

ANEXO VI

ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DEL CONTEXTO

1. DETERMINANTES SOCIALES EN CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DEPENDENCIAS COMPORTAMENTALES	8
1.1. DETERMINANTES ESTRUCTURALES: POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL	8
1.1.1. Descripción del Determinante	8
1.1.2. Datos Cuantitativos y Análisis Temporal	8
1.1.3. Correlaciones con Otros Determinantes	9
1.1.4. Implicaciones Clínicas y Sociales para el Consumo de sustancias	9
1.1.5. Recomendaciones Específicas	10
1.2. DETERMINANTE DIFICULTADES ECONÓMICAS ESPECÍFICAS DEL HOGAR	11
1.2.1. Descripción del Determinante	11
1.2.2. Datos Cuantitativos Específicos (2024)	11
1.2.3. Análisis de Correlaciones	12
1.2.4. Implicaciones para el Consumo de Sustancias	12
1.2.5. Recomendaciones Específicas	12
1.3. DETERMINANTES ESTRUCTURALES: DESEMPLEO Y PRECARIEDAD LABORAL	13
1.3.1. Descripción del Determinante	13
1.3.2. Datos Cuantitativos Específicos	13
1.3.3. Análisis Temporal de Tendencias Laborales	13
1.3.4. Correlaciones Críticas	14
1.4. DETERMINANTES ESTRUCTURALES: SALUD MENTAL	15
1.4.1. Descripción del Determinante	15
1.4.2. Datos Cuantitativos y Análisis Comparativo	15
1.4.3. Análisis de Correlaciones Críticas	16
1.4.4. Implicaciones para el Consumo de Sustancias	17
1.4.5. Factores Específicos del Contexto Canario	17
1.4.6. Recomendaciones Específicas	18
1.5. DETERMINANTES ESTRUCTURALES: EDUCACIÓN Y ABANDONO ESCOLAR	19
1.5.1. Descripción del Determinante	19
1.5.2. Datos Cuantitativos: Evolución Temporal 2021-2025	19
1.5.3. Factores Subyacentes del Abandono Escolar	20
1.5.4. Correlaciones Críticas con Consumo de Sustancias	20
1.5.5. Implicaciones para el Consumo de Sustancias	20
1.5.6. Recomendaciones Específicas	21
1.6. DETERMINANTES CULTURALES: NORMALIZACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS	22
1.6.1. Descripción del Determinante	22
1.6.2. Datos Cuantitativos: Prevalencia de Consumo (EDADES 2022)	22
1.6.3. Análisis de Normalización Cultural	22

1.6.4. Correlaciones Críticas	23
1.6.5. Factores Específicos del Contexto Canario	23
1.6.6. Implicaciones para el Consumo de sustancias	24
1.6.7. Recomendaciones Específicas	24
1.7. DETERMINANTES COMPORTAMENTALES: JUEGO PATOLÓGICO	25
1.7.1. Descripción del Determinante	25
1.7.2. Características Específicas del Juego en Canarias	25
1.7.3. Datos de Prevalencia	25
1.7.4. Correlaciones Críticas	26
1.7.5. Factores de Vulnerabilidad Específicos	26
1.7.6. Implicaciones para el Consumo de sustancias	26
1.7.7. Recomendaciones Específicas	27
1.8. DETERMINANTES INDIVIDUALES Y FAMILIARES	28
1.8.1. Descripción del Determinante	28
1.8.2. Edad de Inicio del Consumo	28
1.8.3. Género como Determinante Diferenciado	28
1.8.4. 9.4. Factores Familiares	29
1.8.5. Factores de Riesgo Psicosocial Individual	30
1.8.6. Implicaciones para el Consumo de sustancias	31
1.8.7. Recomendaciones Específicas	31
1.9. ESTIGMA SOCIAL Y BARRERAS DE ACCESO	32
1.9.1. Descripción del Determinante	32
1.9.2. Manifestaciones del Estigma en Canarias	32
1.9.3. Barreras de Acceso a Servicios	32
1.9.4. Impacto del Estigma en Trayectorias de Consumo	33
1.9.5. Desigualdades de Acceso por Nivel Socioeconómico	33
1.9.6. Implicaciones para el Consumo de sustancias	34
1.9.7. Recomendaciones Específicas	34
1.10. SÍNTESIS: VULNERABILIDAD INTEGRADA Y ESCENARIO CANARIO	35
1.10.1. Características del Escenario Canario de Vulnerabilidad Integrada	35
1.10.2. Dinámicas Sistémicas de Amplificación	36
1.10.3. Síntesis de Vulnerabilidad Integrada	36
1.11. CONCLUSIONES Y SÍNTESIS GENERAL	37
1.12. CONCLUSIÓN FINAL:	38
2. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OTRAS CONDUCTAS DE RIESGO, PERCEPCIONES Y OPINIONES	39
2.1. EXPLICACIÓN GENERAL DE QUÉ SON ESTUDES Y EDADES LOS ESTUDIOS Y CUÁL ES LA MUESTRA DE CANARIAS:	39
2.2. REPRESENTATIVIDAD Y EXTRAPOLACIÓN DE LOS DATOS EN CANARIAS	41
2.3. PREVALENCIAS DE CONSUMOS	41

2.3.1. <i>Tabaco y productos relacionados (cigarrillos y cigarrillos electrónicos)</i>	41
2.3.2. <i>Alcohol</i>	45
2.3.3. <i>Cannabis</i>	47
2.3.4. <i>Hipnosedantes (ansiolíticos, tranquilizantes y somníferos, con o sin receta)</i>	50
2.3.5. <i>Analgésicos opioides (con y sin receta médica)</i>	52
2.3.6. <i>Bebidas energéticas (con y sin alcohol)</i>	55
2.3.7. <i>Cocaína (en polvo y/o base)</i>	58
2.3.8. <i>Alucinógenos, éxtasis y anfetaminas en Canaria</i>	60
2.4. EVOLUCIÓN TEMPORAL DEL USO DE LAS DIFERENTES SUSTANCIAS EN CANARIAS (2014–2024)	63
2.5. EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN CANARIAS	65
2.6. PERCEPCIÓN DE RIESGO ASOCIADA AL CONSUMO DE DISTINTAS SUSTANCIAS EN CANARIAS	68
2.7. PERCEPCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE SUSTANCIAS EN CANARIAS	71
2.8. PERCEPCIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA DE LAS SUSTANCIAS Y SU VISIBILIDAD SOCIAL EN CANARIAS	73
2.9. VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE DISTINTAS ACCIONES PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS SUSTANCIAS EN CANARIAS	76
2.10. CONSUMO DE JUEGOS DE AZAR CON DINERO EN CANARIAS	79
2.11. USO DE INTERNET Y SU POSIBLE USO PROBLEMÁTICO EN CANARIAS	83
2.12. USO Y USO PROBLEMÁTICO DE VIDEOJUEGOS EN CANARIAS,	85
2.13. CONSUMO DE PORNOGRAFÍA Y SU USO PROBLEMÁTICO	89
2.14. RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD – CANARIAS	92
2.15. USO DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON ACTIVIDADES DE OCIO	93
2.15.1. <i>Ocio, juventud y consumo de alcohol en Canarias</i>	94
2.15.2. <i>Ocio y consumo de cannabis en Canarias</i>	95
2.16. RELACIÓN ENTRE EL USO DE SUSTANCIAS Y LA PERCEPCIÓN DE DISPONIBILIDAD – CANARIAS	96
2.17. CORRELACIÓN ENTRE EL USO DE SUSTANCIAS Y LA PARTICIPACIÓN EN JUEGOS DE AZAR CON DINERO	98
2.18. RELACIÓN ENTRE EL USO DE SUSTANCIAS Y EL CONSUMO DE PORNOGRAFÍA	100
2.19. RELACIÓN ENTRE LA EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO DE TABACO Y EL USO DE CANNABIS Y OTRAS SUSTANCIAS	102
2.20. RELACIÓN ENTRE LA EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, CANNABIS Y EL USO DE OTRAS SUSTANCIAS	104
2.21. RELACIÓN ENTRE EL USO DE CANNABIS, EL CONSUMO DE COCAÍNA Y EL POLICONSUMO	106
2.22. RELACIÓN ENTRE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y LAS MEDIDAS CONSIDERADAS EFICACES PARA RESOLVERLOS	108
2.23. RELACIÓN ENTRE LAS ACTIVIDADES DE OCIO, LAS SALIDAS NOCTURNAS Y EL HORARIO DE REGRESO A CASA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS	111
2.24. RELACIÓN ENTRE EL USO DE VIDEOJUEGOS Y LA PARTICIPACIÓN EN JUEGOS DE AZAR CON DINERO	113
2.25. RELACIÓN ENTRE EL USO DE SUSTANCIAS, LA PERCEPCIÓN CIUDADANA DEL PROBLEMA Y LA VISIBILIDAD SOCIAL	115
2.26. CONSECUENCIAS ASOCIADAS, PERCIBIDAS Y EXPERIMENTADAS DEL USO DE SUSTANCIAS, TANTO A NIVEL	

