



Asociación L'Horta Nord para la rehabilitación
de las adicciones

Memoria

Actividad profesional del Centro de día
2025

Índice de contenidos

1. Descripción del espacio y ubicación de la Asociación AHNAR.....	5
2. Diseño metodológico del programa Centro de Día	5
3. Recursos	11
4. Datos de la actividad	12
5. Perfil de las personas usuarias	18
6. Evaluación del programa.....	23
7. Acciones de mejora	26

Introducción

Las conductas adictivas representan una situación que requiere de intervención inmediata. La evolución de los últimos años, junto con los nuevos escenarios, necesidades y particularidades surgidas tras la pandemia, ha puesto de manifiesto la creciente urgencia de llevar a cabo un trabajo integral y multidisciplinario para abordar este desafío. El contexto actual exige una respuesta adaptada y eficaz, más aún cuando los datos de las últimas encuestas y observatorios apuntan a tendencias complejas y nuevas realidades en el consumo y en las conductas adictivas.

Las cifras extraídas de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2024, la Encuesta ESTUDES 2025, y los informes más recientes del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) justifican la necesidad de continuar trabajando en la prevención y tratamiento de las conductas adictivas desde múltiples perspectivas.

Aunque en muchos indicadores generales se observan descensos en el consumo de sustancias clásicas entre adolescentes, como alcohol, tabaco y cannabis —que han alcanzado niveles mínimos históricos en algunos tramos de edad según ESTUDES 2025— el consumo sigue siendo muy relevante y plantea retos específicos. El alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida en el conjunto de la población adulta de 15 a 64 años, y el tabaco y cannabis se sitúan como sustancias de alta prevalencia en distintos subgrupos poblacionales.

En el caso juvenil, los datos de ESTUDES 2025 muestran reducciones significativas en la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en la última década, así como disminuciones notables en prácticas de riesgo como la borrachera o el consumo ocasional de estas sustancias. Esto contrasta con la persistencia del uso de cigarrillos electrónicos y vapers, que, aunque han descendido en algunos indicadores respecto a ediciones anteriores, siguen siendo una de las formas de consumo de nicotina más presentes entre jóvenes.

Respecto a otras drogas ilegales, el consumo de sustancias como cocaína, éxtasis o anfetaminas entre estudiantes sigue presentando prevalencias bajas pero estables, con edades de inicio que mantienen la tendencia a la precocidad.

Además, aunque en adolescentes las percepciones de riesgo han aumentado y hay una reducción en la accesibilidad efectiva de sustancias, en la población general de adultos la

percepción de disponibilidad sigue siendo notable para sustancias como el cannabis y otras drogas ilegales, lo que sugiere retos para las políticas de control de oferta y prevención.)

La importancia de las adicciones comportamentales ha cobrado mayor relevancia en los informes recientes, incluyendo conductas como el juego de azar presencial y online, el uso problemático de internet, videojuegos o redes sociales, y otros comportamientos potencialmente adictivos. La literatura especializada ya sitúa estas conductas en un marco epidemiológico que demanda atención de salud pública, dada su asociación con consumos de sustancias y con comorbilidad psicosocial.

Otro fenómeno relevante en el contexto de las adicciones es la comorbilidad entre los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales, hecho que exige intervenciones adaptadas y coordinadas. La evidencia señala que los trastornos por consumo a menudo coexisten con problemas de salud mental, requiriendo abordajes integrales que eviten fragmentaciones en los sistemas de atención y promuevan modelos de tratamiento continuos y coordinados.

A su vez, la perspectiva de género sigue siendo esencial en el tratamiento de las conductas adictivas. Es crucial reconocer cómo las representaciones socioculturales y los factores psíquicos específicos de cada género influyen en la aparición y desarrollo de las adicciones. Las mujeres y personas con otras identidades de género presentan factores de riesgo y barreras de acceso a tratamiento particulares que deben ser identificados y abordados de manera consciente en los tratamientos. Esto implica no solo detectar los problemas, sino también intervenir de forma adaptada a las necesidades concretas de cada persona.

En definitiva, contamos con información actualizada que nos permite entender la magnitud del problema y la importancia de mantener un trabajo constante y adaptado a la realidad de las conductas adictivas actuales. Este enfoque debe alinearse con las directrices de las autoridades sanitarias y los marcos estratégicos vigentes, como el Plan de Salud Mental y Adicciones 2023-2027, garantizando que las respuestas a esta problemática sean eficaces, contextualizadas y pertinentes para las diversas poblaciones afectadas.

1. Descripción del espacio y ubicación de la Asociación AHNAR

La Asociación AHNAR se encuentra ubicada en el municipio de Meliana.

La localidad cuenta con tres líneas de transporte público (línea 3 de metro Aeropuerto-Rafelbuñol, línea 16 de EMT, parada en Cases de Bárcena y una línea de autobús Valencia-Puzol) que facilita la comunicación y la accesibilidad al Centro.

El espacio en el que se realizan los programas de la Asociación consta de 400 m² distribuidos en diferentes espacios como son la recepción, 6 despachos, 3 salas y 3 baños distribuidos para mujeres, hombres y para personas con diversidad funcional.

2. Diseño metodológico del programa Centro de Día

El Programa de Centro de Día de AHNAR se configura como un recurso de carácter comunitario, fundamentado en el modelo Bio-Psico-Social, desde el cual se proporciona a la persona usuaria una intervención integral, estructurada y personalizada, ajustada a sus necesidades, capacidades y circunstancias específicas. Dicho programa garantiza una atención de calidad mediante la coordinación y el trabajo conjunto de un equipo interdisciplinar, orientado a la evaluación continua, la planificación individualizada de los procesos de intervención y la optimización de los resultados terapéuticos y de inclusión social.

