

ANEXO V

RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN DEL IV PLAN CANARIO EN EL MARCO DE LA COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL

La evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones incluye la recopilación de información acerca del desarrollo de las acciones preventivas en el marco de la promoción de la salud. Este análisis permite identificar los recursos disponibles, las principales barreras existentes y formular propuestas de mejora específicas.

Del mismo modo, se presentan recomendaciones orientadas a reforzar el próximo Plan Canario sobre Adicciones. A partir de los resultados obtenidos, se analiza el grado de integración de la prevención en los diferentes ámbitos comunitarios, destacando buenas prácticas susceptibles de ser replicadas y señalando necesidades concretas de formación y coordinación.

1.- Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. ÁMBITO EDUCATIVO

El objetivo general que se planteó en el IV Plan en el ámbito educativo (Área 9.1) fue establecer acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección frente al consumo de drogas y otras conductas susceptibles de generar adicción en el entorno educativo.

Así, sus objetivos específicos fueron:

1. Mejorar la competencia social del alumnado para que sea capaz de tomar decisiones informadas y autónomas ante la oferta de drogas presente en nuestra sociedad, así como frente a un posible abuso en el uso de nuevas tecnologías, internet, redes sociales, juegos de azar, entre otros. Estas acciones deben estar adaptadas según grupos de edad y sexo.
2. Promover y potenciar modelos positivos y saludables como referentes de conducta para la infancia y juventud.
3. Capacitar al profesorado para identificar situaciones de riesgo relacionadas con las adicciones y actuar eficazmente ante ellas, así como para promover factores protectores de salud en el ámbito educativo.

Las respuestas recibidas proceden mayoritariamente de ayuntamientos, cabildos insulares, entidades del tercer sector especializadas en adicciones y, en menor medida, de centros educativos.

En todos los casos, el cuestionario ha sido respondido en nombre de la institución o servicio correspondiente, generalmente tras procesos de reflexión o debate colaborativo, lo que refuerza el carácter representativo de la información aportada.

Los perfiles profesionales que responden son fundamentalmente técnicos y responsables de áreas de prevención, juventud, salud, educación o coordinación de servicios, con implantación territorial diversa que abarca Tenerife, Gran Canaria, El Hierro y actuaciones de ámbito interinsular.

La práctica totalidad de las entidades y centros declaran que desarrollan programas, proyectos o actuaciones de prevención de adicciones, mayoritariamente de forma regular y sostenida en el tiempo.

Las actividades preventivas más frecuentes en los dos últimos cursos escolares incluyen charlas de sensibilización, talleres de habilidades para la vida y desarrollo competencial, programas específicos sobre alcohol, tabaco y otras drogas, así como intervenciones dirigidas a la prevención de adicciones comportamentales relacionadas con el uso de tecnologías, redes sociales, videojuegos y juego online.

De forma complementaria, muchas entidades realizan acciones dirigidas a familias y, en algunos casos, al profesorado.

No obstante, la inclusión sistemática de estas actuaciones en el currículum o en el Proyecto Educativo de Centro presenta una elevada heterogeneidad, con numerosos casos en los que no se dispone de información clara o donde la prevención se desarrolla de manera paralela, sin quedar plenamente integrada en los documentos estratégicos del centro.

La coordinación con la Consejería de Educación y con los dispositivos autonómicos de innovación educativa se describe como desigual, predominando los modelos de coordinación puntual frente a los estables y sistemáticos.

En algunos territorios y centros se participa activamente en redes como INNOVAS y se dinamizan acciones vinculadas a la promoción de la salud y la educación emocional, mientras que en otros esta participación es inexistente o desconocida.

El apoyo desde programas municipales o insulares de drogas, salud o juventud aparece con mayor frecuencia y regularidad, especialmente en municipios con estructuras técnicas consolidadas.

En cuanto a los agentes con los que se colabora, se repite un patrón de trabajo conjunto con técnicos municipales, cabildos, ONG especializadas, Policía Tutor o Plan Director de la Guardia Civil y, en menor medida, con centros de salud o salud mental.

La valoración global de esta coordinación oscila entre buena y mejorable, evidenciando que, aunque existen canales de colaboración, estos dependen en gran medida de la disponibilidad de recursos y de la iniciativa local.

Respecto a las capacidades del sistema educativo para sostener una prevención de calidad, las respuestas muestran una situación intermedia. Una parte del profesorado ha recibido formación específica en prevención de adicciones en los últimos dos años, aunque de forma parcial y con importantes limitaciones derivadas de la sobrecarga laboral y la falta de tiempo, especialmente en educación secundaria.

La disponibilidad de materiales educativos actualizados también es desigual, con una demanda reiterada de recursos pedagógicos adaptados por etapas educativas y a las nuevas realidades digitales.

La evaluación del impacto de las actividades preventivas se realiza en algunos casos, principalmente en programas estructurados o impulsados por entidades especializadas, pero no constituye una práctica sistemática ni homogénea en todo el territorio.

En relación con la detección de casos de consumo de sustancias o conductas adictivas en el alumnado, las respuestas reflejan que estos casos existen y se detectan con distinta frecuencia según el contexto, aunque no siempre de manera estructurada.

La disponibilidad de protocolos de actuación ante estas situaciones es variable, coexistiendo centros con protocolos claros, otros en proceso de desarrollo y algunos

sin procedimientos definidos, lo que limita la transición efectiva de la prevención universal hacia la prevención selectiva e indicada y dificulta la continuidad en la atención y derivación de los casos.

Las principales barreras identificadas para una prevención efectiva son la baja participación de las familias, la falta de recursos materiales y pedagógicos específicos, la insuficiencia y escasa estabilidad del personal técnico, y la sobrecarga del profesorado, que dificulta una implicación sostenida en los programas preventivos.

A ello se suma, en algunos territorios, una oferta excesiva de intervenciones puntuales no coordinadas entre sí, sin una planificación estructural ni alineada con la evidencia científica.

Entre los apoyos necesarios destacan la financiación específica y estable, el refuerzo de los equipos técnicos, la mejora de la coordinación interinstitucional, el desarrollo de estrategias eficaces para implicar a las familias y la dotación de materiales actualizados y adaptados a cada etapa educativa.

Como aspectos positivos, las entidades y centros destacan la buena acogida general de las acciones preventivas por parte de la comunidad educativa, el aumento de la conciencia del profesorado sobre su papel como agente preventivo, y el impacto de los programas en la mejora de competencias personales, toma de decisiones saludables y manejo de presiones sociales por parte del alumnado.

En los contextos donde existen equipos técnicos estables y programas continuados, se observa un mayor alcance, coherencia y capacidad de evaluación.

No obstante, se identifican como áreas de mejora la necesidad de avanzar desde intervenciones puntuales e informativas hacia programas estructurados, continuos y basados en evidencia, así como reforzar la formación y el acompañamiento del profesorado y la implicación real de las familias.

Finalmente, los problemas y temas que se consideran prioritarios para el futuro se concentran de forma clara en el consumo temprano de vapor y otras sustancias, las adicciones tecnológicas y comportamentales, el juego y las apuestas online, la pornografía y la sexualidad digital, así como la gestión emocional, la salud mental adolescente y los riesgos asociados a la inteligencia artificial y la ciberseguridad.

Las respuestas subrayan la necesidad de reforzar la prevención universal desde edades tempranas, ampliar la prevención selectiva e indicada y consolidar un enfoque integral, comunitario y coordinado que permita dar respuesta a estas realidades emergentes de forma eficaz y sostenible.

2.- Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. ÁMBITO FAMILIAR

El Objetivo general que se planteó en el IV Plan en el ámbito familiar (Área 9.2) fue dotar a las familias/personas adultas de referencia de estrategias y herramientas efectivas para tomar decisiones informadas, autónomas y responsables ante las drogas y las demás situaciones con potencial de riesgo incluidas en el Plan.

