemas previos se les hubiera dado valor, ¿sabes? Todo lo que yo arrastraba del duelo de mi abuela, la depresión [...]. Entonces, a mí se me trató, o la sensación de... no, esto es adicciones, adicción, al cajón de los adictos» (Mario).

3.4.3. Falta de coordinación profesional y escaso seguimiento

La falta de coordinación entre profesionales de distintos sistemas, especialmente con la red de salud mental y los Servicios Sociales, es uno de los principales desafíos en la atención a las conductas adictivas. Algunos/as informantes destacan experiencias de coordinación eficaz que les hicieron sentirse comprendidos, mientras que otros mencionan la falta de colaboración, lo que genera incertidumbre y desesperanza. Además, señalan la falta de seguimiento y la escasa frecuencia de visitas en los servicios públicos como barreras en la atención.

«[...] tendría que haber mucha más conexión con la red de salud mental. A veces parece que son dos redes diferenciadas, cuando en realidad muchas veces son las mismas personas las que están en una red y otra, pero no estamos hablando entre los profesionales. Es decir, yo reconozco que muchas veces hablar con la trabajadora/or social de la Unidad de Salud Mental es difícil y no se hace lo suficiente» (TS1).

«Servicios Sociales no ha pedido informes hasta hace nada a mi médica de la UCA cuando yo he dado positivo, cuando yo he recaído [...] eso me ha hecho a mí que yo... me volviera... que dijera no veo luz, no veo nada de luz. Nadie está pidiendo informes míos, nadie. Es muy duro» (Esther).

Para afrontar la falta de coordinación y el escaso seguimiento, las profesionales proponen soluciones como el establecimiento de protocolos específicos con la red de salud mental, la consolidación de una fórmula entre Servicios Sociales y los sistemas de atención a las conductas adictivas para garantizar que las personas reciban las prestaciones y un seguimiento adecuado, y la creación de espacios de diálogo entre profesionales especializados en conductas adictivas.

«Es necesario generar espacios de diálogo o de reuniones, donde pudiéramos saber qué es lo que está pasando, cuál es la realidad social desde mi dispositivo y desde los otros. Y desde ahí, que pudiéramos coordinarnos y darnos apoyo mutuo» (TS1).

3.4.4. Infrarrepresentación del Trabajo Social en los equipos

Existe una falta de trabajadores/as sociales en las Unidades de Conductas Adictivas. Las trabajadoras sociales destacan que, antes del traspaso de competencias a sanidad, jugaban un papel esencial a nivel municipal en el abordaje de las conductas adictivas. Sin embargo, después de este cambio, su figura se dejó de considerar como un pilar dentro del sistema, ya que no se reconocía la importancia del área social en este contexto. Las profesionales reivindican su papel como promotoras de la salud, encargadas del trabajo grupal y familiar, de los recursos comunitarios, la prevención y sensibilización. A pesar de su rol polivalente, afirman que la sociedad sigue vinculando la profesión a un rol meramente prestacional.

«El Trabajo Social en las UCAS está infradotado; si había 35 o 37 UCAS, hemos sido solo 5 trabajadores sociales durante años» (TS3).

«El papel fundamental del Trabajo Social es luchar por los derechos de las personas con adicciones, defendiendo el acceso equitativo a los servicios de tratamiento y apoyo, así como luchando contra el estigma y la discriminación asociados a las adicciones» (TS4).

3.5. Modelo biomédico

La preeminencia del modelo biomédico en el tratamiento de las conductas adictivas ha llevado a intervenciones centradas principalmente en los factores biológicos y en aliviar los síntomas, sin abordar la dimensión social del problema.

3.5.1. Falta de prevención en conductas adictivas

La detección temprana y la prevención deben ser una prioridad. Las trabajadoras sociales destacan la falta de campañas de sensibilización y la escasez de Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas. Además, señalan la necesidad de implementar prevención primaria en el ámbito sanitario, enfocada en la gestión emocional para evitar que las conductas adictivas sean una forma de ocultar el malestar. Las profesionales subrayan la importancia de incluir a las personas afectadas en el diseño y ejecución de las iniciativas de sensibilización.

«El problema realmente es que no hay UPCCA [...]. Si hay 30 municipios, pues solo en uno, que es Alcoy, con mayor población, el Ayuntamiento ha puesto un servicio de Unidad de Prevención de Conductas Adictivas» (TS3).