PERSONAL (SALUD FÍSICA, PSICOLÓGICA, RENDIMIENTO, RELACIONES) COMO SOCIAL (FAMILIA, CONVIVENCIA, ACCIDENTES, VIOLENCIA, ETC.).	117
2.27. DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DEL USO DE SUSTANCIAS ENTRE CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES	120
2.28. DIFERENCIAS EN LA VALORACIÓN DE MEDIDAS Y ACTUACIONES SOBRE SUSTANCIAS SEGÚN CONSUMO DE CANNABIS	123
2.29. RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE PORNOGRAFÍA Y USO DE SUSTANCIAS	125
3. IMPACTO SANITARIO Y EN LA SALUD	128
3.1. URGENCIAS HOSPITALARIAS Y HOSPITALIZACIONES POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	128
3.1.1. <i>Número total de admisiones en urgencias/servicios de tratamiento</i>	128
3.1.2. <i>Número total de admisiones en urgencias/servicios de tratamiento por consumo de sustancias (por sustancia principal)</i>	129
3.1.3. <i>Tipos de complicaciones médicas y urgencias asociadas</i>	129
3.1.4. <i>Tasa de hospitalizaciones derivadas del consumo de sustancias</i>	130
3.1.5. <i>Datos adicionales relevantes para Canarias</i>	130
3.1.6. <i>Resumen general (2022–2024)</i>	131
3.2. MORTALIDAD ASOCIADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS:	131
3.2.1. <i>Panorama general de mortalidad asociada al consumo de sustancias y el consumo problemático en Canarias (2017–2023) Datos relevantes encontrados</i>	132
3.3. ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS:	135
3.3.1. <i>Enfermedades infecciosas en consumidores de sustancias inyectables (VIH, Hepatitis B y C)</i>	136
3.3.2. <i>Trastornos mentales asociados al consumo de sustancias</i>	137
3.3.3. <i>Enfermedades respiratorias y cardiovasculares asociadas a tabaco y sustancias inhaladas</i>	138
3.4. CONSUMO PROBLEMÁTICO ESTIMADO (ALCOHOL, CANNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA, USO INYECTADO).	140
3.4.1. <i>Panorama general del consumo problemático en Canarias (2022–2024)</i>	140
3.5. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS 2025–2027 PARA MEJORAR LA OBTENCIÓN Y CALIDAD DE DATOS SOBRE CONSUMO PROBLEMÁTICO Y ADICCIONES EN CANARIAS	143
4. IMPACTO EN LA SOCIEDAD	146
4.1. CRIMINALIDAD Y VIOLENCIA RELACIONADA CON CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES:	146
4.2. INCAUTACIONES DE SUSTANCIAS ILEGALES	151
4.3. DETENCIONES Y OPERACIONES POLICIALES:	153
4.4. VIOLENCIA RELACIONADA CON SUSTANCIAS ILEGALES: RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES Y ACTOS VIOLENTOS (AGRESIONES, HOMICIDIOS, VIOLENCIA DE GÉNERO...)	155
4.5. ACCIDENTES DE TRÁFICO VINCULADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES	156
4.6. ACCIDENTES LABORALES RELACIONADOS	157
4.7. COSTOS ECONÓMICOS Y CARGA SOBRE LOS SISTEMAS PÚBLICOS:	159
4.8. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS 2025–2030	160

5. IMPACTO EN FAMILIAS Y COMUNIDADES	162
5.1. CONSECUENCIAS EN EL ENTORNO FAMILIAR (CANARIAS)	162
5.2. AFECTACIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO. RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES Y EL ABANDONO ESCOLAR	165
5.3. AFECTACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL	166
6. PERCEPCIÓN SOCIAL DEL PROBLEMA	171
6.1. DATOS DE PERCEPCIÓN EN CANARIAS (FUENTES EDADES 2024 Y ESTUDES 2023)	171
6.2. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS 2025-2030	174
7. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS DE PERSONAS AFECTADAS	176
7.1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL CONSUMO Y LAS INCAUTACIONES EN CANARIAS	176
7.2. DISTRIBUCIÓN DE INCAUTACIONES POR ISLAS Y MUNICIPIOS (2023–2024)	178
7.3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PERSONAS CONSUMIDORAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN CANARIAS	179
7.3.1. Edad	180
7.3.2. Género	181
7.3.3. Nivel socioeconómico y situación laboral	182
7.4. CONCLUSIONES SOBRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS EN CANARIAS	182
8. ATENCIÓN INTEGRAL Y REDUCCIÓN DEL DAÑO	184
8.1. ATENCIÓN EN LA RED ASISTENCIAL	184
8.1.1. Número total de personas en tratamiento	186
8.1.2. Adicciones por las que se solicita tratamiento (adicción principal) TUS	186
8.1.3. Tipos de tratamiento aplicados	187
8.1.4. Abandono y éxito terapéutico	188
8.1.5. Contexto comparativo nacional (OEDA, Informe 2023)	189
8.1.6. Recomendaciones período 2026-2030	189
8.2. ATENCIÓN EN EL ÁMBITO JURÍDICO-PENAL (CANARIAS)	191
8.2.1. Multas e infracciones según la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (artículo 39)	191
8.2.2. Programas en juzgados y comisarías	193
8.2.3. Atención en prisión	194
8.2.4. Cumplimientos alternativos (suspensiones de condena, medidas de seguridad, libertad condicional, art. 182):	194
8.2.5. Menores infractores sometidos a tratamiento por consumo de sustancias	196
9. INCORPORACIÓN SOCIO-LABORAL	199
9.1. RELACIÓN SOCIAL Y OCIO	199
9.2. FORMACIÓN	201
9.3. LABORAL	203
9.4. RESIDENCIAL	206

10. RECURSOS DE ATENCIÓN / RESPUESTA INSTITUCIONAL	209
10.1. NÚMERO DE CENTROS DE TRATAMIENTO Y PLAZAS DISPONIBLES	209
10.2. GASTO PÚBLICO EN PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REDUCCIÓN DE DAÑOS	210
10.3. COBERTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN Y TIEMPOS DE ACCESO	214
10.4. PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS	216

El diagnóstico situacional ha tenido como objetivo comprender de manera sistemática el contexto actual de las adicciones, identificar tendencias de consumo, necesidades emergentes y factores de riesgo y protección, así como disponer de una base objetiva que oriente la planificación, la priorización de actuaciones y la toma de decisiones.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión documental exhaustiva de informes, memorias y estadísticas oficiales, tanto de ámbito estatal como autonómico, prestando especial atención a los indicadores definidos por el Plan Nacional sobre Drogas, que constituyen el marco de referencia común para el análisis comparado y la evaluación de políticas públicas.

El análisis se ha organizado siguiendo la estructura del Boletín de Indicadores Clave sobre Drogas y Adicciones del PNSD¹, agrupando la información en 10 grandes bloques analíticos, permitiendo una lectura integral y coherente de la situación.

Se han tomado como referencia fundamental los informes, memorias y datos disponibles de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones (DGSMA), en tanto que órgano competente en la planificación, coordinación y seguimiento de las políticas públicas en materia de adicciones y salud mental en la Comunidad Autónoma de Canarias.

La información procedente de la DGSMA ha permitido complementar los indicadores de ámbito estatal con una lectura ajustada a la realidad autonómica, aportando datos sobre actividad asistencial, perfiles de las personas atendidas, funcionamiento de la red de recursos, patología dual y necesidades emergentes detectadas durante el periodo de vigencia del Plan. Esta integración de fuentes ha contribuido a un análisis más preciso del contexto, reforzando la coherencia del diagnóstico y su utilidad para la toma de decisiones y la planificación estratégica.

En conjunto, el diagnóstico situacional, elaborado a partir de la revisión documental y el análisis estructurado según el esquema del PNSD, permite comprender el estado actual de las adicciones, identificar tendencias y necesidades emergentes y establecer una base sólida para la definición de prioridades estratégicas. Este enfoque garantiza la coherencia con los sistemas de información estatales, facilita la comparación territorial y refuerza la calidad técnica del proceso de planificación y evaluación.

1

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/2025_Boletin_PNSD_Indicadores_Clave.pdf

1. DETERMINANTES SOCIALES EN CONSUMO DE SUSTANCIAS Y DEPENDENCIAS COMPORTAMENTALES

1.1. DETERMINANTES ESTRUCTURALES: POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

1.1.1. Descripción del determinante

La pobreza y la exclusión social constituyen determinantes estructurales fundamentales en la génesis y perpetuación de problemas de consumo de sustancias. Estas condiciones no solo generan estrés psicosocial, sino que limitan el acceso a recursos de prevención, diagnóstico y tratamiento. A nivel neurofisiológico, la pobreza crónica activa sistemas de estrés que incrementan la vulnerabilidad a la automedicación mediante sustancias.

La exclusión social, entendida como la privación de recursos, derechos, bienes y servicios necesarios para la participación social, constituye un factor multiplicador del riesgo de consumo problemático.

1.1.2. Datos cuantitativos y análisis temporal

Tasa AROPE (At Risk Of Poverty and/or Exclusion)

La tasa AROPE es un indicador compuesto de la Unión Europea que mide el porcentaje de población en riesgo de pobreza, exclusión social o privación material severa.

Año	Porcentaje	Población Aproximada
2022	36,2%	750.000 personas
2023	33,8%	763.276 personas
2024	31,2%	695.402 personas

Aunque se observa una tendencia positiva de reducción continuada durante el período analizado (-5 puntos porcentuales en dos años), Canarias mantiene la quinta tasa AROPE más elevada de España, solo superada por Andalucía (35,6%), Castilla-La Mancha (34,2%), Extremadura (32,4%) y Región de Murcia (32,4%).

Riesgo de Pobreza (Umbral de Ingresos)

El riesgo de pobreza se define específicamente como vivir con ingresos inferiores al 60% de la renta mediana nacional.

Año	Porcentaje / Contexto
2022	29,4% (segundo más alto tras Andalucía)
2023	26,1% (576.000 personas)
2024	24,6% (550.728 personas, umbral 965€/mes)

La reducción de 4,8 puntos porcentuales en dos años es significativa, indicando una mejoría relativa en las condiciones económicas. Sin embargo, casi una cuarta parte de la población canaria vive en pobreza según criterios de renta.

Pobreza severa y carencia material

Pobreza severa (2023-2024): 13,2% de la población canaria se encuentra en situación de pobreza severa, lo que implica privación extrema de bienes y servicios.

Carencia material y social severa (2024): 10,8% de la población experimenta esta combinación de privación, siendo particularmente vulnerable a comportamientos adictivos como mecanismo de escape.

1.1.3. Correlaciones con otros determinantes

Pobreza y Salud Mental

Existe una correlación bidireccional entre pobreza y problemas de salud mental. El estrés económico crónico facilita el desarrollo de cuadros de depresión y ansiedad, que a su vez predisponen al consumo de sustancias como automedicación. En Canarias, la prevalencia de trastornos mentales (52%) es particularmente elevada en poblaciones en riesgo de pobreza.

Pobreza y Acceso a tratamiento

Las personas en situación de pobreza enfrentan barreras significativas de acceso a servicios especializados en adicciones. La combinación de estigma social y limitación de recursos económicos genera un efecto multiplicador de exclusión del sistema sanitario.

Pobreza y Educación

La pobreza familiar predispone al abandono educativo temprano (tasa en Canarias 14,4% en 2025), que a su vez es factor de riesgo de consumo de sustancias. Un 40% de los jóvenes que abandonan la educación tempranamente reporta consumo problemático de sustancias.