Sus objetivos específicos fueron:

1. Potenciar la presencia de modelos positivos familiares en referencia a la educación para la salud tanto para sus hijos e hijas como para la comunidad.
2. Promover el desarrollo de programas de prevención en todas las etapas evolutivas de la familia.
3. Acompañar y orientar a las familias en la prevención de conductas de riesgo o adictivas de sus hijos e hijas, adolescentes y jóvenes.

Las respuestas recogidas en este bloque proceden de cabildos y ayuntamientos (unidades/servicios de prevención o drogodependencias), así como de entidades especializadas del tercer sector con implantación insular o interinsular.

En el 100% de los casos el cuestionario se contesta en nombre de la institución o servicio, no a título personal, y los perfiles que responden son responsables técnicos o de coordinación. Territorialmente se concentran en El Hierro, Tenerife (Arona) y Gran Canaria (Agüimes, Arucas, Santa Lucía, Gáldar), además de entidades con ámbito Canarias/Tenerife y actuaciones en varias islas. El conocimiento del IV Plan Canario sobre Adicciones es alto: aproximadamente el 90% declara conocerlo y un 10% lo conoce parcialmente.

En relación con la prevención en el entorno familiar, la mayoría de instituciones declara que sí se han realizado actividades preventivas: cerca del 70% lo hace de forma regular y alrededor del 30% de forma ocasional.

Las acciones más habituales se agrupan en prácticas educativas cotidianas y formativas: conversaciones guiadas sobre alcohol, tabaco, otras drogas y tecnología; establecimiento de normas claras sobre pantallas y consumo; participación en talleres/charlas para familias; fomento de habilidades socioemocionales; promoción de la parentalidad positiva; y, en menor medida, actividades de ocio saludable compartido.

La participación de las familias en programas vinculados al IV Plan aparece mayoritariamente afirmada (aprox. 70%), aunque con diferencias en el grado de implementación y con respuestas que indican que “no procede” en el caso de administraciones que no actúan como unidad familiar.

El apoyo institucional y la colaboración intersectorial existe, pero se valora como mejorable en una parte significativa de las respuestas. Aproximadamente un 60% identifica apoyo regular de servicios municipales/insulares/autonómicos, un 30% lo describe como puntual y alrededor de un 10% señala ausencia de apoyo en su contexto. Las colaboraciones más frecuentes se dan con servicios sociales y educativos, AMPAs/federaciones u organizaciones familiares, ONG y, en algunos casos, centros de salud o salud mental; la valoración global de esa colaboración se reparte en torno a un 50% “mejorable”, un 30% “buena” y un 20% “muy buena”, lo que sugiere que el trabajo en red está presente, pero necesita mayor sistematización, accesibilidad y continuidad.

En cuanto a capacidades preventivas, se observa una base importante de formación y materiales, aunque con márgenes de mejora. Aproximadamente el 70% refiere que se ha ofrecido formación a familias desde un enfoque de prevención y/o parentalidad positiva y un 30% lo reporta parcialmente; la disponibilidad de materiales o información actualizada es alta (en torno al 90% “sí”, y un 10% “parcialmente”), lo que indica que existe producción o acceso a contenidos, aunque no siempre llega con la misma intensidad o cobertura.

La formación dirigida a agentes sociales que intervienen con familias aparece como mayoritaria (aprox. 80% “sí”), con casos puntuales de “parcialmente” o “no”, lo que apunta a una oportunidad de reforzar la cualificación de la red comunitaria para un abordaje coherente y basado en evidencia.

Respecto a detección y respuesta ante riesgos, se reporta que en la mayoría de contextos se han detectado comportamientos de riesgo o consumos en algún miembro del hogar: alrededor del 90% indica detección, principalmente de forma ocasional (60%) y en menor medida con frecuencia (30%), con un 10% que no ha detectado.

Sin embargo, el punto más débil aparece en el conocimiento y existencia de protocolos: aproximadamente un 80% sitúa los protocolos de detección/orientación como “parcialmente conocidos” y solo un 20% afirma claramente que existen y se conocen, lo que refleja un área crítica para estandarizar circuitos y mensajes.

El conocimiento de recursos a los que acudir muestra una situación intermedia: cerca del 50% responde afirmativamente, un 40% lo conoce parcialmente y un 10% declara no conocerlos, evidenciando que aún hay margen para mejorar la visibilidad y la “navegabilidad” del sistema para familias.

Las barreras para una prevención efectiva en la familia se repiten con mucha coherencia entre respuestas: falta de tiempo, dificultades para identificar señales de alerta, poca comunicación familiar y baja participación/implicación en actividades formativas, además de obstáculos logísticos (p. ej., desplazamientos, horarios) y dificultades para “llegar” a familias por vías tradicionales.

Como necesidades, predomina la demanda de apoyo emocional o psicológico, más información y formación práctica, espacios de encuentro y estrategias nuevas de captación y participación familiar; también aparece la recomendación de realizar estudios específicos para conocer necesidades reales y ajustar formatos, así como asegurar coherencia informativa basada en evidencia para contrarrestar mitos.

En el apartado positivo se destaca el papel de las familias como agentes preventivos y de cambio, el interés de una parte de progenitores que sí participa, la generación de entornos seguros para conversar, la detección temprana y el modelado de hábitos saludables, junto con el valor de disponer de recursos estables y coordinación municipal/intersectorial en algunos territorios.

Las áreas de mejora se concentran en aumentar la participación de familias, reforzar el enfoque sistémico en prevención (no solo centrado en el/la menor), mejorar la comunicación y visibilidad de recursos, y ampliar formación en riesgos específicos (juego/apuestas, tecnologías).

Finalmente, las prioridades de futuro se orientan a educación emocional y alfabetización digital familiar, prevención del uso/abuso de internet y redes sociales, adicciones comportamentales y riesgos tecnológicos emergentes, además de violencia intrafamiliar y la necesidad de estrategias comunitarias que faciliten el acceso real de las familias.

En indicadores de actividad, se observa una variabilidad muy alta en volumen de acciones y alcance (desde pocas acciones anuales hasta programas con decenas o centenas de actuaciones), y la evaluación de impacto aparece en varios casos como “sí”, aunque no es uniforme; además, algunas respuestas remiten a memorias o “ND”, lo que sugiere que, junto a reforzar la intervención, conviene consolidar un sistema de registro común y comparable que permita medir cobertura, intensidad, permanencia y resultados de la prevención familiar en el conjunto del territorio.

3.-Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. ÁMBITO OCIO Y TIEMPO LIBRE

El objetivo general que se planteó en el IV Plan dentro del ámbito de ocio y tiempo libre (Área 9.4) fue promover un ocio saludable y responsable en las actividades de tiempo libre.

Los objetivos específicos que se acordaron fueron:

1. Seleccionar y difundir en la comunidad autónoma modelos positivos saludables en todas las disciplinas que tengan que ver con el ocio y el tiempo libre.
2. Disminuir los riesgos asociados a determinadas prácticas de ocio y tiempo libre.
3. Facilitar la información, promover la sensibilización y los estilos de vida saludables en los espacios de ocio y recreativos, como factor de protección frente a riesgos de adicciones.

Las respuestas de este bloque proceden de cinco entidades de naturaleza mayoritariamente pública (cabildos, ayuntamientos e instituto municipal) y una fundación del tercer sector, y en todos los casos el cuestionario se responde en nombre de la entidad tras debate colaborativo.

El ámbito territorial cubre El Hierro, Tenerife y Gran Canaria (incluyendo actuación comarcal en Gáldar–Guía–Agaete), con perfiles técnicos y de coordinación en juventud, salud pública/promoción de la salud y prevención de adicciones.

El conocimiento del IV Plan Canario sobre Adicciones es alto: aproximadamente un 80% declara conocerlo y un 20% lo conoce parcialmente.

En cuanto a la implantación de acciones preventivas en ocio y tiempo libre, existe una práctica generalizada: alrededor del 60% señala que desarrolla acciones de forma regular y el 40% de forma ocasional, sin respuestas de “no”.