2.1. Metodología

La intervención se articula desde un enfoque integrador, con predominio de los modelos Cognitivo-Conductual y Socioeducativo, orientados a la modificación de patrones desadaptativos de pensamiento y conducta mediante la aplicación sistemática de técnicas estructuradas, operativas y basadas en la evidencia científica.

El Programa se sustenta, entre otros, en el modelo de "Prevención de recaídas" de Marlatt y Gordon, que subraya el papel central de los procesos cognitivos en la génesis y mantenimiento de la conducta adictiva. Para el abordaje de los distintos contenidos terapéuticos se emplean metodologías y herramientas como la Terapia centrada en soluciones, la entrevista motivacional y las intervenciones basadas en

mindfulness, orientadas a potenciar la motivación para el cambio, la autorregulación emocional y la conciencia plena.

De forma complementaria, se aplican técnicas cognitivas específicas, entre las que se incluyen autoinstrucciones, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, distracción cognitiva, detención del pensamiento, resolución de problemas y reestructuración cognitiva. Asimismo, se incorporan técnicas conductuales como la relajación, la exposición gradual, el entrenamiento en autocontrol, el ensayo conductual de estrategias de afrontamiento, la identificación y gestión de refuerzos y la prevención de respuesta.

El programa contempla también el uso de recursos audiovisuales (cortometrajes, documentales, artículos de divulgación especializada, entre otros) y la realización de charlas y sesiones formativas impartidas por profesionales de diferentes ámbitos, en función de las necesidades detectadas y la disponibilidad de los especialistas.

Igualmente, se desarrollan salidas terapéuticas y actividades complementarias orientadas a la generalización de los aprendizajes y al fortalecimiento de la participación social.

De manera transversal, el Programa incorpora una perspectiva de género, reconociendo que las variables y desigualdades asociadas al género influyen en el inicio, desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas, así como en los procesos de deshabituación y reinserción social, por lo que son abordadas de forma específica y continuada.

La intervención se implementa mediante actuaciones psicológicas y sociales tanto a nivel individual como grupal y familiar, incluyendo atenciones en modalidad telemática, tutorías de seguimiento y cumplimiento, sesiones clínicas, reuniones técnicas de equipo para el análisis y supervisión de casos, así como una coordinación periódica y sistemática con las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y otros recursos especializados de la red asistencial.

2.2. Objetivo del Programa

Los objetivos del Programa son atender las necesidades de las personas con adicción en los distintos niveles de interacción contemplados en el modelo biopsicosocial, mediante la

aplicación de estrategias de intervención individualizadas y basadas en la evidencia, que faciliten la deshabituación, la prevención de recaídas, la reinserción social y la mejora de la calidad de vida, así como orientar y apoyar a los familiares, facilitándoles estrategias de apoyo a tratamiento de las personas con adicción.

2.3.Actividades

Las actividades se desarrollan en el marco de una intervención personalizada, articulada a través del Plan de Tratamiento Individual (PTI), con objetivos específicos definidos en cada una de las áreas de intervención.

2.3.1. Atención individual

- 2.3.1.1. Acogida:** Primer contacto orientado a la creación del vínculo terapéutico, detección de demandas iniciales y explicación del funcionamiento del recurso mediante escucha activa.
- 2.3.1.2. Valoración psicológica y social:** Evaluación integral mediante anamnesis para identificar necesidades, recursos, factores de riesgo y protección, que permita orientar el diseño del PTI.
- 2.3.1.3. Intervención individual:** Sesiones terapéuticas dirigidas a la modificación de patrones de consumo, pensamientos disfuncionales, regulación emocional y habilidades de afrontamiento.
- 2.3.1.4. Seguimiento y control terapéutico:** Tutorías de evolución, analíticas de detección de sustancias y coordinación con recursos especializados de la red de atención a las adicciones

2.3.2. Intervención familiar

Desde una perspectiva integral de la problemática de las adicciones, se reconoce el papel del sistema familiar como agente terapéutico clave y potencial factor protector en los procesos de cambio, rehabilitación y reinserción social.

- 2.3.2.1. Acogida y valoración familiar:** Entrevistas semiestructuradas orientadas a recoger la demanda, analizar la dinámica familiar y detectar necesidades que puedan influir en el proceso terapéutico.

2.3.2.2. Sesiones individuales con familiares: Intervención de apoyo y orientación para el desarrollo de estrategias de afrontamiento, comunicación eficaz y autocuidado.

2.3.2.3. Sesiones conjuntas familiar–persona usuaria: Espacios terapéuticos orientados a la mejora de las relaciones intrafamiliares, el establecimiento de acuerdos y medidas de contención externa, y la adaptación a los distintos estadios de cambio.

2.3.2.4. Grupos psicoeducativos de apoyo familiar: Intervención grupal dirigida a proporcionar información, apoyo emocional y herramientas para acompañar de forma adecuada el proceso de tratamiento y prevención de recaídas.

La intervención familiar se estructura en fases adaptadas al estadio de cambio de la Persona usuaria: motivación e implicación, apoyo a la preparación para la abstinencia, prevención de recaídas y apoyo a la reinserción.

2.3.3. Intervención grupal terapéutica y socioeducativa

2.3.3.1. Preparación a la abstinencia: Grupo dirigido a personas en estadios iniciales del cambio, centrado en el incremento de la motivación, la toma de conciencia y la adquisición de competencias básicas para el inicio de la abstinencia.

2.3.3.2. Prevención de recaídas: Intervención dirigida a personas en abstinencia, orientada a la identificación de situaciones de riesgo, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y el mantenimiento de los cambios logrados.