1.1.4. Implicaciones clínicas y sociales para el consumo de sustancias

1. Estrés psicosocial crónico: Activa sistemas de estrés neuronales que incrementan predisposición a conductas adictivas
2. Acceso a sustancias: Paradójicamente, las sustancias más baratas son las más adictivas (alcohol de baja calidad, cannabis, estimulantes baratos)
3. Falta de oportunidades: La ausencia de perspectivas laborales reduce la motivación para abandono de consumo
4. Entorno comunitario: Barrios empobrecidos presentan mayor disponibilidad de sustancias y menor vigilancia comunitaria
5. Ausencia de redes de apoyo: Familias fragmentadas por crisis económica no proporcionan contención

1.1.5. Recomendaciones Específicas

- Implementar programas de renta mínima vinculados a acciones de prevención de adicciones
- Desarrollar servicios de tratamiento de baja barrera de entrada adaptados a poblaciones en pobreza extrema
- Fortalecer la coordinación entre servicios sociales y servicios de adicciones
- Crear espacios de ocio alternativo en barrios de riesgo social
- Establecer programas de mediación comunitaria en contextos de pobreza estructural

1.2. DETERMINANTE DIFICULTADES ECONÓMICAS ESPECÍFICAS DEL HOGAR

1.2.1. Descripción del determinante

Más allá de la medición de la pobreza mediante ingresos, existen dificultades económicas concretas en la gestión del hogar que generan estrés agudo y predisponen al consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento. Estas dificultades incluyen la incapacidad de afrontar gastos imprevistos, la dificultad para llegar a fin de mes y la imposibilidad de acceder a servicios básicos de ocio y descanso.

1.2.2. Datos cuantitativos específicos (2024)

Incapacidad de Afrontar Gastos Imprevistos

Este indicador mide la vulnerabilidad económica aguda del hogar, siendo particularmente relevante como predictor de crisis que pueden precipitar conductas adictivas.

Población	Porcentaje
Población general	48,9%
Mujeres	51,5%
Hombres	46,3%

La diferencia de género es significativa (3,2 puntos) y sugiere que las mujeres experimentan mayor vulnerabilidad económica aguda, lo que correlaciona con tasas más elevadas de automedicación con tranquilizantes en población femenina.

Dificultad para llegar a final de mes

Este indicador es especialmente relevante, pues refleja dificultades crónicas en la gestión del presupuesto familiar.

Tipo de Dificultad	Porcentaje
Cierta dificultad	28,2%
Mucha dificultad	12,7%
Dificultad de diverso grado (adicional)	13,8%
Total con algún grado de dificultad	Aproximadamente 55%

Esta cifra es extraordinaria: más de la mitad de los hogares canarios experimenta dificultades recurrentes para cubrir necesidades básicas mensuales.

Restricción en Ocio: Imposibilidad de Vacaciones

Indicador	Valor
No puede ir de vacaciones (al menos 1 semana/año)	45,3%

Este indicador es relevante pues la ausencia de descanso y ocio genera acumulación de estrés que incrementa la vulnerabilidad a consumos problemáticos.

1.2.3. Análisis de Correlaciones

Dificultades económicas y Estrés agudo

La incapacidad de afrontar gastos imprevistos genera situaciones de crisis que activan sistemas de estrés. En poblaciones con antecedentes de consumo, estas crisis frecuentemente precipitan recaídas. Estudios muestran que 32% de recaídas en consumo de sustancias son precipitadas por crisis económicas agudas.

Dificultades económicas y Automedicación

La imposibilidad de acceder a servicios sanitarios privados para tratamiento de trastornos mentales leves-moderados favorece la automedicación con sustancias. Las mujeres que no pueden acceder a psicofármacos prescritos recurrentemente acuden a alcohol (13,7% en Canarias) o cannabis (18,2% en Canarias).

Dificultades económicas y Juego patológico

La ausencia de ocio saludable y la necesidad de escapar del estrés económico favorecen la participación en juego online, donde existe acceso masivo 24/7 a través de smartphones. El gasto medio en apuestas entre personas en dificultad económica es 2,5 veces superior al de población sin dificultades.

1.2.4. Implicaciones para el consumo de sustancias

- Mecanismos de afrontamiento desadaptativos: El 55% de hogares con dificultad para fin de mes reporta uso de sustancias como mecanismo de escape
- Ciclos de deuda-consumo: Las dificultades económicas generan deuda, que genera más estrés, que precipita más consumo
- Acceso a sustancias baratas: La necesidad económica favorece el consumo de sustancias adulteradas y de mayor potencial adictivo
- Reducción de capital social: La falta de recursos para ocio social aumenta el aislamiento y depresión

1.2.5. Recomendaciones específicas

- Implementar programas de asesoramiento económico familiar integrados con servicios de adicciones
- Crear líneas de crédito social para gastos imprevistos vinculadas a seguimiento en adicciones
- Desarrollar servicios de ocio gratuito y supervisado para poblaciones en dificultad económica
- Fortalecer redes de apoyo mutuo en barrios vulnerables
- Establecer protocolo de derivación desde servicios de deuda a servicios de salud mental y adicciones.

1.3. DETERMINANTES ESTRUCTURALES: DESEMPLEO Y PRECARIEDAD LABORAL

1.3.1. Descripción del determinante

El desempleo y la precariedad laboral constituyen determinantes estructurales críticos en la génesis de problemas de adicción. Más allá del impacto económico, el desempleo impacta psicológicamente mediante la pérdida de identidad, propósito y estructura temporal. La precariedad laboral, por su parte, genera estrés crónico caracterizado por incertidumbre permanente.

1.3.2. Datos cuantitativos específicos

Baja Intensidad en el Empleo (BITH) 2024

Región	Porcentaje
Canarias	10,4% (tercera más elevada de España)
Media nacional	8,0%
Diferencia	+2,4 puntos porcentuales

Este indicador refleja personas que trabajan menos de 20 horas semanales o de forma muy esporádica, sin seguridad de ingresos regulares.

Sectores de mayor riesgo

Hostelería y Turismo: Sectores de importancia crítica en economía canaria presentan características de alto riesgo:

- Empleo altamente precario e inestable
- Contratos temporales mayoritariamente
- Alta exigencia emocional (servicio al cliente)
- Horarios irregulares que afectan ciclos sueño-vigilia
- Acceso facilitado a sustancias en entorno laboral
- Estrés ocupacional sin protección sindical efectiva

Trabajadores de la hostelería reportan 3,2 veces mayor prevalencia de consumo problemático de alcohol y 2,1 veces mayor prevalencia de consumo de cocaína respecto a la media poblacional.

Trabajadores pobres

Una proporción significativa de la población canaria trabaja pero no logra cubrir necesidades básicas por bajos salarios. Este fenómeno, denominado 'pobreza laboral', afecta a aproximadamente 18% de trabajadores en Canarias.

1.3.3. Análisis Temporal de Tendencias Laborales

Impacto de la Pandemia COVID-19

La pandemia generó un incremento dramático de desempleo (2020-2021) seguido de recuperación parcial. Sin embargo, la recuperación se caracterizó por creación de empleo precario, no de empleo de calidad.

Evolución Post-Pandémica 2022-2024

A pesar de cierta estabilización nominal de indicadores de desempleo, la calidad del empleo ha continuado deteriorándose, con incremento en:

- Temporalidad de contratos
- Reducción de jornadas
- Volatilidad de ingresos
- Precarización de derechos laborales

1.3.4. Correlaciones críticas

Desempleo y Depresión

Existe relación entre duración de desempleo y desarrollo de depresión clínica. Después de 6 meses de desempleo, el 31% de personas desarrolla síntomas depresivos que frecuentemente generan automedicación con sustancias.

1.4. DETERMINANTES ESTRUCTURALES: SALUD MENTAL

1.4.1. Descripción del determinante

La salud mental constituye un determinante crítico del consumo de sustancias mediante múltiples mecanismos: (a) la automedicación de síntomas psiquiátricos con sustancias, (b) los déficits de regulación emocional asociados a trastornos mentales que predisponen a conductas adictivas, (c) la comorbilidad entre trastornos mentales primarios y adicciones (patología dual).

Canarias presenta una situación particularmente preocupante de salud mental, con tasas de trastornos mentales significativamente elevadas respecto al resto de España.

1.4.2. Datos cuantitativos y Análisis comparativo

Prevalencia General de Trastornos Mentales (2022)

Región	Porcentaje	Observaciones
Canarias	52%	LA MÁS ELEVADA DE ESPAÑA
España	34%	+18 puntos porcentuales

La diferencia de 18 puntos porcentuales posiciona a Canarias como la comunidad autónoma con mayor prevalencia de salud mental deteriorada del país. Esta cifra extraordinariamente elevada es resultado de la convergencia de determinantes económicos, laborales y sociales particulares a Canarias.

Tasa de Trastornos Mentales por 1.000 Habitantes

Región/Dato	Casos por 1.000 habitantes
Canarias	518,5 (MÁXIMA ESPAÑA)
Comunidad Valenciana	466
Región de Murcia	424

Trastornos por Ansiedad en Menores de 25 Años

Año	Casos / 1.000 hab (16-25 años)	Cambio respecto anterior
2016	16,3	Referencia base
2019	25,2	+54,6% (3 años)
2022	32,8	+30% (3 años)
TOTAL 2016-2022	-	+102% (DUPLICACIÓN EN 6 AÑOS)

El incremento de 102% en 6 años, con aceleración post-pandemia, sugiere que los jóvenes canarios están experimentando estrés y ansiedad a niveles históricamente sin precedentes. Este dato es crítico para la comprensión de la vulnerabilidad al consumo en población adolescente-joven.

Depresión y Ansiedad: Autopercepción Poblacional (2024)

Nivel de Severidad	Porcentaje
Deprimida/ansiosa (general)	33%
Leve	18,2%
Moderada	9,3%
Severa	4,5%
Muy severa	1,26%

La población total que autopercebe que padece depresión o ansiedad es de aproximadamente 600.000 personas. Adicionalmente, el 71% de la población canaria considera que su salud mental ha empeorado en años recientes. La percepción generalizada de empeoramiento es importante clínicamente: refleja que más allá de diagnósticos formales, existe experiencia subjetiva de deterioro en la población general.

Automedicación con Tranquilizantes (2021)

Población	Número de Personas
Total	355.790
Mujeres	220.833 (61,8%)
Hombres	134.957 (38,2%)

La sobrerrepresentación de mujeres (23,6 puntos porcentuales superior) es significativa y correlaciona con mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en mujeres, acceso limitado a servicios de salud mental, mayor estigma para mujeres que solicitan ayuda, y factores de género específicos (violencia de pareja, carga de cuidados).

Mortalidad por Suicidio (2023)

Indicador	Dato
Defunciones por suicidio	223
Tendencia respecto 2022	Reducción 5% (223 vs 235)
Grupo edad más afectado	45-59 años (43% del total)

Aunque existe una reducción del 5% respecto a 2022, la cifra de 223 suicidios es superior a la media nacional. Adicionalmente, 34% de suicidas tenía antecedentes de consumo problemático, estableciendo una clara correlación entre adicciones y riesgo suicida.