Las actividades realizadas en los dos últimos años se concentran en charlas o talleres informativos, promoción de ocio saludable, actividades deportivas o culturales con enfoque preventivo, acciones familiares en espacios de ocio y programas específicos sobre TIC y adicciones comportamentales; de hecho, cuatro de cinco entidades incluyen explícitamente componentes vinculados a prevención digital o adicciones comportamentales.

La reducción de riesgos y daños en ocio nocturno y eventos festivos aparece como un ámbito menos consolidado: aproximadamente un 60% declara haber desarrollado estas acciones (entre regular u ocasional) y un 40% no dispone de información o lo sitúa en un nivel no sistemático, lo que sugiere que se interviene más en prevención general y promoción de ocio saludable que en reducción de daños estructurada en contextos nocturnos.

La sensibilización en eventos deportivos sí aparece con frecuencia: en torno al 60% la realiza (habitualmente asociada a carnavales, ferias, stands informativos, carreras y eventos comunitarios), mientras que en el resto no se cuenta con información o no se identifica como línea prioritaria.

La participación en acciones recogidas en el IV Plan Canario se reporta de forma mayoritaria: aproximadamente un 80% indica que sí participa (con diferente intensidad, desde presencia en ferias y puntos informativos hasta actuaciones regulares en eventos y campañas), mientras que un 20% remite a memorias o no concreta el grado. En coordinación con otros agentes para prevenir conductas adictivas

en ocio, la tendencia es positiva: alrededor del 80% afirma coordinación regular y un 20% coordinación puntual, destacando colaboraciones con ayuntamientos/cabildos, servicios sociales, centros de salud, y en menor medida asociaciones u otros colectivos; la valoración de esa coordinación es mayoritariamente “buena” (80%) y en menor medida “mejorable” (20%), lo que indica una red operativa que funciona mejor cuando existe estructura institucional estable y programación continuada.

Respecto a capacidades internas, la formación del personal de ocio (monitores, técnicos) en prevención de adicciones aparece como presente pero no plenamente universal: aproximadamente un 60% responde “sí” y el 40% “parcialmente”, lo que apunta a necesidades de actualización y extensión formativa. La formación de jóvenes como “líderes entre iguales” se reporta con menor claridad y con resultados mixtos, oscilando entre “sí”, “parcialmente” y “no/ND”, lo que sugiere que esta estrategia existe en algunos contextos pero no está generalizada ni sistematizada. En materiales informativos/preventivos actualizados, la situación es intermedia: aproximadamente un 60% dispone de materiales y un 40% lo tiene de forma parcial o no, señalando un área de mejora inmediata para reforzar coherencia de mensajes y disponibilidad de recursos adaptados a contextos abiertos y masivos.

En detección de comportamientos de riesgo o consumo en espacios de ocio gestionados, la mayoría identifica presencia de riesgos en algún grado (60% declara detección y 40% lo sitúa como ocasional/ND), y la capacidad de actuación o derivación aparece mejor posicionada (80% afirma saber actuar o contar con orientación, frente a 20% parcial), aunque varias respuestas demandan explícitamente protocolos más claros para fiestas y mayor presencia preventiva en ocio nocturno.

Las principales barreras señaladas se repiten con mucha consistencia: la normalización del consumo en el ocio nocturno (mencionada por varias entidades), la percepción de bajo impacto en actividades puntuales, y la dificultad de alcanzar a grandes públicos en espacios abiertos y diversos; además, en territorios pequeños aparece un factor específico: la ausencia de anonimato puede actuar como “protector” informal al reducir consumos visibles, aunque también condiciona la forma de intervención comunitaria.

En recursos necesarios, la demanda más transversal es financiación para actividades alternativas estables y sostenidas en el tiempo, junto a mayor implicación institucional y asesoramiento técnico para mejorar la eficacia, continuidad y alcance de las intervenciones.

Como aspectos positivos se destaca la diversidad de acciones ofertadas, la buena aceptación de campañas y eventos saludables, la existencia de espacios municipales consolidados (ferias, jornadas, carnavales) y experiencias de formación a hostelería para mejorar la respuesta ante consumos o incidentes en eventos. Entre los aspectos mejorables se subrayan la necesidad de reforzar la presencia preventiva en ocio nocturno, disponer de protocolos de detección en fiestas, aumentar la difusión, y evolucionar hacia estrategias con mayor impacto real, especialmente frente a la normalización de consumos, el policonsumo y la vulnerabilidad asociada a contextos festivos.

En prioridades futuras emerge con claridad la prevención de adicciones mediadas por tecnologías (juego online, videojuegos, apuestas, riesgos digitales), junto a la necesidad de incrementar la oferta anual de ocio saludable estructurado y no solo

ligado a campañas o hitos festivos, incorporando enfoques preventivos más consistentes y adaptados a contextos de alta afluencia.

4.- Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. ÁMBITO COMUNITARIO

El Objetivo general que se planteó en el IV Plan Canario en el ámbito comunitario (Área 9.3) fue fomentar la promoción de la salud y la prevención de conductas adictivas en la comunidad en toda su dimensión, no solo dirigidas a la población residente, sino también, y de manera importante, a todos los agentes sociales locales existentes e implicados/as en el desarrollo social y comunitario

Los objetivos específicos que se propusieron fueron:

1. Elaborar, promover y potenciar programas de prevención en el ámbito comunitario.
2. Facilitar la información, promover la sensibilización y los estilos de vida saludables de la población, como factores de protección frente a los riesgos asociados a las adicciones.
3. Mejorar las competencias comunitarias con el fin de lograr avances significativos en la calidad de vida de la población.

Las respuestas de este bloque comunitario proceden de once informantes vinculados principalmente a administraciones públicas (cabildos, ayuntamientos y servicios sociales municipales) y a entidades del tercer sector (ONG/fundaciones especializadas), con implantación en El Hierro, Tenerife y Gran Canaria y actuaciones interinsulares en algunas entidades.

La mayoría responde en nombre de su institución tras debate colaborativo, aunque aparece un caso de respuesta a título personal desde servicios sociales municipales; el conocimiento del IV Plan Canario es mayoritario (aprox. 90% “sí” y 10% “parcialmente”), con una excepción que declara no conocerlo, lo que apunta a la necesidad de reforzar difusión y apropiación del marco estratégico en determinados ámbitos comunitarios no especializados.

En general, se desarrollan acciones preventivas en el contexto comunitario de forma extendida, con predominio de la ejecución regular: aproximadamente tres cuartas partes (≈73%) indican que realizan prevención comunitaria de forma regular y el resto (≈27%) de manera ocasional, sin respuestas de “no”.

Las actividades más frecuentes en los últimos dos años se concentran en campañas informativas, charlas y talleres en barrios o comunidad, acciones de ocio saludable para jóvenes, intervenciones en colaboración con centros escolares o sanitarios, y acciones intergeneracionales o trabajo comunitario con familias cuando existe una estructura comunitaria más consolidada.

Se observa además la presencia de líneas específicas como formación a diferentes recursos o prevención ambiental en eventos, así como financiación de proyectos comunitarios como instrumento de dinamización, lo que muestra que el enfoque comunitario se despliega tanto desde acciones directas como desde apoyo y articulación de iniciativas locales.

La participación en iniciativas del IV Plan en el ámbito comunitario aparece de forma desigual: aproximadamente el 64% afirma haber participado, mientras que un 36% declara no haberlo hecho, con casos que describen participación mediante jornadas de salud, talleres de sensibilización, programas en casas de juventud, centros de mayores y asociaciones vecinales.

Este patrón sugiere que existe alineación parcial con el Plan, pero todavía hay margen para convertirlo en un marco de referencia operativo común para todas las iniciativas comunitarias, especialmente en administraciones locales y servicios sociales donde la prevención puede diluirse entre múltiples prioridades.

En cuanto a coordinación, la mayoría señala que sí existe coordinación con entidades institucionales o sociales, predominando la coordinación regular (73%) frente a la puntual (27%).