2.3.3.3. Habilidades personales: Entrenamiento en competencias emocionales, intrapersonales e interpersonales, favoreciendo la regulación emocional y las relaciones saludables.

2.3.3.4. Competencias personales y valores: Intervención socioeducativa orientada al desarrollo de habilidades para la vida y valores prosociales, reduciendo el riesgo de exclusión social.

2.3.3.5. Gestión del tiempo y competencias sociales: Grupo orientado a la estructuración del tiempo libre, el ocio saludable y el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario.

2.3.3.6. **Intervención específica con mujeres:** Talleres diferenciados en bienestar emocional y autonomía personal, desarrollados desde una perspectiva de género, orientados al fortalecimiento de la autoestima, la autonomía y la inserción social y laboral.

2.3.3.7. **Asamblea:** Espacio participativo que fomenta la corresponsabilidad, la convivencia y la implicación activa de personas usuarias y profesionales en el funcionamiento del programa.

2.3.4. Programa de Promoción de la Salud y autocuidados

El Programa de Promoción de la Salud tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, incrementando su control activo sobre la propia salud y fomentando hábitos de vida saludables como base del proceso de recuperación.

2.3.4.1. **Psicoeducación en adicciones y salud:** Talleres informativos sobre el funcionamiento del cerebro adicto, los efectos del consumo y la adopción de estilos de vida saludables.

2.3.4.2. **Hábitos de salud y autocuidado:** Intervenciones orientadas a la higiene del sueño, gestión de la asistencia sanitaria, prevención del abuso de psicofármacos y uso responsable de dispositivos electrónicos.

2.3.4.3. **Actividad física y bienestar:** Promoción de la actividad física adaptada y del deporte como herramienta de mejora de la salud física, emocional y social.

2.3.4.4. **Educación nutricional y autonomía personal:** Talleres de cocina saludable, planificación de menús y desarrollo de habilidades básicas para la vida diaria.

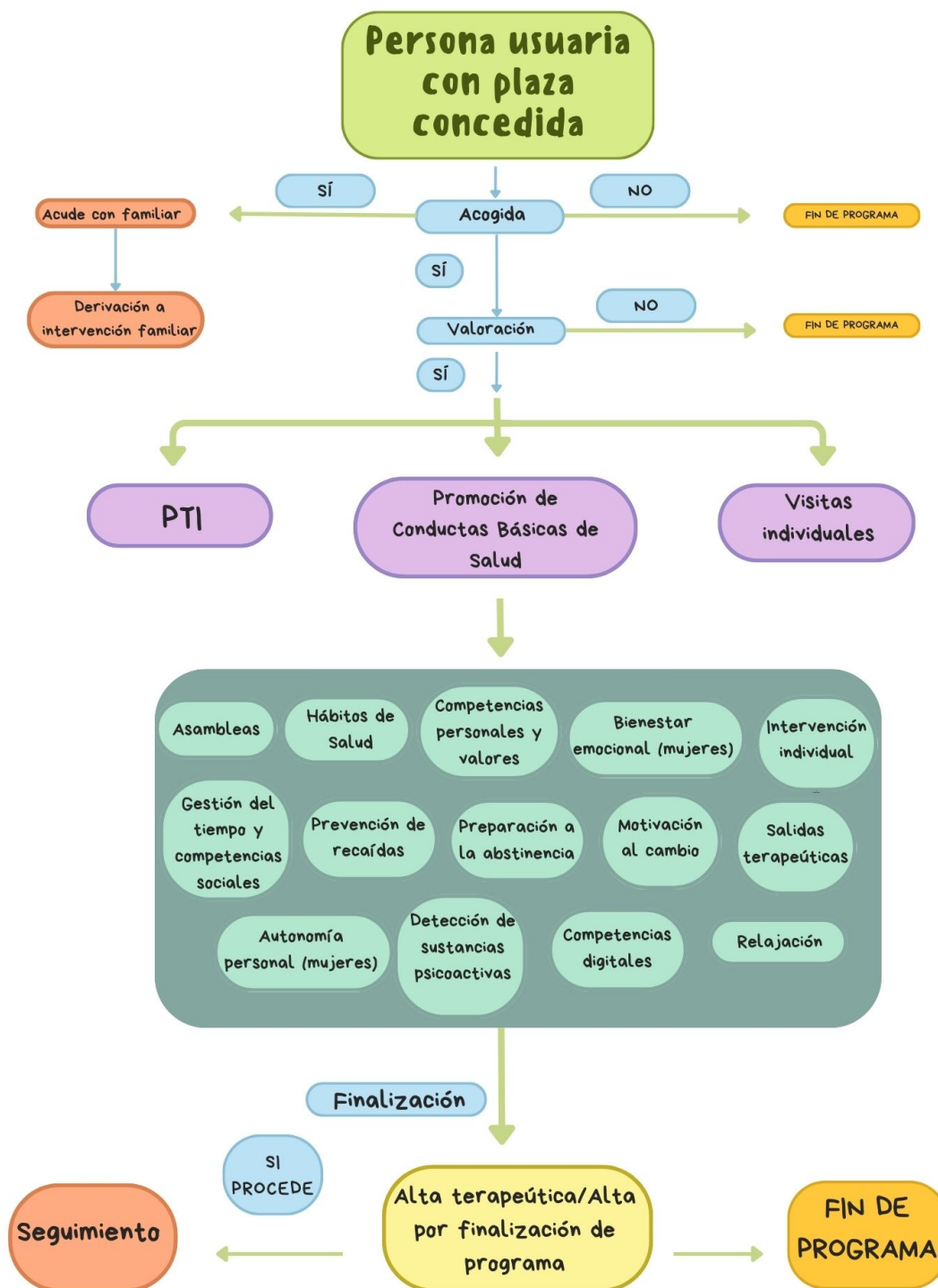
2.3.4.5. **Primeros auxilios y seguridad:** Formación básica para la actuación ante situaciones de emergencia.