1.4.3. Análisis de correlaciones críticas

Salud Mental Deteriorada ↔ Automedicación con Sustancias

La relación es bidireccional: trastornos mentales facilitan el consumo de sustancias como automedicación, pero el consumo de sustancias también genera/exacerba trastornos mentales.

Mecanismos específicos:

- Cannabis y psicosis: 57,7% de psicosis agudas en urgencias asociadas a consumo reciente de cannabis. El riesgo de psicosis es 4,7 veces mayor en consumidores diarios vs no consumidores.
- Cocaína y depresión: Post-consumo genera depresión severa que predispone a recaídas
- Alcohol y ansiedad: Aunque inicialmente reduce ansiedad, genera tolerancia y dependencia con ansiedad severa en abstinencia.

Patología Dual: Prevalencia e Implicaciones

La patología dual (comorbilidad de trastorno mental grave + adicción) afecta a aproximadamente el 70% de personas en tratamiento por adicciones en Canarias. Este es un factor crítico que:

- Complica significativamente el tratamiento
- Requiere abordaje integrado simultáneo
- Aumenta riesgo de suicidio 6-8 veces respecto a la población general
- Reduce tasas de remisión de adicción (32% vs 58% sin patología dual)

1.4.4. Implicaciones para el Consumo de Sustancias

- Automedicación de síntomas: Personas con ansiedad, depresión o trastornos del sueño recurren a sustancias para autotratamiento
- Déficit de regulación emocional: Los trastornos mentales generan dificultad en la regulación de emociones que se compensan con sustancias
- Impulsividad aumentada: Muchos trastornos mentales incluyen impulsividad que facilita el inicio de consumo
- Ciclos de recaída: Síntomas mentales residuales precipitan recaídas durante la recuperación
- Riesgo de suicidio: La combinación de trastorno mental + adicción incrementa dramáticamente el riesgo suicida

1.4.5. Factores Específicos del Contexto Canario

Impacto psicosocial del turismo

El sistema económico basado en turismo genera:

- Estrés ocupacional en sector servicios (jornadas extensas, baja remuneración, baja seguridad laboral)
- Estacionalidad que genera desempleo recurrente
- Percepción de desigualdad social (contraste entre turistas y trabajadores)
- Acceso facilitado a sustancias en ambiente turístico

Insularidad y Distancia de servicios

La naturaleza insular de Canarias genera:

- Dificultad de acceso a servicios especializados en salud mental
- Mayor estigma en comunidades pequeñas
- Limitación de redes de apoyo por tamaño de poblaciones insulares

- Mayor impacto de crisis económicas en economías locales cerradas

1.4.6. Recomendaciones Específicas

- Implementar un cribado de salud mental en todos los servicios de adicciones
- Desarrollar programas específicos de tratamiento integrado de patología dual
- Crear servicios de telepsiquiatría para islas de menor población
- Establecer protocolos de derivación rápida desde urgencias a servicios de adicciones
- Implementar programas de prevención de suicidio en personas con consumo problemático
- Fortalecer capacidad diagnóstica de depresión/ansiedad en centros de atención primaria
- Desarrollar formación específica en tratamiento de patología dual para profesionales

1.5. DETERMINANTES ESTRUCTURALES: EDUCACIÓN Y ABANDONO ESCOLAR

1.5.1. Descripción del determinante

La educación es un determinante estructural fundamental que actúa de múltiples formas en la génesis del consumo de sustancias: (a) proporciona estructura y ocupación temporal, (b) desarrolla habilidades de regulación emocional y social, (c) genera perspectivas de futuro que protegen contra conductas de riesgo, (d) reduce la exposición a sustancias al mantener en entornos monitoreados.

El abandono educativo temprano es un factor de riesgo crítico de consumo de sustancias, siendo la relación causal bidireccional: el consumo causa abandono escolar, pero el abandono escolar también facilita el consumo.

1.5.2. Datos cuantitativos: Evolución temporal 2021-2025

Tasa de Abandono Educativo Temprano

Año	Porcentaje	Observaciones
2021	13,3%	Línea base
2022	11,7%	MÍNIMO HISTÓRICO (-1,6p)
2023	15,1%	FUERTE REPUNTE (+3,4p)
2024	13,1%	Descenso (-1,67p)
2025 (junio)	14,4%	REPUNTE (+1,3p, 1,8p sobre nacional)

Se observa un patrón de volatilidad con picos en 2023 y 2025. La tasa se mantiene consistentemente entre 11,7% y 15,1%, oscilando alrededor de 13,5% de media. Este patrón sugiere que, a pesar de esfuerzos políticos, la tasa de abandono escolar en Canarias mantiene una lógica subyacente de dificultad estructural.

Comparación con Media Nacional

Región	2025	Posicionamiento
Canarias	14,4%	MÁS ELEVADA DEL PAÍS
España	12,6%	(+1,8 puntos Canarias)

Canarias es consistentemente la comunidad con mayor tasa de abandono escolar del país, junto con Extremadura, representando aproximadamente 14% por encima de la media nacional.

Distribución por Género (2022)

Género	Porcentaje	Implicaciones
Hombres	16,0%	2,2x superior a mujeres
Mujeres	7,3%	Brecha de 8,7 puntos

La brecha sustancial de género tiene implicaciones importantes: los hombres tienen 2,2 veces mayor tasa de abandono escolar que las mujeres. Esto se correlaciona con consumo de sustancias ilegales significativamente mayor en hombres.

1.5.3. Factores Subyacentes del Abandono Escolar

- Baja inversión educativa: Por debajo de la media nacional en porcentaje del PIB
- Altos porcentajes de repetición de curso: Factor de riesgo significativo de abandono (3,2x mayor riesgo)
- Rigidez en evaluación: Sistemas tradicionales que generan fracaso en estudiantes con dificultades
- Débil conexión educación-empleo: Desconexión entre titulación y oportunidades laborales
- Menores expectativas laborales: Desmotivación por contexto de desempleo elevado

1.5.4. Correlaciones Críticas con Consumo de Sustancias

Abandono escolar → Consumo de sustancias

Jóvenes que abandonan la formación tempranamente:

- Pierden estructura temporal y supervisión
- Acceden a ocio con pares consumidores
- Pierden perspectivas de futuro
- Experimentan fracaso y baja autoestima
- En Canarias, 42% de menores en protección por abandono escolar presenta consumo problemático

Consumo de sustancias → Abandono escolar

Adolescentes que inician consumo de sustancias:

- Reducen rendimiento académico (absentismo, falta de concentración)
- Experimentan síntomas depresivos/ansiosos que interfieren con aprendizaje
- Priorizan obtención de sustancias sobre responsabilidades educativas
- En Canarias, 34% de abandono escolar entre 14-18 años tiene consumo de sustancias como factor contribuyente identificado

1.5.5. Implicaciones para el consumo de sustancias

- Pérdida de estructura: El abandono escolar elimina la estructura diaria que organiza el comportamiento
- Acceso a pares consumidores: El abandono permite socialización con grupos delictivos
- Ocio no supervisado: Los jóvenes que abandonan tienen 6+ horas diarias sin supervisión
- Pérdida de perspectiva: La ausencia de perspectivas educativas/laborales reduce la motivación para evitar el consumo de sustancias
- Comorbilidad educativa-mental: Los trastornos mentales causan abandono que genera más trastornos mentales

1.5.6. Recomendaciones específicas

- Implementar programas de intervención temprana en educación primaria para identificar riesgo de abandono
- Desarrollar programas de educación flexible adaptados a necesidades de estudiantes vulnerables
- Crear alternativas de formación profesional accesible y relevante laboralmente
- Implementar servicios de apoyo psicosocial integrados en centros educativos
- Establecer protocolos de derivación desde educación a servicios de adicciones/salud mental
- Fortalecer conexiones entre educación y oportunidades laborales reales
- Desarrollar programas específicos para islas menores
- Crear incentivos para mantener trayectoria educativa de jóvenes en riesgo

1.6. DETERMINANTES CULTURALES: NORMALIZACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

1.6.1. Descripción del determinante

Más allá de factores económicos, laborales o de salud mental, existen factores culturales que generan normalización del consumo de sustancias. Estos incluyen normas sociales que aceptan el consumo en contextos específicos, narrativas culturales que dan glamour al consumo o que minimizan los riesgos de las sustancias, y ausencia de educación sobre riesgos.

La normalización cultural es un factor crítico pues legitima socialmente conductas que de otro modo serían rechazadas.

1.6.2. Datos Cuantitativos: Prevalencia de Consumo (EDADES 2022)

Alcohol

Indicador	Porcentaje
Prevalencia vida	59,2%
Binge drinking (últimos 30 días)	34,7%
Botellón (últimos 12 meses)	65%
Botellón (últimos 30 días)	27,1%

El consumo de alcohol en Canarias no solo es prevalente sino que tiene patrones particularmente de riesgo (binge drinking, botellón) que sugieren normalización de consumo de alto riesgo. Los porcentajes son superiores a la media nacional, indicando un contexto cultural específico.

Cannabis

Indicador	Canarias	España / Nota
Prevalencia vida adolescentes	31,1%	Muy elevada para edad
Prevalencia últimos 12 meses	26,2%	2,1x superior a nacional (12,6%)

La prevalencia de cannabis en Canarias entre adolescentes es de las más elevadas del país, sugiriendo normalización particular en esta región y grupo de edad. Más de 1 de cada 4 adolescentes canarios consumió cannabis en el último año.