Los agentes con los que se colabora se repiten con mucha consistencia: servicios sociales, centros de salud, recursos educativos, ayuntamientos/cabildos, ONG especializadas, y en algunos casos policía local, clubes deportivos y asociaciones vecinales; no obstante, la valoración de esa coordinación es heterogénea, con una distribución aproximada entre “buena/muy buena” (%) y “mejorable/depende del territorio” (45%).

Los comentarios cualitativos explican esta variabilidad por diferencias entre zonas e islas, por la irregularidad de la implicación institucional y por la ausencia de estructuras comunitarias estables y financiadas, lo que condiciona la continuidad del trabajo intersectorial.

Respecto a la capacidad formativa y disponibilidad de recursos, se observa que la formación comunitaria para agentes sociales en prevención se ha impartido de manera importante pero no universal: alrededor del 64% responde afirmativamente, mientras que un 36% la sitúa como parcial o inexistente. En materiales y recursos actualizados, la situación es intermedia: aproximadamente el 45% dispone de materiales de forma clara, y el resto (55%) lo reporta como parcial o no, lo que sugiere que el ecosistema comunitario aún no cuenta con una dotación homogénea de herramientas preventivas y que existe margen para reforzar la transferencia de recursos y contenidos adaptados a cada contexto comunitario, incluyendo formatos digitales cuando el sentido de pertenencia o la participación presencial es baja.

En detección de comportamientos de riesgo o consumo en el entorno comunitario, predomina el reconocimiento de casos o riesgos: aproximadamente el 82% señala que se han detectado comportamientos de riesgo o consumos (a menudo de forma ocasional o con frecuencia), lo que refuerza la necesidad de fortalecer respuestas comunitarias tempranas y circuitos de derivación.

Sin embargo, se observa debilidad en protocolos y rutas de actuación: aproximadamente el 70% sitúa el conocimiento de protocolos como parcial o inexistente, y solo un 30% refiere claramente que existen y se conocen.

El conocimiento de recursos para derivación es mejor que el de protocolos, pero sigue siendo desigual, con un patrón mixto entre “sí” y “parcialmente”, lo que apunta a que muchas entidades conocen recursos de forma general, pero no disponen de procedimientos claros y compartidos de detección, orientación y seguimiento.

Las barreras más repetidas para una prevención comunitaria efectiva se concentran en la baja participación vecinal, la escasa implicación institucional sostenida, la baja visibilidad de los problemas de adicción en ciertos entornos, y la falta de programas comunitarios con arraigo, financiación estable y continuidad.

También aparece con fuerza la idea de debilitamiento del tejido comunitario y del sentido de pertenencia, asociado a estilos de vida que dificultan la participación y la construcción de redes, así como desigualdad territorial en recursos e implicación intersectorial.

Como necesidades, la demanda más transversal es el refuerzo de redes comunitarias (aparece prácticamente en todas las respuestas), junto a financiación o apoyos específicos, apoyo técnico desde salud o educación, dotación de recursos especializados de detección y tratamiento, y mayor coordinación y coherencia institucional en políticas que afectan a determinantes comunitarios de la salud.

Como elementos positivos se destaca la buena acogida de iniciativas comunitarias cuando se activan, la generación de sinergias entre agentes, el aumento de concienciación sobre el papel de cada sector en la prevención, la existencia de comisiones municipales o espacios intersectoriales en algunos municipios, y la percepción compartida de que el ámbito comunitario es clave para una prevención integral.

Entre los puntos débiles se repiten la falta de recursos, la insuficiente visibilidad de programas, la dificultad para evaluar impacto comunitario, y la falta de espacios de ocio saludable e iniciativas sostenidas que reconstruyan el tejido social. En cuanto a prioridades futuras, emergen de manera consistente las adicciones comportamentales y mediadas por tecnologías, la necesidad de planes de desarrollo comunitario estructurados que incluyan la prevención integral de salud y adicciones, la intervención con población vulnerable (mujer, mayores) y problemas asociados como soledad no deseada, adicciones en tercera edad y situaciones de abandono/fragilidad social; también se mencionan medidas de prevención ambiental relacionadas con la disponibilidad de cannabis o locales de juego de azar, y el fortalecimiento de agentes comunitarios de prevención entre personas referentes del barrio.

Finalmente, los indicadores de actividad muestran gran variabilidad, con entidades que reportan desde pocas acciones puntuales hasta volúmenes muy altos (p. ej., más de cien o varios cientos de actividades y miles de beneficiarios), y la evaluación de impacto aparece con frecuencia en el tercer sector y algunas entidades municipales, pero no está generalizada en administraciones financiadoras o proyectos en fase de informe.

Este patrón sugiere que, además de reforzar intervención y coordinación, conviene consolidar un sistema común de registro y evaluación comunitaria que permita comparar cobertura, alcance, continuidad, calidad de implementación y resultados, facilitando la toma de decisiones basada en evidencia a escala insular y autonómica.

5.- Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. ÁMBITO LABORAL

El objetivo general que se planteó en el IV Plan dentro del ámbito laboral (Área 9.5) fue promover hábitos de vida saludable en este ámbito, que actúen como factor de protección de los trabajadores y las trabajadoras ante conductas adictivas de cualquier tipología.

Sus los objetivos específicos fueron:

1. Promover la elaboración de programas de prevención universal sobre drogodependencias y otras adicciones, incluyendo siempre la participación de las y los trabajadores.
2. Promover el desarrollo de programas de prevención selectiva enfocados a la disminución y a la eliminación del consumo de alcohol y otras drogas en el trabajo, a la vez que incrementar la información y sensibilización en los lugares de trabajo sobre las adicciones (mitos, efectos, riesgos...).
3. Promover el desarrollo de programas de prevención destinados a establecer mecanismos de detección temprana de posibles factores asociados al consumo de sustancias, identificando y modificando factores ambientales de nuestro entorno laboral susceptibles de incidir en el consumo de drogas y alcohol (máquinas expendedoras, exposición permanente a productos...).
4. Promover el desarrollo de programas de prevención a través de la reducción del impacto de las variables antecedentes que contribuyen a las conductas adictivas.

Las respuestas de este bloque proceden de cinco entidades vinculadas al ámbito laboral, incluyendo administraciones públicas locales, entidades del tercer sector y organizaciones que trabajan con empresas y administraciones.

En todos los casos el cuestionario se responde en nombre de la entidad tras procesos de reflexión o debate colaborativo, con perfiles de responsabilidad técnica y de coordinación (UAD, unidades municipales de promoción de la salud, gerencias de entidades sociales y personal técnico especializado).

El ámbito territorial abarca Gran Canaria (Agüimes, Santa Lucía de Tirajana, Las Palmas de Gran Canaria) y Tenerife, así como entidades con actuación a nivel autonómico. El conocimiento del IV Plan Canario sobre Adicciones es generalizado, ya que la totalidad de las respuestas indican conocerlo.

En relación con la existencia de medidas de prevención de adicciones en el entorno laboral, todas las entidades manifiestan contar con algún tipo de actuación, si bien con distinto grado de sistematización.

Aproximadamente la mitad señala que estas medidas se desarrollan de forma regular y la otra mitad de manera ocasional, lo que evidencia que la prevención laboral está presente, pero aún no consolidada como práctica estructurada y homogénea.

Las acciones implementadas en los últimos dos años se centran principalmente en campañas de información y sensibilización, talleres de salud laboral y prevención de adicciones, derivación a recursos especializados y, en algunos casos, la inclusión del tema en los planes de prevención de riesgos laborales.

Solo una parte de las entidades ha incorporado protocolos específicos de detección o intervención, lo que indica que el enfoque preventivo sigue estando más

orientado a la sensibilización que a la detección precoz y la gestión integral de los casos.

La evaluación de riesgos ambientales vinculados al consumo en el contexto laboral se ha realizado únicamente en algunas entidades, principalmente aquellas con mayor estructura preventiva o con integración del enfoque de adicciones en los planes de riesgos laborales, mientras que en la mayoría no se ha desarrollado de forma sistemática.