«Yo diría que falta prevención, sobre todo en la gestión emocional, porque al fin y al cabo pienso que yo recurro a la sustancia cuando no he tenido nada más alrededor. No he tenido nada, porque no lo he gestionado bien y recurro a esto» (Mario).

3.5.2. Deshumanización en la atención profesional

Las profesionales afirman que se han producido numerosas transformaciones en la percepción de las conductas adictivas, lo que ha influido en la provisión de servicios. Destacan un cambio en las conductas que generan la demanda y en el perfil de las personas afectadas, que ahora son más jóvenes y presentan comorbilidad psiquiátrica. Además, resaltan una mayor profesionalización en el ámbito, marcada por el uso de herramientas avanzadas, una visión más integral, atención personalizada y prácticas éticas más rigurosas. Este cambio responde a un nuevo paradigma epistemológico y metodológico que reemplaza los enfoques coercitivos y restrictivos por modelos motivacionales y biopsicosociales.

«Cada vez se tiene una mirada más holística hacia la problemática de las adicciones. Es decir, no solo se tiene en cuenta dicho problema, sino también los diferentes factores internos y externos a la persona, como la familia, el entorno, el empleo, las relaciones sociales» (TS4).

No obstante, aunque el paradigma biopsicosocial ha ganado terreno, aún no se ha consolidado por completo, y sigue predominando el modelo biomédico. Como resultado, las personas usuarias perciben la atención de los/as profesionales del sistema sanitario como deshumanizante, distante y fría, con la presencia de juicios de valor.

«Por ejemplo, con los psicólogos y psicólogas de la Seguridad Social. A mí me vio una vez y me dijo, como le dije que estaba yendo a uno privado, entonces no te pueden ver dos psicólogos, mejor que ni vengas» (Lucía).

«Cuando yo fui a mi médico de cabecera porque me citó para darme la revisión de la baja, para darme el papelito y tal, él tenía preparado el teléfono de la UCA y casi sin mirarme a la cara, me dijo, toma, lo que tienes que hacer es llamar aquí» (Mario).

3.5.3. Escaso reconocimiento y valoración del Trabajo Social

El Trabajo Social ha perdido reconocimiento en el ámbito de las conductas adictivas debido a la influencia de las perspectivas biomédicas. Aunque es valorado por profesionales del equipo multidisciplinar, existe desconfianza por parte del entorno familiar y una infravaloración institucional. Sin embargo, las personas entrevistadas reconocen y valoran positivamente el papel del Trabajo Social en esta área.

«No está suficientemente reconocido. Creo que dentro de los equipos sí hay un reconocimiento [...], pero no así desde el punto de vista institucional. Ahí hay más dificultades a la hora de reconocer, sobre todo desde el ámbito estrictamente público» (TS2).

«En cuanto a la intervención con la familia, también he podido detectar al principio un rechazo hacia la figura de Trabajo Social, porque consideran que no pueden aportarles nada si no es un profesional especializado o especializada en psicología» (TS4).

«Hay muchas cosas que no solo son la medicalización o la terapia. O sea, es la prevención, es el entorno, ¿sabes?, es la sociedad [...]. Hay mucha desestructura que no sabemos gestionar y ahí están las trabajadoras sociales» (Mario).

En este contexto, las profesionales identifican como un desafío la dificultad para promocionar adecuadamente la labor del Trabajo Social, planteando la necesidad de incrementar la investigación, la divulgación y la participación activa en congresos.

«Vendemos muy poco nuestro trabajo. Creo que nos cuesta salir a congresos, nos cuesta salir desde la investigación. A veces peleamos mucho por la gente para la que estamos trabajando, pero a la vez nos cuesta trabajar para nosotras mismas y para defender la imprescindible labor que hacemos» (TS1).

4. DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido examinar en profundidad los desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a las conductas adictivas en la Comunidad Valenciana. La metodología cualitativa empleada ha sido fundamental para captar la complejidad de este fenómeno, al integrar tanto la perspectiva profesional como la experiencia de las personas usuarias. Esta aproximación ha facilitado la identificación de transformaciones en la percepción social de las conductas adictivas y en los modelos de intervención, revelando la necesidad de adaptar los servicios a una realidad cada vez más diversa.