1.6.3. Análisis de normalización cultural

Normalización del Alcohol

En Canarias, existe normalización cultural del consumo de alcohol mediante:

- Eventos sociales: Asociación entre celebraciones (fiestas, despedidas) y consumo de alcohol
- Ocio social: La actividad de ocio típica es el consumo de alcohol en bares/chiringuitos

- Identidad cultural: Patrimonio de bebidas alcohólicas (ron, vino local) como identidad cultural
- Presión de grupo: Rechazo del consumo socialmente estigmatizado como 'extraño'
- Ausencia de alternativas: Escasez de espacios de ocio sin bebida alcohólica
- Publicidad: Presencia constante de publicidad de bebidas alcohólicas

Normalización del Cannabis

En Canarias existe especial normalización del cannabis entre jóvenes:

- Narrativa cultural: Construcción social del cannabis como 'sustancia natural', 'menos peligrosa que alcohol'
- Acceso facilitado: Mayor disponibilidad de cannabis en Canarias por cercanía a redes de importación de Marruecos
- Precios bajos: Cannabis es la sustancia más barata en Canarias (5€/gramo vs 60€ cocaína)
- Modelos en medios: Representación en medios, redes sociales de consumo de cannabis como normal
- Pares consumidores: Elevada prevalencia en cohorte de edad crea presión normativa

1.6.4. Correlaciones críticas

Normalización cultural → Inicio de consumo

La normalización crea varias consecuencias:

- Reduce percepción de riesgo (adolescentes que ven consumo frecuente en pares minimizan riesgos)
- Facilita inicio accidental (oportunidades frecuentes de exposición)
- Genera experimentación social no percibida como 'consumo de sustancias' sino como actividad normal

Estudios muestran que adolescentes en contextos de alta normalización tienen 2,8 veces mayor probabilidad de iniciar consumo que en contextos de baja normalización.

Normalización → Falta de búsqueda de ayuda

La normalización genera que personas con consumo problemático:

- No lo perciban como problema ('todos lo hacen')
- No busquen ayuda (ausencia de percepción de necesidad)
- Retrasen presentación clínica hasta fases avanzadas

1.6.5. Factores específicos del contexto canario

Presencia masiva de casas de apuestas

En Canarias existe una elevada presencia de casas de apuestas y máquinas tragaperras, particularmente en barrios vulnerables. Esto genera:

- Normalización del juego en población general
- Acceso facilitado a menor
- Publicidad agresiva en espacios públicos
- Concentración de mesas de juego en barrios de riesgo social

Acceso online 24/7

Internet y aplicaciones móviles permiten acceso 24/7 a:

- Apuestas deportivas
- Juegos online
- Pornografía
- Contenido que normaliza consumo de sustancias

Este acceso digital es particular en jóvenes que desarrollan adicciones comportamentales como puerta de entrada al consumo de sustancias.

Contexto turístico

El turismo genera normalización de consumo mediante:

- Importación de cultura de consumo de sustancias
- Espacios de ocio con legalidad diferente (cannabis social clubs)
- Mayor disponibilidad de sustancias en contextos turísticos
- Turismo de consumo de sustancias explícito en algunos destinos

1.6.6. Implicaciones para el consumo de sustancias

- Reducción de percepción de riesgo: La normalización genera infraestimación de peligros.
- Presión normativa: Presión de grupo basada en normas culturales
- Inicio no problematizado: Jóvenes experimentan con sustancias sin percibir como conducta de riesgo
- Retraso en la búsqueda de ayuda: Personas con consumo problemático buscan ayuda más tarde
- Mayor prevalencia: Contextos culturalmente normalizadores tienen prevalencias 2-4x mayores

1.6.7. Recomendaciones específicas

- Implementar campañas de comunicación social que corrijan narrativas normalizadoras de cannabis/alcohol
- Desarrollar programas de cuestionamiento de normas en entornos educativos
- Establecer regulaciones de publicidad de casas de apuestas en espacios públicos
- Crear espacios de ocio alternativos sin sustancias
- Fortalecer educación en medios para analizar críticamente mensajes sobre el consumo de sustancias
- Desarrollar programas con influencers/modelos alternativos de ocio sin consumo de sustancias
- Implementar restricciones de acceso online a juegos de apuesta en menores

1.7. DETERMINANTES COMPORTAMENTALES: JUEGO PATOLÓGICO

1.7.1. Descripción del determinante

El juego patológico es una adicción comportamental cada vez más prevalente que, aunque no implica consumo de sustancia química, genera mecanismos neurofisiológicos similares a las adicciones a sustancias. Además, el juego patológico frecuentemente precede al consumo de sustancias, funcionando como puerta de entrada a las adicciones.

1.7.2. Características específicas del juego en Canarias

Normalización Social del Juego

En Canarias, existe normalización cultural del consumo de alcohol mediante:

- Densidad de casas de apuestas: Mayor concentración que la media nacional
- Ubicación estratégica: Casas de apuestas frecuentemente ubicadas en barrios vulnerables donde generan captación de población sin recursos
- Acceso masivo online: Aplicaciones móviles permiten juego 24/7 desde cualquier ubicación
- Marketing agresivo: Publicidad omnipresente en calles, redes sociales, eventos deportivos
- Percepción de legalidad: Legalidad del juego genera percepción de inocuidad

Acceso Digital

La digitalización ha transformado el juego patológico:

- Acceso 24/7 desde dispositivos personales
- Ausencia de limitaciones temporales o espaciales
- Anonimato relativo
- Facilidad de depósito de dinero
- Gamificación que intensifica engagement
- Algoritmos que optimizan retención

1.7.3. Datos de Prevalencia

Juego Problemático en Población Atendida por Adicciones

Indicador	Valor
Juego como diagnóstico principal (AECAD 2024)	9% (≈1.040 personas)
Juego comórbido en tratamiento por consumo de sustancias	25-30%

La prevalencia de juego patológico como diagnóstico principal es baja (9%), pero la prevalencia de juego comórbido es considerable (25-30%), sugiriendo que juego es factor contribuyente importante pero no siempre identificado como problema principal.

1.7.4. Correlaciones críticas

Juego patológico → Consumo de sustancias

Existe relación causal: personas con juego patológico tienen 2,1-3,2 veces mayor riesgo de desarrollar adicción a sustancias mediante varios mecanismos:

- Vulnerabilidad dopaminérgica: Ambas conductas generan activación de circuitos dopaminérgicos de recompensa
- Impulsividad compartida: Déficit de control de impulsos predispone a ambas adicciones
- Estrés económico: Deudas del juego generan estrés que precipita consumo
- Socialización con pares consumidores: Espacios de juego frecuentemente tienen disponibilidad de sustancias
- Automedicación: Uso de sustancias para aliviar ansiedad por pérdidas en juego

Juego patológico → Problemas económicos → Delincuencia

El juego genera:

- Endeudamiento masivo
- Búsqueda de dinero rápido (delitos)
- Pérdida de vivienda
- Conflictos familiares
- Crisis económicas agudas que precipitan consumo

1.7.5. Factores de Vulnerabilidad Específicos

- Desempleo: Desempleados pasan promedio 4,2 horas/día en dispositivos digitales; juego patológico es 3,8x más prevalente
- Baja Educación: Menor comprensión de probabilidades y riesgos del juego
- Vulnerabilidad Económica: Mayor inversión en juego paradójicamente en personas con dificultades económicas

1.7.6. Implicaciones para el consumo de sustancias

- Puerta de entrada a las adicciones: Juego frecuentemente precede al consumo de sustancias
- Vulnerabilidad compartida: Mecanismos neurofisiológicos similares predisponen a múltiples adicciones
- Ciclos de refuerzo mutuo: Juego genera estrés que precipita consumo; consumo genera impulsividad que intensifica juego
- Complejidad clínica: Pacientes con juego + consumo de sustancias tienen peor pronóstico
- Vulnerabilidad social: Ambas conductas agravan vulnerabilidad económica y social

1.7.7. Recomendaciones específicas

- Implementar regulaciones más estrictas sobre publicidad de casas de apuestas
- Establecer restricciones de acceso geográfico a casas de apuestas en barrios vulnerables
- Crear protocolos de cribado de juego patológico en todos los servicios de adicciones
- Desarrollar programas específicos de tratamiento del juego patológico
- Fortalecer restricciones de acceso de menores a juego online
- Implementar límites de gasto automáticos en plataformas online
- Crear servicios de asesoramiento de deudas integrados con servicios de adicciones
- Desarrollar mensajes de salud pública sobre riesgos del juego

1.8. DETERMINANTES INDIVIDUALES Y FAMILIARES

1.8.1. Descripción del determinante

Más allá de determinantes estructurales (pobreza, desempleo, educación), existen determinantes a nivel individual y familiar que predisponen al consumo de sustancias. Estos incluyen factores biogenéticos, psicológicos (temperamento, regulación emocional, resiliencia), y factores familiares (estructura familiar, prácticas de crianza, transmisión intergeneracional).

1.8.2. Edad de inicio del consumo

Edad Promedio de Inicio

Sustancia	Edad Promedio Inicio
Alcohol	16-18 años
Tabaco	14,6 años
Cannabis	18,6 años (iniciación más temprana en Canarias)

Implicación clínica: Toda sustancia iniciada antes de los 16 años tiene un riesgo significativamente mayor de progresión a dependencia (1,4-2,8x aumentado). El consumo en la adolescencia es particularmente perjudicial pues el cerebro adolescente aún está en desarrollo (especialmente corteza prefrontal hasta aproximadamente los 25 años).

1.8.3. Género como determinante diferenciado

Hombres

Patrón de consumo:

- Mayor consumo de sustancias ilegales (cocaína, heroína)
- Mayor consumo de alcohol en patrones de riesgo (binge drinking)
- Mayor consumo de juego online y apuestas
- Mayor prevalencia de consumo en contexto laboral (hostelería, transporte)

Tasa de abandono educativo: 16% (vs 7,3% mujeres) - hombres 2,2x mayor

Mecanismos subyacentes

- Socialización masculina que desalienta expresión emocional, facilitando automedicación
- Mayor exposición a pares consumidores
- Mayor presión grupal hacia conductas de riesgo
- Menos búsqueda de ayuda profesional (estigma de vulnerabilidad)

Mujeres

Patrón de consumo:

- Mayor consumo de hipnosedantes y psicofármacos (61,8% de 355.790 consumidores)
- Mayor prevalencia de automedicación
- Mayor prevalencia de adicciones comportamentales (compras compulsivas, trastornos alimentarios)
- Consumo de sustancias frecuentemente vinculado a violencia de género (51,7% víctimas de violencia)
- Mayor propensión a consumir sustancias en pareja (facilitado por pareja consumidor)

Tasa de abandono educativo: 7,3% (vs 16% hombres)

Mecanismos subyacentes:

- Socialización femenina que genera mayor vulnerabilidad a automedicación para manejo de emociones
- Acceso limitado a servicios de salud mental genera automedicación
- Violencia de género como factor de riesgo crítico
- Mayor responsabilidad de cuidados que genera estrés crónico
- Estigma diferenciado para mujeres consumidoras

1.8.4. 9.4. Factores familiares

Desestructuración Familiar

Familias monoparentales, separadas o divorciadas presentan mayor riesgo de:

- Supervisión parental reducida
- Apoyo económico insuficiente
- Modelos de rol no adecuados
- Estrés psicoemocional en menores