2.3.4.6. **Promoción de la salud de la mujer:** Intervención específica con enfoque inclusivo, abordando la prevención, detección precoz y autocuidado en las distintas etapas de la vida.

2.3.4.7. **Trabajo en red y charlas especializadas:** Colaboración con entidades y profesionales externos para el abordaje integral de la salud (salud sexual, higiene dental, patología dual, uso de medicación, entre otros).

Las acciones iniciales de promoción de la salud se desarrollan prioritariamente en la fase de adaptación, integrándose posteriormente de forma transversal en las distintas fases del tratamiento.

2.4. Diagrama de proceso



2.5. Temporalización

La asociación mantuvo su actividad del 1 de enero a 31 de diciembre, de forma ininterrumpida (a excepción de festivos locales o nacionales), con horario de mañanas (de 9.00 a 14.30 hrs) y tardes (de 16.00 a 20.00 hrs).

El horario para las actividades del programa está distribuido de lunes a viernes de mañanas y tardes.

La intervención individual (acogida, valoración, sesiones individuales y conjuntas) se programó fuera de las horas de talleres grupales.

3. Recursos

3.1. Profesionales

El Centro de Día cuenta con profesionales acreditadas en formación y experiencia para desempeñar sus funciones en el ámbito de las adicciones: Sandra Muñoz Guillén, psicóloga y coordinadora del programa terapéutico y María López Navarro, trabajadora social. Como colaboraciones, se cuenta con Alicia Corell Sales, administrativa, que imparte el taller de competencias digitales, M^a Consuelo Esteve Durbá, Psicóloga apoyando desde Preparación a la abstinencia; Lucía Llatas Oficial, Educadora social, apoyando en el área social y desarrollando los talleres de habilidades cognitivas y de prevención del mal uso de las tecnologías. Finalmente, se contó con profesionales expertos/as en materia de promoción de la salud para realizar charlas puntuales (enfermera, médica de familia, deportistas profesionales, odontóloga, fisioterapeuta, etc.).

3.1. Materiales

El Centro de Día dispone de una superficie construida de 400 m², contando con los espacios, equipamiento e infraestructura adecuados para el desarrollo óptimo de su actividad asistencial y terapéutica.

El Centro se divide en diferentes áreas cumpliendo con la normativa vigente en materia de accesibilidad, condiciones higiénico-sanitarias, seguridad y prevención de riesgos laborales, conforme a la legislación aplicable:

- **Recepción:** dispone de 2 armarios, archivadores y material fungible, 2 mesas destinadas a la Junta Directiva y a la persona profesional administrativa, ambas mesas disponen de equipos informáticos e impresora. Además, dispone de 1 almacén para utensilios de limpieza
- **Despachos/salas:** 6 despachos para la atención a personas usuarias, provistos de equipos informáticos, armarios, tres impresoras, medios audiovisuales (televisión, ordenador portátil, proyector, entre otros) y el material fungible.
- **Salas:** 1 sala de pintura, provista de mobiliario y material necesario para el taller; 1 sala de informática con 7 ordenadores equipados con conexión a Internet y programas específicos; 2 salas de grupo con 15 sillas de paleta cada una, 2 pizarras digitales, 1 sala polivalente para reuniones, sesiones de intervención conjunta, despacho para estudiantes en prácticas, etc. El local cuenta además con una sala común con varias mesas y biblioteca.
- **Baños:** 3 baños distribuidos para mujeres, hombres y para personas con diversidad funcional.

4. Datos de la actividad

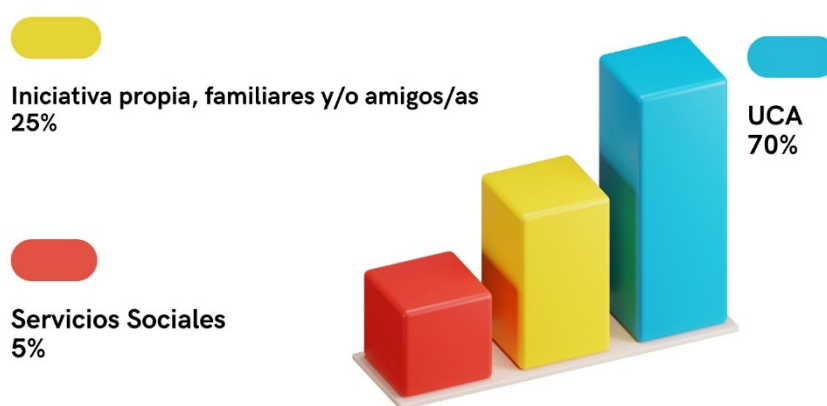
Los siguientes datos corresponden a la actividad terapéutica y profesional realizada, tanto de forma individual como en grupo y familiar durante el ejercicio 2025.

Los resultados son los siguientes:

4.1. Ingreso de nuevas personas usuarias

La principal vía de remisión en 2025 se mantiene respecto a ejercicios anteriores, siendo la UCA el recurso que ha derivado a un 70% de las personas atendidas. En segundo lugar, aumentan las personas que acudieron por iniciativa propia/familiares y/o amigos/as siendo estos un 25%. Y, en tercer lugar, se mantiene también la derivación de Servicios Sociales, con un 5%.

Derivaciones al CD Ahnar 2025



Gráfica 1: Vías de remisión de las personas usuarias

4.2. Personas usuarias derivadas a otros recursos

En 2025 se han realizado un total de **36 derivaciones** divididas en:

- Recursos para complementar el tratamiento como son los Centros de Salud, Unidades de Salud Mental, Servicios Sociales, Mujer 24 horas, etc.
- Recursos para responder a necesidades puntuales como son la UVAD, Agentes de Desarrollo Local, entidades donde complementar la reinserción sociolaboral, etc.