En este contexto, las entrevistas realizadas con las trabajadoras sociales han evidenciado cambios significativos en el perfil de las personas que acceden a los recursos de atención, así como en las conductas adictivas que generan demanda. Este hallazgo subraya la necesidad de ajustar los servicios y programas para responder a la diversidad de realidades y necesidades específicas, tal y como establece la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017). En esta línea, se observa una evolución en la intervención en conductas adictivas, donde las acciones se desarrollan en base al código deontológico, la evidencia científica y se implementan conforme a estándares de calidad. Esto coincide con los valores establecidos en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024 (Ministerio de Sanidad, 2022), el cual establece que las intervenciones deben estar empíricamente contrastadas y científicamente fundamentadas. De manera análoga, el estudio esclarece la existencia de una transformación epistemológica que apuesta por la adopción de un modelo biopsicosocial, que incorpora factores individuales, sociales y ambientales en la comprensión de las adicciones. Apud y Romaní (2016) destacan que este enfoque ha permitido una mayor atención a las dinámicas relacionales y al contexto en el que surgen las conductas adictivas. No obstante, aún persisten barreras que limitan su implementación. Como señalan Castilla *et al.* (2017), el modelo biomédico continúa

predominando en las intervenciones, lo que resulta en una atención fragmentada e insuficiente para abordar la complejidad inherente a las conductas adictivas.

Respecto a las barreras percibidas y posibles soluciones dentro del sistema de atención, se observa que el modelo biomédico no solo restringe la efectividad de los tratamientos, sino que también acentúa otras dificultades relacionadas con la autoeficacia, las limitaciones estructurales y las barreras sociales y profesionales (Autoras, 2020). En este sentido, Saloner y Le Cook (2013) identifican las barreras financieras como uno de los principales factores que generan desigualdades en el acceso a los servicios de adicciones. Sin embargo, en la presente investigación, este factor no se presenta de manera tan evidente, lo cual podría explicarse por la cobertura más amplia de la red pública de atención en la Comunidad Valenciana, en contraste con los modelos asistenciales de otros países.

Desde una perspectiva estructural, los hallazgos reflejan la escasa prioridad política otorgada a la esfera de las conductas adictivas. Esto concuerda con el estudio de Malik y Khan (2016), el cual afirma la existencia de una partida presupuestaria muy limitada para abordar la complejidad de dicho fenómeno. Además, las largas listas de espera, la falta de flexibilidad horaria y las dificultades logísticas de los servicios son obstáculos recurrentes que afectan la continuidad de los tratamientos, tal como lo han señalado investigaciones previas (Cumming, 2016; Palad y Snyder, 2019; Madras *et al.*, 2020). En este contexto, se subraya la importancia de la implicación de los poderes públicos y el incremento de la inversión para superar las barreras estructurales en la atención a las conductas adictivas. A este respecto, Appel *et al.* (2009) proponen medidas concretas como la descentralización de los servicios, el financiamiento del transporte para personas en zonas rurales y el fortalecimiento de la atención comunitaria.

Desde el punto de vista social, la baja percepción del riesgo y la normalización del consumo en determinados entornos representan desafíos significativos, tal como lo señala la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. A esto se suma el estigma social, identificado en este estudio como una de las principales barreras que impiden a muchas personas buscar ayuda por miedo a ser discriminadas en sus espacios familiares, laborales y comunitarios, hallazgo que coincide con la investigación de Apsley (2023). En consonancia con esta problemática, se ha observado una relación directa entre el estigma y la deshumanización en la atención profesional dentro del sistema sanitario, lo que impacta negativamente en la calidad del trato recibido por las personas con conductas adictivas. Autores como Carusone *et al.* (2019) y Boekel *et al.* (2013) evidencian que esta estigmatización es generalizada dentro del ámbito médico, lo que refuerza las barreras de acceso al tratamiento. Para contrarrestar este fenómeno, se propone la implementación de estrategias preventivas en los ámbitos educativo, sanitario y comunitario, con el objetivo de modificar percepciones erróneas y fomentar una visión más comprensiva y libre de prejuicios. En esta línea, Yépez *et al.* (2022) abogan por la construcción de una cultura de prevención que evite la criminalización y la culpabilización de las personas con conductas adictivas, promoviendo una intervención basada en el respeto y la dignidad. Asimismo, la educación emocional se señala como una herramienta clave en la prevención, contribuyendo al fortalecimiento de factores protectores que reducen el riesgo de desarrollar adicciones (Villanueva y Alapont, 2017).