Ausencia de Supervisión Parental

Menores sin supervisión parental efectiva:

- Tienen 3,4x mayor riesgo de inicio de consumo
- Tienen mayor acceso a pares consumidores
- Presentan iniciación más temprana (2-3 años antes que pares supervisados)
- Desarrollan consumo más grave más rápidamente

Modelos Familiares con Consumo Normalizado

Cuando padres o hermanos consumen sustancias:

- Normalización del consumo en modelo familiar
- Mayor disponibilidad de sustancias
- Aprendizaje por modelado
- 2,1x mayor riesgo de consumo en descendientes

Estilos de crianza inadecuados

Estilos permisivos (falta de límites):

- Generan falta de regulación interna
- Incrementan riesgo de impulsividad
- Facilitan acceso a sustancias

Estilos autoritarios (control excesivo):

- Generan rebeldía
- Facilitan consumo como acto de desafío
- Reducen comunicación y confianza

Estilos negligentes:

- Generan falta absoluta de supervisión
- Asociado a mayor prevalencia de consumo y delincuencia

1.8.5. Factores de riesgo psicosocial individual

Baja resiliencia

Capacidad reducida de enfrentar adversidades sin recurrir a consumo. Personas con baja resiliencia:

- Presentan 2,3x mayor riesgo de consumo problemático
- Desarrollan dependencia más rápidamente
- Tienen peor pronóstico de tratamiento

Déficit en habilidades sociales

Dificultades en interacción social predisponen a:

- Aislamiento que facilita consumo solitario
- Falta de redes de apoyo protectoras
- Mayor vulnerabilidad a presión negativa de grupo

Dificultades de autocontrol

Déficit de control inhibitorio:

- Relacionado con TDAH (que afecta 5-6% menores Canarias)
- Facilita consumo impulsivo
- Predice trayectoria de riesgo aumentado

Comorbilidad Psiquiátrica

Trastorno	Aumento Riesgo Consumo
Depresión	2,1x
Ansiedad	2,3x
TDAH	2,8x
Trauma/TEPT	3,4x

1.8.6. Implicaciones para el Consumo de sustancias

- Edad de inicio crítica: Consumo antes de 16 años predice trayectoria de alto riesgo
- Diferencias de género: Hombres mayor consumo ilegal; mujeres mayor automedicación
- Familia como contexto: Ambiente familiar es el predictor más fuerte del consumo en menores
- Acumulación de riesgos: Multiplicidad de riesgos individuales/familiares genera efecto sinérgico
- Ventanas de intervención críticas: Adolescencia es período crítico de intervención

1.8.7. Recomendaciones Específicas

- Implementar programas de formación parental enfocados en supervisión y límites claros
- Desarrollar intervenciones tempranas para menores con riesgos individuales (TDAH, depresión)
- Crear programas de parentalidad con padres consumidores
- Establecer protocolos de detección temprana de menores en riesgo en educación
- Implementar intervenciones adaptadas por género
- Desarrollar programas específicos para mujeres víctimas de violencia
- Crear servicios de abordaje familiar integrados con tratamiento de adicciones
- Fortalecer capacidad de diagnóstico de TDAH en atención primaria

1.9. ESTIGMA SOCIAL Y BARRERAS DE ACCESO

1.9.1. Descripción del determinante

El estigma social hacia personas con adicciones constituye un determinante crítico que perpetúa y agrava los problemas de consumo. El estigma actúa como barrera de acceso a servicios, reduce la probabilidad de búsqueda de ayuda temprana, y genera ciclos de exclusión social que precipitan más consumo.

1.9.2. Manifestaciones del estigma en Canarias

Estigma hacia personas con adicciones

Personas con adicción a sustancias enfrentan:

- Discriminación laboral: Personas con antecedentes de consumo enfrentan barreras significativas para el empleo
- Discriminación social: El estigma en comunidades locales impide la reintegración
- Exclusión familiar: Frecuentemente son rechazadas por familias
- Estigma institucional: Los sistemas de justicia y salud frecuentemente discriminan
- Autoestigma: Las personas interiorizan el estigma, generando autolimitación y desesperanza

Estigma diferenciado por género

Mujeres consumidoras:

- Estigma más severo que hombres (doble moral de género)
- Mayor riesgo de pérdida de custodia de hijos
- Mayor rechazo social
- Mayor dificultad para reinserción laboral

Hombres consumidores:

- Menor estigma relativo
- Mayor probabilidad de criminalización vs tratamiento
- Menor apoyo familiar en algunos contextos

1.9.3. Barreras de acceso a servicios

Barreras estructurales

En Canarias existen barreras específicas:

- Tiempo de espera: Reportes anecdóticos sugieren esperas de 2-4 semanas para primera cita
- Distribución territorial: Concentración de servicios en capitales (LPGC, Santa Cruz Tenerife), limitando acceso en islas menores y municipios rurales
- Horarios: Servicios frecuentemente en horario comercial, limitando acceso de trabajadores

- Costos: Aunque los servicios son públicos, hay costos asociados (transporte interinsular, ausencia laboral)

Barreras psicológicas

Barreras psicológicas incluyen:

- Miedo a consecuencias legales: Personas con consumo ligado a delitos temen derivación a policía
- Miedo a consecuencias familiares: Especialmente mujeres temen que la revelación de consumo genere pérdida de custodia
- Falta de confianza en servicios: Experiencias previas negativas
- Negación del problema: Especialmente en fases tempranas

Barreras sociales

Barreras sociales incluyen:

- Baja cohesión comunitaria: En barrios vulnerables, existe falta de redes de apoyo
- Códigos de silencio: En algunas comunidades, hablar de problemas con los servicios es considerado una traición
- Estigma comunitario: Conocimiento de que alguien busca tratamiento puede precipitar rechazo social

1.9.4. Impacto del Estigma en Trayectorias de Consumo

Retraso en búsqueda de ayuda

El estigma genera que:

- 67% de personas con consumo problemático reporta retraso en búsqueda de ayuda
- Promedio de retraso: 5-7 años entre inicio de problema y búsqueda de tratamiento
- Durante este período, el problema se agrava significativamente

Ciclos de exclusión

El estigma genera ciclos de exclusión:

1. Exclusión social
2. Mayor consumo (automedicación del rechazo)
3. Mayor estigma
4. Mayor exclusión (vuelta a paso 1)

1.9.5. Desigualdades de Acceso por Nivel Socioeconómico

Paradoja de acceso: Personas con mayor vulnerabilidad socioeconómica tienen:

- Mayor necesidad de servicios
- PERO menor capacidad de acceso debido a barreras prácticas

En Canarias, población con ingresos bajos (31,2% en riesgo AROPE) tiene:

- Menor información sobre servicios disponibles
- Mayor dificultad de transporte a servicios
- Mayor dificultad de ausentarse del trabajo
- Mayor estigma al buscar servicios públicos

Resultado: Personas con máxima necesidad de servicios son precisamente quienes menos acceden.

1.9.6. Implicaciones para el Consumo de sustancias

- Retraso en intervención: El estigma genera que la intervención sea más tardía cuando el problema es más grave
- Ciclos de exclusión: El estigma genera dinámicas que perpetúan el problema
- Ocultamiento del problema: El estigma genera que personas oculten el consumo, impidiendo la identificación temprana
- Reinserción impedida: El estigma impide la recuperación completa incluso después de la abstinencia
- Desigualdad de acceso: El sistema genera que quienes más lo necesitan son quienes menos acceden

1.9.7. Recomendaciones Específicas

- Implementar campañas de desestigmatización que reconozcan la adicción como problema de salud
- Desarrollar servicios de bajo umbral con menos barreras de acceso
- Crear servicios comunitarios descentralizados en barrios vulnerables
- Fortalecer formación de profesionales en competencias culturales y estigma
- Implementar servicios integrados (no separados) en atención primaria
- Desarrollar programas de defensa de derechos de personas con adicciones
- Crear espacios de apoyo mutuo basados en comunidad
- Fortalecer protección legal contra discriminación laboral
- Implementar programas de reintegración laboral específicos
- Desarrollar mensajes de salud pública que contrarresten narrativas estigmatizantes

1.10. SÍNTESIS: VULNERABILIDAD INTEGRADA Y ESCENARIO CANARIO

1.10.1. Características del escenario canario de vulnerabilidad integrada

Pobreza estructural concomitante con precariedad laboral

Canarias presenta la particularidad de que la pobreza no coexiste aisladamente sino en contexto de:

- 31,2% en riesgo AROPE (5ª más alta España)
- 10,4% baja intensidad empleo (3ª más alta España)
- 55% hogares con dificultad para fin de mes

Esta convergencia genera estrés económico crónico que actúa como disparador permanente de consumo. A diferencia de la pobreza en otras regiones donde hay estabilidad laboral o redes de apoyo social más fuertes, la pobreza en Canarias es caracterizada por la volatilidad (empleos temporales, estacionalidad turística) que genera crisis recurrentes.

Salud mental deteriorada en contexto de recursos limitados

Canarias presenta la crisis de salud mental más severa del país:

- 52% población con trastornos mentales (vs 34% nacional)
- 71% considera que salud mental ha empeorado
- 32,8 casos ansiedad/1000 en menores (vs 16,3 en 2016)

PERO simultáneamente:

- Servicios de salud mental insuficientes
- 3.005 consultas/año en patología dual para 11.709 personas en tratamiento (27% de cobertura)
- Tiempo de espera elevado para servicios especializados
- Presencia muy significativa de automedicación (355.790 personas usan psicofármacos)

Resultado: Crisis de salud mental sin respuesta sistémica adecuada, generando automedicación muy significativa.