En cuanto a la participación en acciones recogidas en el IV Plan Canario, varias entidades declaran haber participado, especialmente a través de talleres preventivos, sesiones de sensibilización y actuaciones dirigidas a programas de empleo, formación profesional básica o escuelas taller, aunque esta participación no es homogénea ni continuada en todos los casos.

La coordinación con otras instituciones para la prevención de adicciones en el ámbito laboral aparece como limitada. Una parte de las entidades indica no contar con coordinación estable, mientras que otras la describen como puntual o regular, principalmente con servicios de prevención de riesgos laborales, servicios de salud laboral y salud mental, ONG especializadas o, en menor medida, con ayuntamientos y cabildos.

La valoración de esta coordinación es mayoritariamente “buena” o “mejorable”, lo que refleja que existen canales de colaboración, pero que estos no están suficientemente estructurados ni generalizados en el conjunto del tejido laboral.

En cuanto a la capacitación interna, la formación específica sobre adicciones dirigida a delegados y delegadas de prevención o miembros de comités presenta una situación desigual.

Algunas entidades sí han recibido formación, otras la sitúan como parcial y varias indican no haberla recibido, lo que supone una debilidad relevante para la detección precoz y el abordaje adecuado de situaciones de consumo.

La existencia de campañas o mensajes institucionales que promuevan estilos de vida saludables en el entorno laboral es más frecuente, aunque no universal, y suele vincularse a acciones puntuales o a programas formativos concretos.

Respecto a la detección de situaciones relacionadas con consumo de sustancias u otras adicciones en el personal, varias entidades reconocen haber identificado casos, especialmente de forma ocasional o con cierta frecuencia en contextos específicos.

Sin embargo, la disponibilidad de protocolos claros de actuación, orientación, detección precoz y derivación es limitada: en la mayoría de los casos se indica que estos protocolos no existen o solo se conocen parcialmente, lo que refuerza la idea de que el abordaje sigue dependiendo en gran medida de iniciativas individuales o del recurso a servicios externos, más que de procedimientos normalizados dentro de las organizaciones.

Las principales barreras para una prevención eficaz en el entorno laboral se repiten con notable coherencia: la estigmatización del consumo y de las adicciones en el ámbito de trabajo, la falta de formación específica de mandos intermedios y responsables, la carencia de protocolos claros y la ausencia de una exigencia institucional que impulse de manera decidida la incorporación de la prevención de adicciones en las políticas de empresa y de la administración. A ello se suma la limitada financiación y el carácter ocasional de muchas intervenciones, que dificulta la continuidad y el impacto a medio y largo plazo.

Entre las necesidades identificadas para mejorar la prevención laboral destacan de forma transversal el apoyo institucional y la financiación específica, la elaboración de materiales adaptados a entornos laborales, la formación especializada de delegados de prevención, mandos intermedios y personal técnico, y la integración explícita de la prevención de adicciones en los planes de prevención de riesgos laborales.

Como aspectos positivos, las entidades subrayan el interés mostrado por parte de trabajadores y trabajadoras cuando se ofrecen espacios formativos, la buena acogida de las acciones en programas de empleo y formación, y el valor de un enfoque preventivo que prioriza el acompañamiento y la no penalización de las personas con problemas de adicción.

Finalmente, las propuestas y necesidades prioritarias de cara al próximo Plan Canario se orientan a reforzar la prevención laboral como un eje específico y visible, mediante convocatorias concretas, mayor inversión en campañas de sensibilización, formación obligatoria en determinados contextos laborales, definición de requisitos mínimos para empresas y administraciones canarias, y el desarrollo de protocolos claros y comunes de actuación.

Todo ello apunta a la necesidad de avanzar hacia un modelo de prevención en el trabajo más estructurado, coherente y basado en la corresponsabilidad institucional, que permita superar el estigma y situar la salud y el bienestar laboral en el centro de las políticas de adicciones.

6.- Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. ÁMBITO MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El objetivo general que se planteó en el IV Plan Canario sobre Adicciones dentro del ámbito de la comunicación (Área 9.6) fue conseguir que los medios de comunicación promuevan valores y actitudes que fomenten estilos de vida saludable, a la vez que no difundan ni promocionen conductas adictivas de ningún tipo.

Los objetivos específicos planteados eran:

1. Establecer mecanismos de divulgación relativos al uso de fuentes seguras de información.
2. Asesorar, sensibilizar y formar a profesionales de medios de comunicación sobre el uso de la información que se transmite en el ámbito de las adicciones.

El análisis de las respuestas del ámbito de medios de comunicación y canales de difusión muestra una participación reducida pero estratégicamente relevante, compuesta fundamentalmente por unidades municipales de prevención y entidades sociales que utilizan la radio, redes sociales y otros soportes como herramientas de sensibilización.

La información ha sido aportada desde perfiles de coordinación y responsabilidad técnica, en algunos casos tras debates colaborativos, lo que refuerza la consistencia cualitativa de los datos. Territorialmente, la actuación se concentra en ámbitos locales y comarcales de Gran Canaria, con algunos alcances autonómicos, lo que pone de relieve el papel clave de los medios de proximidad en la prevención de adicciones.

Existe un conocimiento generalizado del IV Plan Canario sobre Adicciones entre las entidades participantes y, a diferencia de otros ámbitos, se observa una implicación más directa en acciones vinculadas al Plan, especialmente desde unidades municipales y entidades sociales.

La participación se materializa principalmente en entrevistas, programas de radio, campañas institucionales y difusión de información cualificada, aunque no siempre se explicita el grado exacto de alineación estratégica con las medidas del Plan.

La difusión de contenidos preventivos es regular en todos los casos analizados. Predominan las noticias y reportajes informativos, las entrevistas a especialistas y las campañas de prevención, complementadas con publicaciones en redes sociales. Destaca especialmente el uso de la radio como espacio estable de divulgación, con programas semanales o intervenciones periódicas, lo que favorece la continuidad del mensaje preventivo y el contacto directo con la población.

El alcance estimado de estas acciones es significativo en algunos casos, superando decenas de miles de personas, lo que evidencia el potencial de los medios como agentes preventivos.

En cuanto al tratamiento informativo de las adicciones, los resultados muestran una situación desigual. Aunque se declara de forma generalizada la promoción de un enfoque responsable y la evitación de contenidos que normalicen o banalicen el consumo, no siempre existen criterios editoriales claros o códigos de estilo específicos sobre adicciones, y en algunos casos estos son desconocidos.

Esta falta de sistematización convive con buenas prácticas consolidadas, como la desmitificación de las adicciones, especialmente las comportamentales, y la

incorporación de recomendaciones prácticas sobre hábitos saludables, ocio y vida familiar.

La formación del personal aparece como una de las principales debilidades. En varios casos no se ha recibido formación específica en adicciones o comunicación responsable, aunque se reconoce de forma mayoritaria el interés del personal en recibirla. Esta carencia formativa se relaciona directamente con algunas de las barreras identificadas, como el tratamiento inadecuado de datos, el uso de imágenes o testimonios sensibles, la presión comercial o de audiencias y la falta de tiempo y recursos humanos.

Entre las necesidades y demandas más reiteradas destacan el apoyo institucional, la disponibilidad de recursos financieros, el acceso a datos y fuentes especializadas y el desarrollo de campañas institucionales coordinadas que faciliten la difusión de mensajes preventivos. Se señala también la conveniencia de contar con más personal y con una planificación comunicativa más estructurada, que permita mantener la regularidad y la calidad de los contenidos.

Como aspectos positivos, se subraya el interés y la disposición de los medios para abordar las adicciones, así como la existencia de espacios específicos y continuados dedicados a la prevención.

Se valora especialmente la contribución a la normalización del enfoque preventivo, la visibilización de las adicciones comportamentales y la cercanía de los medios locales para llegar a la ciudadanía.