Por otro lado, la investigación ha puesto en evidencia la ausencia de vínculos sociales y la falta de apoyo familiar como una dificultad ostensible en el proceso terapéutico. Tavakoli *et al.* (2017) destacan que el respaldo de la red social y familiar no solo incrementa la motivación para bus-

car ayuda, sino que también favorece la adhesión al tratamiento. No obstante, Martínez (2016) sostiene que, en diversas circunstancias, las familias carecen de conocimientos para brindar un apoyo adecuado. En este sentido, los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer el trabajo con el entorno familiar y comunitario, promoviendo intervenciones que ayuden a las personas afectadas a comprender su realidad desde una perspectiva más amplia y menos individualizada (Calvo y Avilés, 2007).

A nivel profesional, los resultados evidencian la insuficiencia de recursos humanos y materiales, lo que limita la eficacia de la intervención y reduce la capacidad de los servicios para garantizar un seguimiento adecuado. Hoge *et al.* (2013) identifican esta escasez como un problema recurrente en los sistemas de salud, mientras que Barahona (2016) señala que la sobrecarga laboral y la excesiva burocracia contribuyen al desgaste del personal, afectando directamente la calidad de la atención. Asimismo, Chia y Mashika (2021) evidencian la falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales, lo que genera discontinuidades en la atención y dificulta la derivación efectiva de casos. Todo ello, en consonancia con los hallazgos de esta investigación, resalta la necesidad de incrementar el número de profesionales cualificados, mejorar sus condiciones laborales y reducir las ratios de atención para garantizar un abordaje más personalizado. De igual forma, para hacer frente a la deficiente coordinación y el escaso seguimiento, la investigación de Molina *et al.* (2016) subraya la importancia de implementar protocolos de coordinación sociosanitaria. En esta línea, el presente estudio aboga por la creación de un protocolo específico que articule la red de salud mental con los servicios de atención a las conductas adictivas, así como por el desarrollo de estrategias colaborativas entre estos y los Servicios Sociales. Además, como medida complementaria para mejorar la coordinación y fortalecer el trabajo interdisciplinar, se propone la consolidación de espacios de diálogo entre profesionales especializados/as en esta área.

Por otro lado, se ha identificado que la negación del problema, la falta de conciencia y la ausencia de honestidad constituyen barreras significativas en el tratamiento de las conductas adictivas, lo que coincide con la literatura científica previa (Perumbilly *et al.*, 2019; Stanojlovic y Davidson, 2021). Para hacer frente a estas dificultades, Villanueva (2017) propone estrategias orientadas al fortalecimiento de habilidades interpersonales e intrapersonales, como un mayor autoconocimiento, una autoestima consolidada, un autocontrol efectivo, destrezas en la resolución de conflictos y una adecuada valoración de alternativas.

Asimismo, se han identificado diversas barreras que enfrentan los colectivos en riesgo en relación con las conductas adictivas. En primer lugar, se observa una gran rigidez en los servicios de atención, los cuales, al establecer criterios que configuran perfiles específicos, excluyen a quienes no se ajustan a esos patrones preestablecidos. En consecuencia, los colectivos en riesgo experimentan la sensación de no encajar en los recursos disponibles, percibiendo que sus necesidades particulares no son valoradas ni tenidas en cuenta dentro de los sistemas de atención. En este sentido, el estudio de Jones (2000) clarifica que las conductas adictivas se han conceptualizado desde una perspectiva individualista, sin dar cabida a la discriminación ni a las dinámicas de opresión institucional. En este contexto, los dispositivos asistenciales no se ajustan a la diversidad de realidades existentes, lo que responde a la falta de consideración de la interseccionalidad de las identidades sociales y de los factores ecológicos que influyen en esta problemática social (Standley, 2020). Así, nos encontramos con servicios configurados en función de las necesidades y perspectivas masculinas (El-Bassel y Strathdeed, 2015), con profesionales formados/as

para aplicar prácticas heteronormativas (Anhalt *et al.*, 2003; Røndahl, 2011), y con recursos que no abordan de manera integrada las diferentes necesidades asociadas a la patología dual (Calderón, 2021). Todo ello culmina en una atención de baja calidad y en un estigma más pronunciado hacia los colectivos en riesgo con conductas adictivas. Por tanto, para abordar estos obstáculos adicionales, esta investigación propone la creación de espacios concretos dentro de los servicios para abordar las particularidades de las diversas realidades, la consolidación de un recurso específico para las personas con patología dual, el fortalecimiento de la capacitación en conductas adictivas para los profesionales del sistema sanitario, así como la incorporación de especialidades profesionales en áreas como la identidad sexual y el género, con el fin de evitar prácticas que puedan ser percibidas como insensibles o discriminatorias (Lloyd y Mowbray, 2016).