4.3. Intervenciones psicoterapéuticas

Durante el presente ejercicio se ha realizado las siguientes acciones terapéuticas:

- 4.3.1. Sesiones de acogida: 191 sesiones de acogida individual de información, orientación, asesoramiento y recogida básica de información. Tras la visita de acogida, la persona

usuaria puede pasar a valoración psicológica e incorporarse a tratamiento. Puede también finalizar la demanda en esa sesión informativa o derivación a otro recurso. En la mayoría de los casos, la visita de acogida ha derivado en demanda de tratamiento. En caso de ser antiguo usuario/a no se realizaba la acogida y pasaba directamente a visita de readmisión.

4.3.2. **Psicoterapias en grupo:** Durante este ejercicio se han realizado un total de **755 psicoterapias en grupo** para personas con problemas relacionados con adicciones tóxicas o juego finalizando con **3689 asistencias** repartidas en los siguientes grupos psicoterapéuticos:

- 4.3.2.1. **Habilidades personales**, 100 sesiones.
- 4.3.2.2. **Gestión del tiempo y competencias sociales**, 95 sesiones.
- 4.3.2.3. **Bienestar emocional para mujeres**, 51 sesiones.
- 4.3.2.4. **Autonomía personal para mujeres**. 51 sesiones.
- 4.3.2.5. **Prevención de recaídas**, 100 sesiones.
- 4.3.2.6. **Preparación a la abstinencia**, 194 sesiones.
- 4.3.2.7. **Promoción a la salud**, 49 sesiones.
- 4.3.2.8. **Grupos específicos relacionado con el juego y las apuestas**, 5 sesiones.
- 4.3.2.9. **Grupos específicos de actividad física**, 16 sesiones.

4.3.3. **Grupos ocupacionales:** se han desarrollado las siguientes sesiones:

- 4.3.3.1. **Competencias digitales**, 18 sesiones.
- 4.3.3.2. **Pilates**, 24 sesiones.
- 4.3.3.3. **Yoga**, 8 sesiones.
- 4.3.3.4. **Ganchillo**, 5 sesiones
- 4.3.3.5. **Taller de pintura**, 15 sesiones.

- 4.3.4. La sesión informativa “El cerebro adicto”, se ha desarrollado 12 ocasiones.
- 4.3.5. Intervención individual, durante este ejercicio, se han realizado un total de **464** intervenciones terapéuticas psicológicas individuales, y **396** intervenciones terapéuticas sociales individuales a personas con adicción en tratamiento.
- Además, se han realizado 55 visitas individuales de valoración psicológica de personas con adicción nuevas y 26 visitas de readmisión de personas que ya han estado en nuestra entidad; 51 visitas individuales de valoración social.
- 4.3.6. El seguimiento de las personas con alta terapéutica se ha realizado de forma individual, tanto telemática como presencial, así como desde el Grupo de Seguimiento mensual consolidando los objetivos de intervención.
- 4.3.7. Intervención familiar, se han realizado un total de **51** terapias de intervención familiar en grupo (para padres/madres, parejas, hijo/as u otra persona vinculada), con **199** asistencias a este grupo.
- Por otra parte, se realizaron **96** atenciones a familiares de personas con adicción (93 individuales y 3 visitas conjuntas persona con adicción y familiar/es).

4.4. Coordinaciones y colaboraciones

- 4.4.1. Reuniones de equipo, semanalmente se han mantenido reuniones de equipo y trimestralmente con la directiva de la Asociación para el optimizar el funcionamiento de esta.
- 4.4.2. Reuniones presenciales, en total se han mantenido **33** reuniones presenciales de coordinación y/o colaboración con recursos especializados y no especializados en adicciones.

La distribución por recursos es la siguiente:

- 4.4.2.1. **23 reuniones con las distintas Unidades de Conducta Adictiva en Valencia** manteniendo contactos telefónicos frecuentes para la coordinación en la intervención de las personas usuarias en caso necesario. Han sido las siguientes:

- 4.4.2.1.1. U.C.A. de Padre Porta (El Grao): 5 reuniones presenciales.

- 4.4.2.1.2. U.C.A. de Paterna La Coma: 3 reuniones presenciales.
- 4.4.2.1.3. U.C.A. de Guillem de Castro: 6 reuniones presenciales
- 4.4.2.1.4. U.C.A. de Campanar: 3 reuniones presenciales.
- 4.4.2.1.5. U.C.A de Massamagrell: 3 reuniones presenciales.
- 4.4.2.1.6. U.C.A. de Moncada: 3 reuniones presenciales.
- 4.4.2.1.7. U.C.A de San Marcelino: frecuentes coordinaciones telefónicas y telemáticas

4.4.2.2. **10 reuniones con distintos recursos no específicos en adiciones** (Servicios sociales de Meliana y poblaciones cercanas; equipo de Trabajo social del Hospital General, equipos EEIIA, Salud Mental, otros recursos de reinserción laboral y social como PACTEM, Novaterra, Apnadah, AVAFI, CADIR, Labora, ASIEM, Psiquiatras de atención privada...)

4.4.3. En este ejercicio se ha contado con la colaboración de **10** personas voluntarias, se han mantenido **4** reuniones con este grupo para valorar, mejorar y resolver dificultades en sus funciones y se han realizado **2** sesiones de formación a nuevo voluntariado.