Educación precaria perpetuando ciclos de riesgo

Canarias presenta:

- 14,4% abandono educativo temprano (vs 12,6% nacional)
- Volatilidad extrema (11,7% a 15,1% en 1 año)
- Brecha de género severa (16% hombres vs 7,3% mujeres)
- Correlación directa con desempleo futuro

Esto perpetúa ciclos donde:

1. Niños en pobreza abandonan educación
2. Sin educación, tienen acceso solo a empleos precarios
3. Desempleo/precariedad perpetúa pobreza

4. Pobreza genera nuevamente problemas educativos en hijos

Normalización cultural de consumo en contexto turístico

Canarias presenta normalización particular de sustancias:

- Cannabis: 26,2% prevalencia últimos 12 meses en adolescentes (vs 12,6% nacional)
- Alcohol: Patrones de riesgo (65% botellón, 34,7% binge drinking)
- Juego: 24% adolescentes en apuestas online

Contexto turístico genera:

- Mayor disponibilidad de sustancias
- Importación de patrones de consumo de países emisores
- Menor vigilancia comunitaria en áreas turísticas
- Legitimación del consumo en contextos de ocio

1.10.2. Dinámicas sistémicas de amplificación

Ciclo pobreza → Salud mental → consumo

Pobreza (estrés económico) → Depresión/Ansiedad → Automedicación con sustancias → Mayor pobreza (enfermedad) → Vuelta a inicio

Este ciclo es particularmente vicioso en Canarias donde:

- Pobreza estructural (31,2%)
- Servicios de salud mental insuficientes (ratio población/psicólogos bajo)
- sustancias accesibles (proximidad Marruecos, precios bajos)

1.10.3. Síntesis de Vulnerabilidad Integrada

Canarias presenta un escenario donde convergen simultáneamente múltiples determinantes que generan efecto multiplicativo:

Determinante	Canarias	España
Riesgo AROPE	31,2%	26% (estimado)
Trastornos Mentales	52%	34%
Abandono Educativo	14,4%	12,6%
Baja Intensidad Empleo	10,4%	8%
Cannabis Adolescentes	26,2%	12,6%

No es que cada determinante sea máximo, sino que su convergencia genera un efecto multiplicativo que crea vulnerabilidad excepcional.

1.11. CONCLUSIONES Y SÍNTESIS GENERAL

El análisis exhaustivo de los 10 determinantes sociales del consumo de sustancias en Canarias revela un escenario complejo donde factores económicos, de salud mental, educativos, culturales y sociales actúan en forma integrada para crear vulnerabilidad extrema al consumo de sustancias.

Canarias no solo presenta tasas más elevadas en cada determinante individual, sino que la CONVERGENCIA SIMULTÁNEA de estos determinantes genera un efecto multiplicativo que posiciona a la región como una de las más vulnerables de España ante el consumo de sustancias.

HALLAZGOS CRÍTICOS:

1. Vulnerabilidad Integrada: La problemática del consumo de sustancias en Canarias no es resultado de un factor único sino de la interacción de múltiples determinantes estructurales, económicos, culturales y sociales que se refuerzan mutuamente.
2. Brecha de Salud Mental: Canarias presenta la brecha más grave de salud mental del país (52% vs 34% nacional), sin respuesta sistémica adecuada, generando automedicación masiva con sustancias legales e ilegales.
3. Precariedad Laboral Crónica: La baja intensidad de empleo (10,4%) combinada con la estacionalidad turística crea inseguridad económica permanente que genera estrés psicosocial predisponente al consumo.
4. Normalización Cultural: Canarias presenta una normalización particular del consumo (cannabis 26,2% vs 12,6% nacional en adolescentes), facilitada por el contexto turístico y el acceso geográfico a sustancias.
5. Ciclos Intergeneracionales: La convergencia de pobreza, abandono escolar, desempleo genera ciclos que se perpetúan intergeneracionalmente, dificultando la intervención.
6. Brechas de Género: Los hombres presentan mayor consumo de sustancias ilegales y juego, mientras las mujeres presentan mayor automedicación y adicciones comportamentales. La violencia de género es un factor de riesgo crítico en mujeres.
7. Estigma sistémico: El estigma social perpetúa ciclos de exclusión donde personas con máxima necesidad de servicios son precisamente quienes menos acceden.

IMPLICACIONES PARA POLÍTICA Y PRÁCTICA:

La evaluación del IV Plan Canario de Drogodependencias debe partir del reconocimiento de esta vulnerabilidad integrada. Las intervenciones que abordan solo la dimensión del consumo de sustancias (prevención/tratamiento/control de oferta) serán INSUFICIENTES si no se abordan simultáneamente los determinantes sociales subyacentes.

El camino venidero requiere un cambio de PARADIGMA desde un 'problema del consumo de sustancias' hacia un 'problema de vulnerabilidad social donde el consumo

de sustancias es síntoma', lo que demanda respuestas intersectoriales coordinadas que integren:

- Expansión urgente de servicios de salud mental con tratamiento integrado de patología dual
- Políticas económicas y de empleo que generen estabilidad laboral
- Intervención educativa temprana que prevenga abandono escolar
- Campañas de desestigmatización que reconozcan la adicción como problema de salud
- Servicios descentralizados con bajo umbral de acceso
- Coordinación intersectorial (educación-empleo-salud-servicios sociales) en caso único

1.12. CONCLUSIÓN FINAL:

La vulnerabilidad integrada de Canarias ante el consumo de sustancias es el resultado de la convergencia de determinantes estructurales complejos que requieren abordaje integral, coordinado y multisectorial. Las soluciones de sustancias aisladas, por exhaustivas que sean, resultará en un impacto limitado si persisten los factores socioeconómicos, educativos y de salud mental subyacentes que generan la vulnerabilidad.

2. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OTRAS CONDUCTAS DE RIESGO, PERCEPCIONES Y OPINIONES

2.1. Explicación general de qué son ESTUDES y EDADES los estudios y cuál es la muestra de Canarias:

ESTUDES (2023) y EDADES (2022 y 2024) son encuestas oficiales dirigidas por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), dependiente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad.

Su finalidad es conocer los patrones, la prevalencia y la evolución del consumo de sustancias y otras adicciones en distintos grupos de población, constituyendo una base fundamental para la elaboración de políticas nacionales y autonómicas en esta materia. Además, permiten disponer de datos homogéneos y comparables con el resto de comunidades autónomas, lo que facilita el análisis conjunto y la coordinación de estrategias en el ámbito estatal. En el caso de Canarias, los resultados se contrastan con otros indicadores y fuentes estadísticas de la comunidad autónoma, especialmente con los datos del Instituto Canario de Estadística (ISTAC), con el fin de garantizar la coherencia y complementariedad de la información.

La encuesta ESTUDES (2023), o Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, evalúa el consumo y las percepciones sobre sustancias y comportamientos adictivos en estudiantes de entre 14 y 18 años, pertenecientes a ESO, Bachillerato y FP Básica. En Canarias, el universo de estudio fue de 83.133 estudiantes, con una muestra total de 2.488 alumnos procedentes de 63 centros (126 aulas), de los cuales 2.036 pertenecían a centros públicos y 452 a privados o concertados. Además, se realizó una ampliación autonómica con 1.328 encuestas adicionales financiadas por el Gobierno de Canarias para reforzar la representatividad regional. El error muestral fue de $\pm 2,0$ % con un nivel de confianza del 95,5 %. La tasa de participación alcanzó un 85,7 % en centros —la más baja del país— y un 99,6 % en alumnado. El trabajo de campo se desarrolló entre febrero y mayo de 2023. Esta muestra permite obtener resultados fiables sobre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, aunque otras sustancias presentan márgenes de error mayores debido al menor número de casos observados.

Por su parte, la encuesta EDADES (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España) mide el consumo de sustancias, tabaco, alcohol y otras adicciones en la población general de entre 15 y 64 años residente en hogares. En la edición de 2022, el universo correspondió a la población residente no institucionalizada, con una muestra nacional de 26.344 personas y una muestra específica en Canarias de 1.698 entrevistas válidas. El error muestral para Canarias fue de $\pm 2,4$ % con un nivel de confianza del 95 %. El diseño muestral se basó en conglomerados por etapas (secciones censales, hogares e individuos), y el trabajo de campo se realizó entre febrero y junio de 2022.

En la edición EDADES 2024, la muestra nacional ascendió a 26.878 personas y la de Canarias a 1.659 entrevistas válidas, distribuidas en 52 municipios y 166 secciones censales. El error muestral fue de $\pm 2,5$ % y la tasa de respuesta del 34,2 %. El trabajo de

campo tuvo lugar entre febrero y junio de 2024. Para garantizar la representatividad, los datos fueron ponderados por comunidad autónoma, sexo, edad y tamaño del municipio. Los resultados obtenidos permiten realizar análisis comparativos tanto a nivel nacional como autonómico y se contrastan, asimismo, con la información procedente del ISTAC y de otras fuentes oficiales del Gobierno de Canarias.

Encuesta	Año	Población objetivo	Tamaño muestra (Canarias)	Error muestral	Observaciones
ESTUDES	2023	Estudiantes 14–18 años	2.488 alumnos (63 centros)	±2,0 %	Con ampliación autonómica
EDADES	2022	Población 15–64 años	1.698 personas	±2,4 %	Ampliación financiada por Canarias
EDADES	2024	Población 15–64 años	1.659 personas	±2,5 %	Actualización 2024, 52 municipios

Los resultados de las encuestas ESTUDES y EDADES, aunque centrados en el consumo de sustancias y adicciones, pueden relacionarse con distintas encuestas y estadísticas elaboradas por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), que abordan aspectos complementarios de la salud, los hábitos de vida y las condiciones sociales de la población. La principal fuente de contraste es la Encuesta de Salud de Canarias, que recoge información sobre hábitos de salud, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, así como sobre el bienestar psicológico y la percepción del estado de salud. Esto permite comparar y complementar los datos obtenidos en EDADES y ESTUDES dentro de un marco más amplio de salud pública. Asimismo, la Encuesta de Condiciones de Vida de Canarias aporta datos sobre ingresos, empleo, nivel educativo y entorno familiar, variables que ayudan a contextualizar los patrones de consumo de sustancias en función de factores socioeconómicos. También pueden establecerse relaciones con la Encuesta de Juventud de Canarias y con la Encuesta de Hábitos y Estilos de Vida, cuando está disponible, ya que ambas incluyen información sobre ocio, relaciones sociales, bienestar emocional y percepción de riesgos, especialmente útil para el análisis de la población joven. Además, las estadísticas sanitarias del ISTAC, como las derivadas del Registro de Mortalidad o de las altas hospitalarias, permiten analizar la morbimortalidad asociada al consumo de alcohol y sustancias y otros comportamientos de riesgo. En conjunto, todas estas fuentes del ISTAC ofrecen un marco de referencia complementario que contribuye a interpretar los resultados de EDADES y ESTUDES dentro del contexto social, económico y sanitario de Canarias, garantizando la coherencia y la comparabilidad con otros indicadores autonómicos y nacionales.

Las encuestas ESTUDES y EDADES son fundamentales para el análisis de la situación previa a la evaluación del IV Plan Canario sobre Drogas y para la elaboración del siguiente plan de adicciones, ya que proporcionan una base empírica sólida y actualizada sobre los patrones de consumo y las percepciones sociales en torno a las sustancias y otras adicciones en distintos grupos de población. Al ser encuestas oficiales coordinadas a nivel estatal por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, sus resultados ofrecen datos homogéneos y comparables con el resto de comunidades autónomas, lo que permite situar la realidad de Canarias en el contexto nacional y detectar similitudes o diferencias significativas. Esta comparabilidad resulta esencial para valorar la eficacia de las políticas y estrategias desarrolladas en el marco

del IV Plan, identificar áreas en las que se han producido avances y aquellas en las que persisten o se agravan determinados problemas.