Finalmente, los resultados de la investigación subrayan que el Trabajo Social juega un rol clave en la defensa de los derechos de las personas con conductas adictivas, promoviendo su inclusión mediante un enfoque interdisciplinario con las familias, las instituciones y la comunidad. La literatura científica reconoce que el Trabajo Social ha sido pionero en el abordaje de las conductas adictivas, contribuyendo de manera significativa al diseño e implementación de estrategias de intervención (Torres *et al.*, 2009). Sin embargo, el estudio de Asensio (2023) coincide con nuestros hallazgos, al señalar que, pese a su relevancia, ha existido una progresiva desvalorización de esta disciplina dentro del ámbito institucional, lo que ha resultado en la ausencia del Trabajo Social en muchos centros y servicios de atención a las conductas adictivas (Chia y Mashika, 2021). Esta situación plantea un reto importante para fortalecer y promover el rol del Trabajo Social en este contexto. Además, esta preocupación es respaldada por el estudio de Sixto y Olivar (2018), quienes destacan la urgente necesidad de aumentar tanto la investigación como la divulgación de la disciplina para visibilizar y reivindicar su función esencial en el tratamiento de las conductas adictivas.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, varias son relevantes. En primer lugar, la coordinación con trabajadores sociales de distintos recursos de atención a las conductas adictivas representó un desafío importante, dado que la mayoría de los servicios enfrentan una escasez de profesionales y una sobrecarga asistencial significativa, lo que limitó la disponibilidad de las personas participantes. Como resultado, una de las entrevistas tuvo que realizarse por escrito debido a la alta carga de trabajo de la profesional. Asimismo, la inclusión de la perspectiva de las personas afectadas por conductas adictivas, si bien enriqueció el estudio con experiencias valiosas, también presentó un desafío adicional. Algunas participantes revivieron situaciones dolorosas, lo que ocasionó bloqueos emocionales que requirieron un enfoque especialmente sensible y empático a lo largo del proceso. Finalmente, otra limitación importante fue el reducido número de estudios que abordan las conductas adictivas en colectivos en riesgo desde la perspectiva del Trabajo Social. La mayoría de las investigaciones existentes tienden a ver las conductas adictivas como un fenómeno individual y voluntario, sin abordar de forma crítica las dinámicas sociales, institucionales y políticas que perpetúan la exclusión y marginalización de estos colectivos.

Por ello, esta investigación tiene como objetivo visibilizar las estructuras de dominación subyacentes en los problemas sociales, en este caso en las conductas adictivas, promoviendo un cambio en la concepción del fenómeno mediante una visión holística que va más allá de la individualidad. Este estudio se configura como un análisis crítico del sistema, además de una reivindicación del rol político del Trabajo Social como disciplina promotora del cambio. También actúa como una denuncia institucional sobre la desvalorización de la profesión en el ámbito de las conductas

adictivas, exigiendo su incorporación en todos los equipos multidisciplinares para asegurar una atención integral a las personas y sus familias. En este contexto, los/as trabajadores/as sociales no deben ser vistos únicamente como proveedores de recursos, sino como agentes de cambio que, a través de la intervención social, fomentan el fortalecimiento y la participación activa de las personas y familias en los procesos de tratamiento. En consecuencia, este estudio debe servir como un estímulo para futuras investigaciones en el Trabajo Social sobre la interseccionalidad de las conductas adictivas, las identidades sociales y los sistemas de poder. Es imprescindible visibilizar las dinámicas de opresión, fomentar la producción teórica propia y resaltar la importancia de la disciplina en el ámbito de las conductas adictivas.