4.5. Otras actividades

- 4.5.1. Se han realizado **8 informes y 2 certificados de tratamiento** a lo largo de la actividad, a petición de usuarios/as, Servicios Sociales, Juzgados, mutuas, INSS, etc.
- 4.5.2. A través de nuestras redes sociales se ha realizado sensibilización, difundido actividades desarrolladas de forma presencial y celebrado con cartelería días mundiales destacados. Algunas de estas publicaciones han sido relacionadas con: Día de la Salud Mental y sensibilización sobre el consumo de diferentes sustancias y comportamientos.
- 4.5.3. Participamos en los actos comunitarios realizados contra la violencia de género en noviembre el municipio de Meliana.
- 4.5.4. Las salidas terapéuticas realizadas pretenden generar un espacio lúdico para la integración, en el que puedan conocer nuestra ciudad, nuestra cultura, cuidar nuestro entorno, visitar exposiciones y museos, generar hábitos saludables... para lograr esos objetivos se han

realizado salidas terapéuticas comunitarias visitando, el Observatorio del cambio climático, Feria del libro de Valencia, Jornadas mujeres y ciencia (UPV), Biblioteca Municipal de Meliana, salida al Río Turia con actividades de estimulación cognitiva en entorno abierto, etc.

- 4.5.5. Participación con la **publicación del “Periódico de Aquí”**, con el objetivo de dar visibilidad y sensibilizar sobre la problemática de las adicciones, así como informar sobre las actividades y funcionamiento de la asociación. A parte, la asociación Ahnar, ha recibido este año por parte de la asociación PACTEM Nord, el **distintivo** como **“Entidad comprometida con el territorio”**, dando gran visibilidad tanto al centro de día como a los demás programas de la entidad.
- 4.5.6. En los talleres de promoción de la Salud hemos contado con la participación de profesionales de diferentes ámbitos para informar de manera especializada sobre propuestas concretas, como la especialista Odontóloga de Meliana sobre higiene bucal, la Asociación Dessex sobre identidades sexuales, relaciones sanas e igualitarias, la Asociación de Diversidad Funcional (RODASEX) sobre violencia sexual y educación sexual, profesional de la UCA del Grao sobre afectación orgánica, profesionales del Centro de Salud de Meliana sobre ETS y promoción a la salud y la agrupación “Flamenco sin tacón” que expusieron un abanico de actividades saludables a través de la expresión corporal.

4.6. Formación

Anualmente, se realiza formación a estudiantes de la rama social y sanitaria a través de convenios entre la Asociación y distintas entidades. Estos han sido:

- 4.6.1. Tutorización para la formación práctica en prevención e intervención de las adicciones de: 2 alumnos del Grado de Psicología de la Universidad de Valencia y 1 estudiante del Máster oficial en Investigación, Tratamiento y Patologías asociadas a las Drogodependencias.
- 4.6.2. Atención a estudiantes de distintos cursos del Grado de Psicología, Trabajo Social, Integración social, enfermería, periodismo, etc. para la orientación, asesoramiento e

información acerca del recurso y su funcionamiento, como en el campo de la prevención e intervención en adicciones.

4.7. Atención personal y telefónica

Se atienden por vía telefónica las demandas de información que se solicitan. Las atenciones presenciales de demanda de información se han contabilizado como visitas de acogida, que se realizan con cita previa.

4.8. Reuniones con el grupo de personas voluntarias

Asesoramiento, formación y coordinación de las actividades que se realizan en la Asociación, talleres ocupacionales, actividades fuera del Centro, etc.

4.9. Creación y actualización periódica de redes sociales

Frecuentemente se realizan publicaciones (IG y LinkedIn) relacionados con las adicciones, factores de riesgo y protección, actividades que realizamos, eventos...

5. Perfil de las personas usuarias

Se han registrado los siguientes datos durante 2025:

5.1. Demanda de tratamiento

De las **191 personas que demandaron tratamiento** en el año 2025, **81** realizaron el programa directamente en **Centro de Día** y **36 personas** fueron atendidas inicialmente desde otros programas de la entidad en situación de lista de espera para centro de día.

5.2. Demanda de Centro de Día

En el presente ejercicio se ha demandado el servicio de Centro de Día un total de **117 personas**, de las cuales, **75 era la primera vez** que acudían en este ejercicio, **12 fueron readmisiones** (personas que han solicitado tratamiento en nuestro Centro anteriormente). Además de las personas atendidas, **30 eran arrastradas** del año anterior (iniciaron el programa en 2024 y se mantuvieron en 2025).

5.3. Atención a familiares de las personas usuarias

Se han atendido a un total de **73 familiares** de personas con adicción. En cada caso, se realizó una acogida y valoración psicosocial y se estableció el plan terapéutico adecuado. La mayoría combinó una atención individual con la asistencia a los grupos de tratamiento.

5.4. Género

En 2025 demandaron tratamiento un total de **86 hombres** y **31 mujeres**. Aunque persiste la diferencia significativa entre el número de hombres y mujeres atendidos/as, tanto las demandas de hombres como de mujeres han disminuido en comparación con el año anterior. La distribución por porcentajes se recoge en el siguiente gráfico.



Grafica nº 2. Distribución por género de las personas usuarias

5.5. Edad media

En cuanto a la edad, la media general se mantiene, siendo el grupo de personas de entre **40 y 49 años** el más numeroso en demanda de tratamiento.