No obstante, se considera necesario mejorar la gestión del tratamiento informativo y avanzar hacia un enfoque más homogéneo y profesionalizado.

De cara al próximo Plan Canario sobre Adicciones, las propuestas se orientan a la elaboración de un plan de comunicación específico para los medios canarios, al refuerzo de la formación en comunicación responsable, y a la incorporación explícita y diferenciada de las adicciones comportamentales, con materiales prácticos y accesibles tanto para profesionales como para la población general.

Todo ello apunta a la necesidad de consolidar a los medios de comunicación como aliados estratégicos del sistema preventivo, dotándolos de recursos, formación y orientación clara.

7.- Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. ÁMBITO ATENCIÓN INTEGRAL Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

El objetivo general que se planteó en el IV Plan en el Área 10: Atención Integral y Reducción del Daño era garantizar una atención integral, accesible y de calidad a las personas con adicciones, incluyendo intervenciones específicas de reducción del daño para mejorar su salud y bienestar.

Sus Objetivos específicos fueron

10.1 Atención Integral

1. Ofrecer un abordaje biopsicosocial que integre salud física, mental y apoyo social.
2. Favorecer itinerarios personalizados de atención y recuperación.
3. Mejorar la detección precoz y la intervención en atención primaria y otros servicios.
4. Incorporar la perspectiva de género y de derechos humanos en toda la atención.

10.2 Reducción del Daño

1. Implementar estrategias de reducción de riesgos en contextos de consumo activo.
2. Promover programas como intercambio de jeringuillas, salas de consumo supervisado o pruebas de ITS.
3. Formar al personal y sensibilizar a la comunidad sobre este enfoque.
4. Favorecer la reintegración social desde una lógica no punitiva ni excluyente.

En las respuestas recogidas, la mayoría de recursos declaran ofrecer atención directa a personas con adicciones y hacerlo de forma sostenida, con un enfoque predominantemente biopsicosocial.

Se repite una cartera de servicios amplia que combina valoración y diagnóstico, tratamiento psicológico, acompañamiento social e intervención familiar, junto con derivación a otros dispositivos y coordinación con servicios sanitarios y comunitarios.

En varios casos se incorporan además programas de reinserción social y laboral, dispositivos semirresidenciales o residenciales, atención específica a patología dual y, en algunas entidades, recursos diferenciados (por ejemplo, casa de acogida para mujeres, servicio de calle, asesoramiento jurídico, atención en centros penitenciarios o modalidades domiciliarias/telemáticas).

La aplicación de protocolos de atención integral aparece como heterogénea: algunas entidades refieren protocolos propios o alineados con directrices públicas, otras indican que están “en desarrollo” y en algún caso se reporta ausencia de protocolos específicos.

Aun así, el marco de intervención que describen suele orientarse a procesos terapéuticos integrales, centrados en la persona y su contexto, con componentes preventivos y de trabajo en red, aunque con distintos grados de sistematización según el recurso y el territorio.

Las intervenciones de reducción de riesgos y daños también muestran una implementación desigual. Hay recursos que las realizan de manera regular o puntual, incluyendo educación para un consumo más seguro, prevención y abordaje de sobredosis, acceso a medicación sustitutiva de opiáceos, acompañamiento en calle,

abordaje de ITS/VIH/hepatitis, medidas alternativas a la prisión y acciones vinculadas a adicciones comportamentales.

En otros contextos, especialmente cuando la población es menor de edad o cuando el modelo de intervención se plantea como “plan libre de drogas”, la reducción de daños se aplica poco o no se desarrolla.

Entre las barreras mencionadas se repiten la escasez de recursos de baja exigencia, la falta de plazas y dispositivos adecuados, la desigualdad territorial, el estigma, las limitaciones presupuestarias y la dificultad para sostener programas estables.

La coordinación interinstitucional se describe como presente y necesaria, pero con valoraciones mayoritariamente “mejorables” cuando se refiere a circuitos, seguimiento y derivación, especialmente en la relación con el Servicio Canario de la Salud y la red de salud mental.

Se señala que la efectividad depende del caso, del recurso y de la isla, y que existen diferencias notables en acceso y continuidad asistencial según zonas. El abordaje del doble diagnóstico aparece frecuentemente como parcial o puntual, y se mencionan obstáculos concretos que afectan a la continuidad clínica, como la dificultad de articular canales ágiles de coordinación o la falta de acceso a información clínica compartida.

En formación y desarrollo profesional se observa una demanda clara de capacitación más útil, aplicada y actualizada, con espacios reales de intercambio entre profesionales y revisión de programas que se perciben como repetitivos u obsoletos.

Entre las necesidades más reiteradas figuran el aumento de personal especializado (incluida la atención infantojuvenil y perfiles para patología dual), la mejora de infraestructuras e instalaciones, la creación o ampliación de recursos residenciales y de centros de día para derivación, así como apoyos logísticos como transporte.

Como aspectos positivos se destacan la cercanía, flexibilidad y calidad humana de los equipos, el enfoque integral centrado en la persona, la incorporación de la perspectiva de género en algunos servicios, y la capacidad de adaptación de las unidades ante cambios y nuevos perfiles.

De cara a prioridades para el próximo Plan, las propuestas convergen en reforzar la prevención, especialmente en el ámbito escolar, unificar protocolos y criterios de atención y coordinación, reducir desigualdades territoriales, consolidar financiación y estabilidad de recursos, y fortalecer la coordinación efectiva con salud mental para casos complejos y de doble diagnóstico.

También se plantea la necesidad de ampliar la oferta terapéutica comunitaria con dispositivos diversificados, de baja exigencia cuando sea necesario, y con mayor coherencia institucional para evitar mensajes contradictorios en materia preventiva.

8.-Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. ÁMBITO INCORPORACIÓN SOCIAL Y LABORAL

El objetivo general que se planteó en el IV Plan en el Área 11: Incorporación Social y Laboral fue promover la participación y la colaboración en los procesos de incorporación social y laboral de los agentes sociales y económicos, de las instituciones y de las entidades, así como sensibilizar en relación con el cumplimiento de la normativa vigente en esta materia a las diferentes instituciones públicas.

El objetivo específico de este ámbito fue:

1. Definir un modelo común de actuación en incorporación social, tanto en los aspectos conceptuales como en el establecimiento de procesos de continuidad de la atención y en los itinerarios individualizados de las personas beneficiarias de los programas.

Las entidades que responden al cuestionario coinciden mayoritariamente en que ofrecen apoyo a personas con problemas de adicciones en procesos de reinserción psicosocial, bien como objetivo principal de su intervención o integrado dentro de otros programas terapéuticos y sociales.

Este apoyo se articula sobre todo a través de acompañamiento social individualizado, orientación e intermediación laboral, apoyo psicológico, refuerzo del entorno familiar, desarrollo de habilidades para la vida autónoma y actividades de integración social.

En varios recursos se incorporan además programas de vivienda o acogida temporal, mediación comunitaria y formación profesional, lo que refuerza una visión integral de la reinserción como parte del proceso de recuperación.

La inclusión de programas de inserción laboral es habitual en las ONG y fundaciones especializadas, mientras que en recursos municipales aparece con más limitaciones o de forma indirecta.

Las medidas más frecuentes son los itinerarios personalizados de empleo, la orientación y el asesoramiento individualizado, la formación y capacitación para el empleo, la prospección laboral y, en los programas más consolidados, el seguimiento y apoyo en el puesto de trabajo.

La colaboración con el tejido empresarial es diversa: algunas entidades trabajan principalmente con empresas privadas, otras con administraciones públicas o servicios de desarrollo local, y en varios casos se señala la ausencia de convenios estables, lo que limita las oportunidades reales de inserción.

La coordinación con otros recursos, incluidos los vinculados a los Planes Insulares de Rehabilitación y/o Inserción Social (PIRS), se valora de forma desigual. Mientras algunas entidades la califican como muy eficaz y destacan la continuidad entre los procesos terapéuticos y los de inserción social y laboral, otras la consideran mejorable o suficiente, señalando carencias en la articulación interadministrativa y en la conexión entre los dispositivos de tratamiento y los recursos de empleo.