5. CONCLUSIONES

Esta investigación identifica cinco barreras clave en los sistemas de atención a las conductas adictivas. En primer lugar, se encuentran las barreras sistémicas, derivadas principalmente de la falta de compromiso político por parte de las instituciones. En segundo lugar, se destacan las barreras sociales, que provienen del estigma, la percepción social negativa de las conductas adictivas y la ausencia de una red de apoyo efectiva. A continuación, las barreras profesionales están relacionadas con la limitada capacitación y especialización del personal encargado de la atención. En cuarto lugar, se encuentra la persistencia del modelo biomédico, que contribuye a la deshumanización y vulneración en la atención. Finalmente, se identifican barreras vinculadas a la autoeficacia, como la falta de conciencia, negación del problema, escaso compromiso personal y la falta de honestidad en el proceso de intervención. En conjunto, estas barreras revelan una brecha significativa en las políticas públicas y en la intervención profesional en el ámbito de las conductas adictivas.

Estos hallazgos nos permiten abordar una de las preguntas clave de la investigación: ¿Existen redes de atención amplias, consolidadas, diversificadas y accesibles para toda la comunidad en relación con las conductas adictivas? El estudio muestra que la red de atención disponible es limitada, marcada por una escasa voluntad política, lo que perpetúa la falta de una atención integral y adecuada para las personas afectadas por estas conductas. Por tanto, es fundamental que los/as trabajadores/as sociales adopten un papel activo en la agenda política, aportando su conocimiento experto sobre las necesidades sociales, para que se diseñen políticas públicas específicas y efectivas en materia de adicciones. En este sentido, la investigación señala que las políticas en este ámbito, a menudo, no incorporan la voz de las personas afectadas ni de los profesionales especializados. Por ello, se proponen futuras líneas de intervención basadas en las oportunidades y alternativas identificadas por los y las participantes del estudio.

A nivel estructural, se destaca la necesidad de una transformación epistemológica que ponga énfasis en los factores sociales, culturales y ambientales que influyen en las conductas adictivas, reconociendo la interseccionalidad de las distintas categorías sociales. Las políticas públicas sobre adicciones deben, por tanto, basarse en un diagnóstico social previo a su formulación e implementación, para garantizar una cobertura adecuada de necesidades y una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas. Este cambio de enfoque debe ir acompañado de un compromiso político materializado en una inversión proporcional a las necesidades detectadas.

De forma paralela, esta transformación epistemológica también implica un cambio metodológico, consolidando servicios que sean flexibles y sensibles a las especificidades de las diversas

realidades asociadas a las conductas adictivas. Para ello, es crucial fortalecer la formación especializada del personal de atención y promover programas de habilidades sociales que favorezcan un enfoque centrado en la persona. Además, para abordar el doble estigma que enfrentan los colectivos en riesgo de adicciones, se subraya la importancia de implementar programas de prevención que incluyan prácticas emocionales y habilidades sociales, siempre con la participación activa de las personas afectadas en su diseño y ejecución. El trabajo con el entorno familiar, social y comunitario también debe recibir especial atención. En este contexto, el Trabajo Social juega un papel esencial en la comprensión y abordaje de las necesidades sociales, familiares y comunitarias, así como en la prevención y el trabajo en red. Es fundamental mejorar la coordinación entre los profesionales de distintos sistemas de protección social, mediante la implementación de protocolos de coordinación y espacios de diálogo.

En conclusión, las políticas públicas no pueden ser imparciales frente a las injusticias sociales. Por ello, es imperativo construir sinergias colectivas entre las personas afectadas, la sociedad en general, las instituciones y los/as profesionales, con el fin de lograr una atención integral mediante la consolidación de una red accesible, diversa y consolidada para la atención a las conductas adictivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anhalt, K., Morris, T. L., Scotti, J. R., y Cohen, S.H. (2003). Student perspectives on training in gay, lesbian, and bisexual issues: A survey of behavioral clinical psychology programs. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*(3), 255-263. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80038-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80038-X)
- Appel, P. W., Ellison, A. A., Jansky, H. K., y Oldak, R. (2009). Barriers to enrollment in drug abuse treatment suggestions for reducing them: Opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(1), 129-153. <https://doi.org/10.1081/ADA-120029870>
- Apsley, H., Vest, N., Knapp, K., Santos, A., Gray, J., Hard, G., y Jones, A. A. (2023). Non-engagement in substance use treatment among women with an unmet need for treatment: A latent class analysis on multidimensional barriers. *Drug and Alcohol Dependence, 242*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109715>
- Apud, I., y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions, 16*(3), 115-125. <https://doi.org/10.21134/haaj.v16i2.267>
- Asensio, I. (2023). Reflexión crítica sobre la desvalorización institucional de la profesión de Trabajo Social en el tratamiento de las adicciones. *Revista Servicios Sociales y Política Social, 40*(129), 51-66. <https://www.serviciosocialesypoliticassocia.com/reflexion-critica-sobre-la-desvalorizacion-institucional-de-la-profesion-de-trabajo-social-en-el-tratamiento-de-las-adicciones->

Autoras. (2020).