5.6. Estado civil

En cuanto al estado civil al inicio del programa, se mantiene como perfil principal el de las **personas solteras**, que representan un 61.5%. A continuación, se encuentran las **personas separadas o divorciadas**, con un 20.5%, seguido de cerca por las **personas casadas**, que este

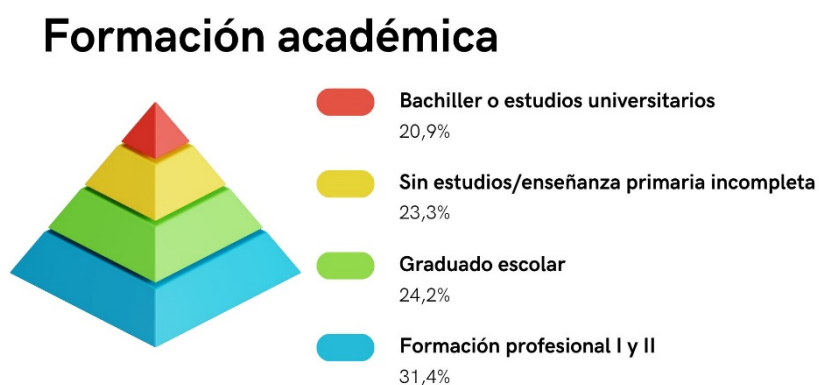
año ocupan el tercer lugar con un 12,8%. La representación de las **personas en pareja** ha experimentado una disminución significativa, representando solo el 5.1% del total.



Gráfica nº 3. Estado civil de las personas usuarias

5.7. Formación académica

En relación con los **estudios finalizados**, el grupo mayoritario de la población atendida posee **formación profesional I y II**, seguido esta vez por aquellas personas que han completado el **graduado escolar**. El tercer grupo sería **sin estudios o con la enseñanza primaria incompleta**. Por último y en orden, serían las personas con menor representación la cuales han realizado algún **estudio universitario** y han finalizado el **bachiller**.



Gráfica nº 4. Formación académica de las personas usuarias

5.8. Núcleo de convivencia

En cuanto al **núcleo de convivencia** al momento de iniciar el tratamiento, en este ejercicio se observa una continuidad en la tendencia, con un aumento significativo en el porcentaje de personas que **conviven con su familia** de origen, alcanzando un 47,8%, consolidándose como la principal forma de convivencia. En segundo lugar, se encuentran las **personas que viven solas** (19,6%) y aquellas que comparten su hogar con **la familia nuclear** (17%), con una diferencia mínima entre ambas categorías y sin variaciones significativas respecto al ejercicio anterior. A continuación, se sitúan las personas que **comparten piso** (7,6%) y las que **conviven en pareja** (4,2%), habiéndose alternado sus posiciones en comparación con el año anterior. Por último, se mantiene el pequeño porcentaje de **personas sin hogar o que residen en viviendas tuteladas** (2,5%).

5.9. Situación laboral

En relación con su **situación laboral**, durante este ejercicio cambia, y la mayor presencia es para las personas que se encontraban **activas en el momento de admisión a tratamiento** (35,8%). Le siguen las personas **desempleadas** (29%) y las personas que reciben una **pensión** (19,6%). Por último, quedan representadas las personas que tienen reconocida una **Incapacidad temporal o permanente** (15,6%).



Grafica nº 5. Situación laboral de las personas usuarias

5.10. Sustancias consumidas

El alcohol, la cocaína y la combinación de ambas continúan siendo las sustancias más consumidas por ambos sexos en el presente estudio. El alcohol mantiene su posición como la principal sustancia de abuso entre las personas que solicitan ayuda, seguida por el consumo de cocaína. Asimismo, se observa una prevalencia constante en el número de personas que presentan patrones de policonsumo, así como en aquellos casos considerados como multiproblemáticos, en los que, además del consumo de sustancias, se identifica un trastorno relacionado con el juego. El juego patológico sigue manifestándose tanto de manera presencial como en línea. La distribución de los casos según las sustancias más consumidas se presenta en el siguiente gráfico:

Sustancias más consumidas



Grafica nº 6. Sustancia más consumida de las personas usuarias

Al analizar los datos diferenciados por sexo, se observa que la tendencia se mantiene constante tanto en hombres como en mujeres, siendo el alcohol la principal sustancia de abuso (45,45% en mujeres y 42,85% en hombres). Sin embargo, en el caso de los hombres, la combinación de alcohol y otras sustancias supera al alcohol en consumo (26,66% en mujeres frente al 61,53% en hombres). En cuanto a las mujeres, se registra una disminución en la demanda de tratamiento por cocaína en comparación con el ejercicio anterior. Por otro lado, las conductas relacionadas con el juego continúan siendo una preocupación significativa en los hombres, aunque también se observa un incremento en la demanda de tratamiento en mujeres. Un alto porcentaje de personas presenta conductas de policonsumo, siendo más frecuentes las combinaciones en el caso de los hombres.

5.11. Perfil de la persona demandante de Centro de Día 2025

Según los datos de este apartado, concluimos que el perfil definitivo de la persona demandante del programa de Centro de Día en el 2025 corresponde a un **varón de entre 40 y 49 años, soltero, con estudios finalizados de Formación Profesional, que convive con la familia de origen, en activo en el área laboral y que presenta trastorno por uso de alcohol y cocaína.**

6. Evaluación del programa

Para conocer la satisfacción con el servicio se realizaron dos pases a lo largo del año (mayo y diciembre) de un cuestionario de satisfacción anónimo y voluntario, que reúne las variables más importantes a analizar, como son instalaciones, acogida, profesionales, contenido, metodología y satisfacción general, incluyéndose la valoración respecto a las características de igualdad (lenguaje verbal usado por profesionales y voluntariado, material escrito, cartelería, etc. utilizado desde la inclusión e igualdad. Se han proporcionado la vía telemática (cuestionario online de Google, tanto enviado por email como facilitado en los equipos informáticos del centro), como impresos en papel, promoviendo la máxima participación.