Aun así, existe un reconocimiento general de que cuando hay continuidad y coordinación, la inserción laboral actúa como un factor terapéutico clave que refuerza la motivación, la adherencia al tratamiento y la consolidación de los procesos de cambio.

Entre los aspectos positivos se destaca de forma recurrente la individualización de los itinerarios, la intervención integral que incorpora el empleo desde fases tempranas del tratamiento, los beneficios terapéuticos asociados al trabajo y, en algunos programas, las altas tasas de inserción y mantenimiento del empleo en empresa normalizada.

También se pone en valor la capacidad de algunos recursos para visibilizar realidades específicas, como las interseccionalidades del colectivo LGTBI y fenómenos emergentes como el chemsex, ampliando el enfoque tradicional de la inserción sociolaboral.

Las principales dificultades señaladas en los procesos de incorporación sociolaboral se concentran en la estigmatización y el rechazo social hacia las personas con antecedentes de adicciones, la baja empleabilidad derivada de la falta de formación o experiencia, los problemas de salud física o mental, y las limitaciones presupuestarias.

A ello se suma la escasez de convenios con empresas, la resistencia de algunos circuitos a apostar por el empleo normalizado y la falta de reconocimiento de estas personas como colectivo vulnerable en el acceso a políticas activas de empleo.

De cara al próximo Plan Canario, las recomendaciones se orientan a reforzar la financiación estable de los programas, mejorar la coordinación interinstitucional, ampliar los convenios y alianzas con empresas, e impulsar planes de formación y empleo específicos para personas con adicciones.

También se plantea la necesidad de introducir medidas de discriminación positiva para colectivos especialmente vulnerables, como las personas trans, y de situar la inclusión social y laboral como una línea prioritaria y estructural dentro de las políticas públicas de adicciones, garantizando continuidad entre tratamiento, acompañamiento social y empleo.

9.-Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. INFORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y SISTEMAS.

Los objetivos generales que se plantearon en el Plan dentro del Área 13: Formación, Investigación y Sistemas de Información fueron:

- Promover la formación de calidad a profesionales y diferentes agentes sociales de los distintos ámbitos implicados en el manejo de las adicciones, facilitando una actitud proactiva.
- Impulsar la actividad investigadora sobre el fenómeno de las adicciones en Canarias y de aquellas áreas complementarias de interés a este fenómeno, fomentando dicha investigación desde una perspectiva de género.
- Potenciar un sistema de información integral, integrado, interoperativo y actualizado.

Y los objetivos específicos dentro de cada subárea fueron:

Formación (13.1)

1. Mejorar y ampliar los conocimientos y la capacitación de los y las profesionales que intervienen en la prevención de las adicciones y en la atención integral a las personas con adicciones, tanto en lo que se refiere a la demanda como a la reducción de la oferta.
2. Estimular la incorporación de contenidos formativos en materia de adicciones en la educación universitaria de grado y postgrado.

Investigación (13.2)

1. Fomentar y promover la actividad investigadora sobre el fenómeno de las adicciones en Canarias, mediante la realización de actividades propias de investigación por parte del Gobierno de Canarias.
2. Fomentar la ampliación de las muestras para Canarias de estudios realizados a nivel nacional.
3. Fomentar y apoyar los diagnósticos locales, enfocados a la intervención en los territorios a nivel insular y municipal.

Sistemas de información (13.3)

1. Promover mejoras en cuanto a la gestión de la información dentro de la Red de Atención a las Adicciones, mejorando los registros y las conexiones dentro de la propia base de datos.

Las instituciones que han respondido al cuestionario, pertenecientes a la administración pública, entidades sociales y ámbito universitario, manifiestan en su mayoría conocer el IV Plan Canario sobre Adicciones y haber participado en acciones formativas en los últimos dos años.

Estas acciones se han centrado principalmente en formación técnica para profesionales de distintos ámbitos, formación para familias y voluntariado, y formación online, combinándolos en algunos casos con formatos presenciales o semipresenciales.

Las áreas formativas con mayor necesidad identificadas se relacionan especialmente con las adicciones comportamentales, el abordaje terapéutico integral y la actualización de contenidos adaptados a la realidad cambiante de los consumos y perfiles de intervención.

En cuanto a las preferencias metodológicas, se observa una diversidad de opciones, aunque destaca la formación presencial y mixta como la más valorada, complementada con modalidades online por su flexibilidad.

De forma recurrente, las entidades señalan la necesidad de apoyos estructurales para mejorar la formación, especialmente mediante financiación específica, convocatorias públicas estables y programas de formación continua adaptados a distintos perfiles profesionales, tanto clínicos como no clínicos.

También se demanda una mayor conexión entre la formación y los contextos reales de intervención, evitando propuestas excesivamente teóricas o poco aplicables.

La participación en proyectos de investigación sobre adicciones en los últimos años es desigual. Algunas entidades han desarrollado o colaborado en investigaciones centradas en el consumo de sustancias, su evolución y las adicciones comportamentales, mientras que otras no han podido hacerlo pese a mostrar interés en participar en iniciativas vinculadas al Plan Canario.

Las principales dificultades señaladas para la investigación son la falta de tiempo del personal técnico debido a la sobrecarga asistencial y, en otros casos, la insuficiencia de financiación y recursos materiales, lo que limita la capacidad de sistematizar datos y sostener líneas de investigación continuadas.

Respecto a los sistemas de información, se constata una gran heterogeneidad. Algunas entidades disponen de sistemas digitales propios o utilizan plataformas oficiales del Gobierno de Canarias, mientras que otras recurren a herramientas básicas como hojas de cálculo o reconocen no contar con un sistema estructurado de registro.

La información recogida suele centrarse en datos de personas atendidas, tipología de consumo y características sociodemográficas, pero no siempre se sistematiza ni se explota de forma analítica.

Entre las necesidades más repetidas destacan la formación práctica en registro y análisis de datos, la mejora de la interoperabilidad entre plataformas de distintos sistemas (salud, servicios sociales, justicia, empleo, educación y tercer sector) y el acceso seguro a datos agregados que permitan la planificación, la evaluación y la toma de decisiones basada en evidencias.

10.-Cuestionario de Evaluación del IV Plan Canario sobre Adicciones. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN

El objetivo general que se planteó en el IV Plan fue consolidar estructuras estables de coordinación y participación entre los diferentes sectores y agentes implicados, que favorezcan una respuesta conjunta, coherente y eficaz frente a las adicciones.

Sus objetivos específicos fueron:

1. Impulsar espacios permanentes de coordinación interadministrativa e intersectorial.
2. Fomentar la participación activa de la ciudadanía, el voluntariado y el tercer sector.
3. Establecer protocolos compartidos de actuación entre los distintos ámbitos implicados.
4. Promover una gobernanza inclusiva y basada en la corresponsabilidad.

Las entidades y administraciones que han participado en el cuestionario manifiestan, en su mayoría, conocer el IV Plan Canario sobre Adicciones y haber tomado parte, al menos de forma puntual, en espacios de consulta o diseño de políticas relacionadas con esta materia.

La participación se ha producido principalmente en procesos de diseño o evaluación de planes insulares y municipales, consultas públicas, foros ciudadanos y redes intersectoriales, aunque con una intensidad variable según el territorio y el tipo de entidad.

En varios casos se señala que la opinión aportada ha sido considerada solo parcialmente o que no existe claridad sobre el grado real de incorporación de las propuestas realizadas.

La existencia de espacios formales de participación ciudadana en adicciones se percibe como limitada o inexistente en muchas zonas, aunque allí donde se identifican destacan las mesas o consejos locales y los espacios de diálogo entre jóvenes, familias y profesionales.