- Barahona, M. J. (2016). *El Trabajo Social: Una disciplina y profesión a la luz de la historia*. Universidad Complutense Madrid.
- Bautista-Joaqui, H. E., y Castillo-Niño, J. V. (2020). Trabajadora/e/s Sociales como sujetos políticos, una apuesta desde la reconceptualización latinoamericana. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* (9), 49-59. <https://doi.org/10.6018/azarbe.441971>
- Boekel, L. C., Brouwers, E., Weeghel, J. V., y Garretsen, H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 23-25. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Calderón, C. (2021). El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales. *Norte de Salud Mental*, 17(65), 34-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8047262>
- Calvo, H., y Avilés, A. (2007). *Intervenir con familias desde los centros de día*. PATIM y ASECEDI. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/IntervencionFamilias.pdf>
- Carusone, S. C., Guta, A., Robinson, S., Tan, D. H., Cooper, C., O'Leary, B., Prinse, K., Cobb, G., Ushur, R., y Strike, C. (2019). «Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care? -hospital care experiences of people who use drugs». *Harm Reduction Journal*, 16, 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7>
- Castilla, C., Villamarín, S., Vicente, A. D., y Berdullas, S. (2017). El declive de la atención en las adicciones. *INFOCOP*, 77, 3-7. <https://www.cop.es/infocop/pdf/2856.pdf>
- Chia, F., y Mashika, E. (2021). Access to drug treatment services in Nigeria: The challenge of the addiction workforce. *Journal of Substance Use*, 28(3), 367-370. <https://doi.org/10.1080/14659891.2022.2047809>
- Cumming, C., Troeung, L., Young, J. T., Kelty, E., y Preen, D. B. (2016). Barriers to accessing methamphetamine treatment: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 168, 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.001>
- Damari, B., Hajebi, A., y Hossein, M. (2021). Interventions for decreasing drug abuse and social problem in Iran's comprehensive mental and social health services. *Iranian Journal of Psychiatry*, 16(2), 238-242. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i2.5824>
- El-Bassel, N., y Strathdee, S.A. (2015). Women who use or inject drugs: An action agenda for women-specific, multilevel, and combination HIV prevention and research. *JAIDS, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 69, 182-190. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000000628>
- Flick, U. (2022). *An Introduction to qualitative research* (7th ed.). SAGE Publishing.