Se enviaron un total de 97 cuestionarios, de los cuales se recibieron 65 respuestas, lo que supone una tasa de respuesta del 67 %. Los datos analizados corresponden a las puntuaciones medias obtenidas en cada ítem, diferenciando entre hombres y mujeres, y ofreciendo también una lectura global de los resultados.

Los **resultados globales** muestran un nivel de satisfacción muy elevado, destacando especialmente los aspectos relacionados con el trato, la profesionalidad y el enfoque inclusivo del servicio.

Los ítems con mejores puntuaciones medias son los siguientes:

- Uso de lenguaje inclusivo y actitud no discriminatoria por parte de las personas voluntarias, con medias que alcanzan el valor máximo (10) en algunos talleres y valores superiores a 9,7 en el conjunto del servicio.
- Amabilidad y corrección en la atención recibida en el primer contacto con el centro, con una media global de 9,72.

- Lenguaje inclusivo y actitud respetuosa por parte de los/las profesionales, con una media de 9,69.
- Lenguaje inclusivo en los materiales entregados, con una media de 9,59.
- Comprensión de la metodología empleada en las sesiones, con una media de 9,58.
- Satisfacción con la atención y el trato recibido, con una media de 9,58.
- Preparación y conocimientos del personal, con una media de 9,57.

Analizando las respuestas por género, en el caso de los hombres, las puntuaciones medias más altas se concentran en los siguientes aspectos:

- Actitud y lenguaje inclusivo de las personas voluntarias, con medias muy elevadas, llegando al valor máximo (10) en algunos talleres.
- Trato recibido por parte del personal profesional, con medias superiores a 9,6.
- Preparación y conocimientos del personal, con puntuaciones cercanas a 9,6.
- Comprensión de la forma de transmitir los contenidos, con medias superiores a 9,5.
- Satisfacción global con el servicio, con una puntuación media de 4,91 sobre 5.

Las mujeres presentan, de forma general, medias ligeramente superiores a las de los hombres, especialmente en los aspectos relacionados con la atención y el trato.

Los ítems mejor valorados por las mujeres son:

- Amabilidad y corrección en la atención inicial, con una media de 10.
- Claridad de la información facilitada en el primer contacto, también con una media de 10.
- Actitud y lenguaje inclusivo de las personas voluntarias, con medias de 10 en varios talleres.
- Lenguaje inclusivo en los materiales, con una media de 9,70.
- Utilidad de la información y las indicaciones recibidas en las sesiones, con medias cercanas a 9,7.
- Satisfacción global con el servicio, con una puntuación media de 4,95 sobre 5.

La satisfacción general con el servicio es muy elevada, tanto en hombres como en mujeres:

- Hombres: 4,91 sobre 5
- Mujeres: 4,95 sobre 5

De forma global, los resultados confirman un alto grado de satisfacción con el servicio recibido, destacando el trato humano, la profesionalidad del equipo y el enfoque inclusivo como principales fortalezas.

6.1. Conclusiones

El análisis de los resultados pone de manifiesto nivel de satisfacción muy alto y sostenido, sin diferencias relevantes por sexo y con una percepción global claramente positiva del servicio, destacando como puntos fuertes:

- ✓ La calidad del trato humano.
- ✓ La alta profesionalidad del personal y de las personas voluntarias.
- ✓ El uso sistemático de un lenguaje inclusivo y no discriminatorio.
- ✓ La adecuación de las actividades y de la metodología empleada.

En el apartado abierto a opiniones, las personas usuarias realizaron las siguientes sugerencias:

*En opinión personal, me gustaría que indagaran más en la vida o situación personal. Se que llevan muchos pacientes a cabo pero resultaría más comprensible para dicho paciente en algunos casos, gracias.

*Falta datáfono para poder pedir servicio de cafetería para no tener que llevar dinero

*Que esté cerca de Utiel

*Está todo genial necesitaríamos alguna actividad más de mujer como baile pero por lo demás bien


*No dejéis de trabajar así, sois un equipo estupendo y dais un trato humano y comprensible.

*Muchas felicidades y gracias por lo que me enseñaste 

*Solo dar las gracias por todo lo que me han ayudado

*Solo agradecer al equipo en su conjunto y en concreto con las terapeutas/psicólogas la sensibilidad y el cariño con qué desarrollan su labor.gracias

*soy nuevo en los grupos y de momento estoy satisfecho con el trato y grupos que he recibido

*Nada que decir.. 

*Que no cambie nada :)

*Más clases de pilates, y por lo demás me he sentido siempre muy bien atendido y estoy muy agradecido

*Solo comentar y felicitar tanto al equipo directivo, como asistencial por su excelente trato para con tod@s y su enorme calidad humana.

*Mi sincera enhorabuena por la brillante labor que realizan. Un saludo

*Algunas mejoras en cuanto al local, pienso que me gustaría ayudar en el mantenimiento y en lo que pueda, nunca podré pagar lo que AHNAR está haciendo por mi.

*Alguna mejora en el local, aparte de eso nunca podré agradecer lo suficiente la ayuda que recibo de mis terapeutas en especial a Lucía, Sandra y Chelo. Me han devuelto a la vida.

*Poner más duración a actividades de meditación y deportes

7. Acciones de mejora

Respecto al 2026, nos proponemos las siguientes mejoras:

Fortalecer la formación continua del equipo profesional: Proponer la implementación de talleres de actualización y formación en nuevas terapias o enfoques innovadores en el tratamiento de las adicciones.

Sensibilizar e informar de las adicciones en la población general a través de difusión en redes sociales y acciones comunitarias.

Implementar nuevos sistemas informáticos de gestión y recogida de datos de los distintos programas de intervención.

JUAN ANTONIO PALOMO PEÑA

TRABAJADORA SOCIAL AHNAR

Nº COL: 34-4654