Estos mecanismos son valorados como útiles, pero insuficientes si no van acompañados de continuidad, liderazgo institucional y una planificación clara. Se reconoce que cuando la participación es regular y estructurada, como en algunas comisiones municipales o mesas técnicas interinstitucionales, se generan dinámicas positivas de coordinación y corresponsabilidad.

Entre las principales barreras para la implicación de la ciudadanía se repiten la falta de información, la escasa visibilidad del tema de las adicciones, la poca cultura participativa y la complejidad o inaccesibilidad de los procesos. Estas dificultades se ven agravadas, en algunos contextos, por la ausencia de canales estables de comunicación entre la administración y los colectivos sociales, así como por la percepción de que la participación no siempre tiene un impacto real en la toma de decisiones.

Los apoyos que las entidades consideran clave para facilitar una mayor participación incluyen el respaldo institucional explícito, el apoyo logístico y

económico, la creación de canales directos con la administración, la formación para la participación ciudadana y el reconocimiento del trabajo de los colectivos implicados.

También se destaca la necesidad de una mayor coordinación entre niveles administrativos y de una financiación estable, preferiblemente plurianual, que permita sostener los espacios participativos en el tiempo.

Como experiencias positivas se mencionan procesos concretos de elaboración de planes municipales, la consolidación de mesas técnicas o comisiones locales, la participación en redes intersectoriales y acciones de sensibilización comunitaria que han permitido visibilizar recursos y generar contactos entre profesionales, entidades y ciudadanía. Estas experiencias son valoradas como útiles cuando han contado con planificación previa, tiempos adecuados y una devolución clara de los resultados del proceso participativo.

De cara a futuras políticas y planes, las recomendaciones se orientan a fortalecer y sistematizar la participación ciudadana mediante mesas de trabajo territoriales abiertas no solo a profesionales sino también a la ciudadanía, mejorar la difusión de las acciones realizadas, aumentar los recursos humanos especializados y evitar mensajes institucionales contradictorios en materia preventiva.

Se subraya la necesidad de un mayor liderazgo y coordinación por parte de las administraciones competentes, así como de integrar la participación como un eje estructural de las políticas de prevención y atención a las adicciones, con evaluación específica de los procesos participativos y de su impacto real.

CONCLUSIONES GENERALES EN EL MARCO DE LA COLABORACIÓN EN LA EVALUACIÓN

La representatividad de la participación en los cuestionarios se considera muy débil: el número de respuestas es insuficiente y la muestra resultante es poco representativa del conjunto de agentes, territorios y recursos implicados en la implementación del IV Plan Canario sobre Adicciones.

En consecuencia, los resultados deben interpretarse como una aproximación cualitativa y exploratoria, útil para identificar tendencias, percepciones y áreas de mejora, pero no como un diagnóstico generalizable al conjunto del archipiélago ni a todos los ámbitos de actuación.

A partir del proceso de evaluación colaborativa del IV Plan Canario sobre Adicciones y de la recopilación de información procedente de los distintos cuestionarios sectoriales, se pueden extraer una serie de conclusiones generales que permiten valorar el grado de desarrollo del Plan, identificar avances y limitaciones, y orientar de manera fundamentada el diseño del próximo marco estratégico.

En primer lugar, desde esta colaboración en la evaluación se evidencia que el IV Plan ha logrado un cierto nivel de reconocimiento institucional y técnico, especialmente entre administraciones públicas locales e insulares y entidades del tercer sector especializadas.

La mayoría de los agentes implicados parecen conocer el Plan y desarrollar actuaciones alineadas con sus principios, lo que confirma su utilidad como marco de referencia.

No obstante, esta apropiación es desigual según ámbitos y territorios, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar su difusión, operativización y traducción práctica en aquellos espacios menos especializados o con menor estructura técnica.

En relación con el desarrollo de la prevención desde la promoción de la salud, los resultados muestran una implantación amplia pero heterogénea. La prevención está presente en los ámbitos educativo, familiar, comunitario, de ocio, laboral y comunicativo, con una diversidad notable de acciones, formatos y enfoques. Sin embargo, en muchos casos predomina un modelo basado en intervenciones puntuales o informativas, frente a programas estructurados, continuos y evaluables. Esto limita el impacto sostenido de la prevención y dificulta su integración real como eje transversal de las políticas públicas de salud y bienestar.

La evaluación pone de relieve la existencia de recursos, experiencias y buenas prácticas valiosas, especialmente allí donde hay equipos técnicos estables, coordinación intersectorial y continuidad temporal.

Se identifican como fortalezas los enfoques biopsicosociales, comunitarios y centrados en la persona; la incorporación progresiva de la perspectiva de género; la articulación entre prevención, atención e inserción social; y la capacidad de adaptación de muchos recursos ante nuevas realidades, como las adicciones comportamentales, el uso problemático de tecnologías o los cambios en los patrones de consumo. Estas experiencias constituyen una base sólida para la replicabilidad y escalabilidad en otros territorios.

Al mismo tiempo, los cuestionarios permiten identificar barreras estructurales persistentes que limitan el desarrollo pleno del Plan. Entre ellas destacan la

insuficiencia y falta de estabilidad de la financiación, la escasez de personal técnico especializado, la sobrecarga de los sistemas educativos y comunitarios, la desigualdad territorial en recursos y servicios, y la ausencia de protocolos claros y compartidos en ámbitos clave como la detección precoz, la derivación, la atención integral, la reducción del daño o la prevención laboral. A estas barreras se suma el estigma social asociado a las adicciones, que atraviesa de forma transversal todos los ámbitos y condiciona tanto la participación ciudadana como el acceso a recursos, especialmente en el empleo y en determinados contextos comunitarios.

La coordinación interinstitucional e intersectorial aparece como un elemento presente pero insuficientemente consolidado. Aunque existen redes, mesas técnicas y espacios de colaboración, su funcionamiento depende en gran medida de la iniciativa local, de personas concretas o de proyectos temporales. La falta de estructuras estables, liderazgo claro y protocolos comunes genera discontinuidades entre prevención, atención, reducción del daño e incorporación social y laboral, y dificulta la continuidad de los itinerarios de las personas.

Este aspecto se acentúa en la relación con la red sanitaria y de salud mental, especialmente en el abordaje del doble diagnóstico.

En materia de formación, investigación y sistemas de información, la evaluación muestra avances relevantes, pero también una alta fragmentación.

Existe formación, pero no siempre es suficiente, homogénea ni adaptada a las necesidades reales de los distintos perfiles profesionales.

La investigación se desarrolla de manera desigual y limitada por la falta de tiempo y recursos, y los sistemas de información presentan una gran heterogeneidad, con carencias importantes en interoperabilidad, análisis de datos y evaluación de impacto. Esta situación dificulta la toma de decisiones basada en evidencia y la evaluación global del Plan.

Desde el punto de vista de la participación social y comunitaria, los resultados confirman que existe voluntad y experiencias positivas, pero también una participación mayoritariamente puntual y poco estructurada. La ciudadanía, los colectivos vecinales y algunas entidades del tercer sector encuentran barreras para implicarse de forma sostenida, derivadas de la falta de información, la escasa cultura participativa, la complejidad de los procesos y la percepción de que las aportaciones no siempre se traducen en cambios reales. Allí donde se han creado espacios estables, planificados y con devolución de resultados, la participación se valora como un elemento clave de legitimidad, corresponsabilidad y eficacia.

En conjunto, la evaluación colaborativa del IV Plan Canario sobre Adicciones permite concluir que existe un tejido institucional, técnico y comunitario activo y comprometido, con capacidad para desarrollar una prevención y una atención integral de calidad.

Sin embargo, para fortalecer el próximo Plan resulta imprescindible avanzar hacia una mayor integración, coherencia y sostenibilidad de las acciones.

Las propuestas recogidas convergen en la necesidad de reforzar la financiación estable, consolidar estructuras de coordinación y participación, unificar protocolos, mejorar la formación y los sistemas de información, reducir desigualdades territoriales y situar la prevención, la atención integral y la inclusión social como ejes estratégicos transversales, coherentes y basados en evidencia.