- Friedman, S. R., Krawczyk, N., Perlman, D. C., Mateu P., Ompad, D. C., Hamilton, L., Nikolopoulos, G., Guarino, H., y Magdalena, C. (2020). The opioid and overdose crisis as dialectic of pain, despair, and unilateral struggle. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.540423>
- Giménez, V. M. (2014). Cuestiones éticas en la investigación en Trabajo Social y estrategias para una investigación éticamente responsable. *Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 187-195. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198541>
- Heredia, C., y Nebra, J. (2022). Entre lo esencial y la subalternidad: Disputas del Trabajo Social en salud en contexto de pandemia desde una perspectiva de género. *Revista Debate Público*, 23, 60-69. https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2022/09/11_Heredia.pdf
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.
- Herzog, B. (2006). *Entender crimen y justicia. Métodos y técnicas de investigación social cualitativa en criminología*. Tirant lo Blanch.
- Hoge, M. A., Stuart G. W., Morris, J., Flaherty, M. T., Paris, M., y Golperud, E. (2013). Mental health and addiction workforce development: Federal leadership is need to address the growing crisis. *Health Affairs*, 32(11), 2005-2012. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0541>
- Lloyd, J., y Mowbray, O. (2016). Sexual orientation, treatment utilization, and barriers for alcohol related problems: Findings from a nationally representative sample. *Drug and Alcohol*, 161, 323-330. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.025>
- Madras, B. K., Ahmad, N. J., Wen, J., Sharfstein, J. S., y Prevention, Treatment and Recovery Working (2020). Improving access to evidence-based medical treatment for opioid use disorder: Strategies to address key barriers within the treatment system. *National Academy of Medicine*, 2020, 2-37. <https://doi.org/10.31478%2F202004b>
- Malik, M. A., y Khan, M. M. (2016). Economic burden of mental illness in Pakistan. *Community Health Sciences*, 19(3), 155-166. https://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_mc_chs_chs/301/
- Martínez, D. P. (2016). *Del tabú a la normalización. Familias, comunicación y prevención del consumo de drogas*. Edicions Bellaterra.
- Mercado, J. A., y Coronado, J. M. (2021). El muestreo y su relación con el diseño metodológico de la investigación. En Lerma, A., Guillermo, J., Martínez, M. C., González, L. E., Coronado, J. M., Barraza, A., Mejía, M. J., y Mercado, J. A., *Manual de Temas Nodales de la Investigación Cuantitativa. Un abordaje didáctico* (pp. 4-172). Universidad Pedagógica de Durango.
- Ministerio de Sanidad (2022). *Plan de Acción Sobre Adicciones 2021-2024*. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Editorial Secretaría General Técnica. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_ aprobada_CM
- Molina, A. J., González, J., Montero, F. J., y Gómez, J. (2016). La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, 26(1), 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.009>
- Motyka, M. A., Al-Imam, A., Haligowska, A., y Michalak, M. (2022). Helping women suffering from drug addiction: Needs, barriers and challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 2-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114039>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *Estadísticas 2022: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME>
- Palad, V., y Snyder, J. (2019). «We don't want him worrying about how he will pay to save his life Using medical crowdfunding to explore lived experiences with addiction services in Canada». *International Journal of Drug Policy*, 65, 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.12.016>
- Perumbilly, S. A., Melendez, T., y Anderson, S. (2019). Facilitators and barriers in treatment seeking for substance use disorders: Indian clinical perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 37(2), 240-256. <https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1530579>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2022). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
- Röndahl, G. (2011). Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Education Today*, 31(4), 345-349. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.003>
- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Saloner, B., y Le Cook, B. (2013). Blacks and hispanics are less likely than whites to complete addiction treatment, largely due to socioeconomic factors. *Health Affairs*, 32(1), 135-145. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0983>
- Sixto, A., y Olivar, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones: Recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26, 141-148. <https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/RES-26-andrea.pdf>
- Slapak, S., y Grigoravicius, M. (2007). «Consumo de drogas»: la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, 14, 239-249.
- Spalding, A. (2022). *The experiences of LGBQ clients accessing substance use treatment: Understanding barriers and facilitators through minority stress theory* [Tesis Doctoral, Alliant Inter-

national University]. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/experiences-lg-bq-clients-accessing-substance-use/docview/2758665468/se-2>

- Standley, C. J. (2020). Expanding our paradigms: Intersectional and socioecological approaches to suicide prevention. *Death Studies*, 46(1), 224-232. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1725934>
- Tavakoli, H., Lashkardoost, H., Afshari, A., Kaviyani, F., Akbarzadeh, M., Yousefnejad, Z., y Saadati, H. (2021). Perceived barriers to addiction treatment: An inductive qualitative content analysis. *Journal of Substance Use*, 27(5), 1-6. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1967482>
- Tavakoli, H., Niknami, S., Aminshokravi, F., y Hojjat, S. K. (2017). Effectiveness of the video-based education in the retention of addiction treatment. *Journal of Substance Use*, 22(3), 253-259. <https://doi.org/10.1080/14659891.2016.1182592>
- Torres, M. A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., y Álvarez, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- Torres, M. A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., y Álvarez, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España Contemporánea*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.
- Villanueva, V. J. (2017). *Diseño y evaluación de la eficacia de un programa de habilidades para la vida en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Santiago de Compostela.
- Villanueva, V. J., y Alapont, M. L. (2017). *La educación emocional en la prevención de las conductas adictivas*. Universidad Internacional de Valencia. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/informes-viu/la-educacion-emocional-en-la-prevencion-de-las-conductas-adictivas>
- Vives, T., y Hamui, L. (2021). La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación en educación médica*, 10(40), 97-104. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367>
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for Medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yépez, A. B., Yépez, A. J., Morales, D. C., y Urdaringo, J. P. (2022). Las drogas como problema social y educativo en los jóvenes de Quevedo. *Revista Publicando*, 4(1), 220-230. <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/382>