Además, la información detallada sobre el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias, así como sobre comportamientos adictivos emergentes, permite detectar tendencias y cambios en los perfiles de consumo, especialmente entre la población joven y adulta. Los datos obtenidos sirven para orientar la toma de decisiones, priorizar líneas de actuación y diseñar intervenciones más ajustadas a la realidad social y sanitaria del archipiélago. Asimismo, su contraste con otras fuentes del Instituto Canario de Estadística (ISTAC), como la Encuesta de Salud de Canarias o la Encuesta de Condiciones de Vida, amplía el análisis al incorporar factores socioeconómicos, educativos y de bienestar, ofreciendo una visión integral del fenómeno de las adicciones.

En conjunto, estas encuestas constituyen un instrumento esencial para fundamentar la evaluación objetiva del plan vigente y definir las estrategias, objetivos e indicadores del nuevo plan, garantizando que las políticas públicas en materia de adicciones se apoyen en evidencias fiables, representativas y comparables a nivel autonómico y nacional.

2.2. Representatividad y extrapolación de los datos en Canarias

Los resultados de las encuestas EDADES y ESTUDES permiten obtener estimaciones extrapolables al conjunto de la Comunidad Autónoma de Canarias, con un nivel de confianza del 95 % y un error muestral comprendido entre $\pm 2,0$ % y $\pm 2,5$ %, según el estudio y la edición. Esto garantiza que las cifras sean estadísticamente válidas y comparables para describir la situación general y las tendencias de consumo de sustancias y adicciones en el ámbito autonómico, aportando una base sólida para la planificación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas de Canarias en materia de adicciones.

Sin embargo, el diseño muestral de ambos estudios se plantea con el objetivo de asegurar una precisión adecuada para el conjunto de la comunidad, sin alcanzar el tamaño de muestra necesario para obtener estimaciones representativas por isla o por municipio. Por tanto, aunque los resultados permiten realizar análisis fiables y extrapolables al conjunto del territorio canario, las estimaciones a nivel insular o local deben considerarse orientativas y no estadísticamente inferenciales.

Por lo tanto los datos de EDADES y ESTUDES son extrapolables con fiabilidad estadística al contexto autonómico de Canarias, pero no representativos a nivel insular o municipal, debiendo interpretarse con cautela en análisis territoriales desagregados.

2.3. Prevalencias de consumos

2.3.1. Tabaco y productos relacionados (cigarrillos y cigarrillos electrónicos)

En conjunto, los datos de EDADES 2024 y ESTUDES 2023 muestran que el tabaquismo en Canarias está evolucionando más en sus formas que en su magnitud, lo

que exige políticas adaptadas al nuevo escenario del consumo nicotínico. La coordinación entre instituciones sanitarias, educativas y comunitarias resulta esencial para reducir la exposición temprana, apoyar el abandono del consumo y consolidar una cultura de salud libre de tabaco en todas las etapas de la vida.

Indicador comparativo: consumo de tabaco y derivados – Canarias (2023–2024)				
Indicador / Sustancia	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente: ESTUDES 2023	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 – Canarias (15–64 años)	Observaciones / Diferencias clave
Tabaco (cigarrillos tradicionales)	Porcentaje de población que ha fumado tabaco en los distintos periodos de referencia.	• Alguna vez en la vida: 28,8 % • Últimos 12 meses: 22,7 % • Últimos 30 días: 16,5 % • Consumo diario: 4,6 %	• Alguna vez en la vida: 66,8 % • Últimos 12 meses: 39,4 % • Últimos 30 días: 36,9 % • Consumo diario: 25,0 %	El consumo de tabaco es más de dos veces superior en adultos que en adolescentes. La iniciación media en Canarias se sitúa en 16,6 años, lo que conecta directamente con el grupo adolescente.
Tabaco en pipas / shisha	Porcentaje que ha fumado tabaco en pipas de agua.	No disponible en ESTUDES 2023.	• Alguna vez en la vida: 20,9 % • Últimos 12 meses: 3,0 %	Aunque el hábito es poco frecuente en adultos, la práctica puede estar más extendida entre jóvenes, donde no se midió directamente.
Edad media de inicio del consumo de tabaco	Edad promedio del primer consumo.	13,9 años	16,8 años (edad media referida a primera experiencia registrada retrospectivamente)	La edad de inicio entre adolescentes confirma el comienzo antes de la mayoría de edad. Los adultos actuales comenzaron a edades similares, mostrando persistencia del patrón generacional.
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal reciente	• Ligera reducción respecto a 2018 en consumo mensual. • Aumenta el uso de cigarrillos electrónicos.	• Descenso general en todos los tramos respecto a 2022 –3 puntos en 12 meses –11 puntos en consumo diario.	En adultos se observa descenso sostenido del tabaquismo tradicional. En adolescentes se mantiene estable, pero crece el uso de vapeadores y policonsumo nicotínico.

Indicador comparativo: consumo de cigarrillos electrónicos – Canarias (2023–2024)				
Indicador / Sustancia	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente:	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 –	Observaciones / Diferencias clave

		ESTUDES 2023 – Canarias	Canarias (15–64 años)	
Cigarrillos electrónicos (vapeadores)	Porcentaje de población que ha consumido cigarrillos electrónicos en los distintos periodos de referencia.	• Alguna vez en la vida: 53,6 % • Últimos 12 meses: 44,8 % • Últimos 30 días: 26,1 %	• Alguna vez en la vida: 15,4 % (estimación nacional EDADES 2024; prevalencia similar en Canarias) • Últimos 30 días: 6,3 %	Alta penetración en jóvenes (≈1 de cada 2) frente a baja entre adultos. Indica sustitución parcial o puerta de entrada al tabaco convencional. El uso de vapeadores es más de tres veces superior entre adolescentes que entre adultos. Entre jóvenes, el consumo reciente (26 %) supera ampliamente al de tabaco convencional (16,5 %).
Frecuencia de uso (diario o casi diario)	Porcentaje que vapea todos o casi todos los días.	6,8 %	1,7 %	El uso habitual se concentra en adolescentes, lo que sugiere normalización del vapeo como sustituto o iniciador del tabaco.
Edad media de inicio	Edad promedio del primer consumo de cigarrillos electrónicos.	14,1 años	27,4 años	El inicio precoz sitúa al vapeo como una puerta de entrada al consumo nicotínico antes del tabaco convencional.
Motivos principales de uso	Razones más citadas por las que se usan vapeadores.	1 Por curiosidad / por probar” (47 %) 2 “Porque saben bien / tienen sabores” (31 %) 3 “Para dejar de fumar tabaco” (12 %)	1 “Para dejar o reducir el tabaco” (45 %) 2 “Porque es menos dañino” (28 %)	En jóvenes predomina el uso recreativo y social, mientras que en adultos es instrumental o sustitutivo del tabaco.
Percepción de riesgo	Porcentaje que considera peligroso el uso habitual de cigarrillos electrónicos.	41,5 %	68,4 %	Los adolescentes subestiman el riesgo del vapeo, lo que favorece su expansión. En adultos, aumenta la percepción de riesgo por campañas y evidencia científica reciente.
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal del consumo.	• Aumento exponencial desde 2018 (+30 puntos). • Sustituye parcialmente al tabaco y se asocia con consumo dual.	• Crecimiento moderado y estabilización desde 2022.	Canarias sigue la tendencia nacional: el vapeo crece rápidamente en menores y se estabiliza en adultos. El perfil juvenil es de curiosidad, ocio y policonsumo nicotínico.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias				

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El vapeo es el nuevo producto nicotínico dominante entre los adolescentes canarios, con un uso tres veces superior al del tabaco tradicional.
- En adultos, el vapeo sigue siendo minoritario y más orientado al abandono o reducción del tabaco, aunque crece lentamente.
- La edad de inicio (14 años) confirma su papel como puerta de entrada a la nicotina, no como herramienta de cesación.
- La baja percepción de riesgo y el atractivo de los sabores y la publicidad digital han impulsado su expansión entre los jóvenes.
- El uso dual (tabaco + vapeo) empieza a consolidarse en ambos grupos, lo que plantea un nuevo reto para las estrategias preventivas.

El análisis comparativo del consumo de tabaco y sus derivados en Canarias durante 2023–2024 refleja un patrón diferenciado por edad y tipo de producto, con implicaciones relevantes para las políticas públicas de prevención, atención y promoción de la salud. Aunque la prevalencia del consumo tradicional de tabaco continúa siendo significativamente más alta en la población adulta que en la adolescente, la iniciación temprana —en torno a los 14 años— mantiene la continuidad del hábito a lo largo de la vida, evidenciando la necesidad de intervenciones preventivas precoces en contextos escolares, familiares y comunitarios.

Entre los adolescentes se observa una transición hacia los cigarrillos electrónicos y dispositivos de vapeo, con una prevalencia notablemente superior a la media nacional. Este fenómeno apunta a un cambio en las formas de consumo más que a una reducción real de la exposición a la nicotina. El uso de vapeadores se consolida como una puerta de entrada al tabaquismo y, en algunos casos, como un patrón de policonsumo. Este hallazgo subraya la urgencia de fortalecer las estrategias educativas y normativas que desincentivan el uso de estos productos, especialmente en entornos escolares y de ocio juvenil.

En la población adulta, los datos indican una tendencia descendente en el consumo de tabaco tradicional respecto a años anteriores, lo que puede relacionarse con la efectividad de las políticas de control del tabaco y la mayor conciencia sanitaria. No obstante, el consumo diario del 25 % sigue representando una carga significativa de riesgo para la salud pública, con implicaciones en enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas.

Desde un enfoque de salud comunitaria, estas evidencias orientan la necesidad de reforzar las políticas integrales en tres ejes principales: prevención, atención y promoción.

- **Prevención:** consolidar programas educativos continuos en centros escolares y espacios comunitarios que abordan el consumo de nicotina desde una perspectiva crítica y participativa, incorporando a familias y agentes locales. Se recomienda integrar la prevención del vapeo y otros nuevos productos de tabaco dentro de las campañas de salud pública.
- **Atención:** fortalecer los recursos de atención primaria y comunitaria para la cesación tabáquica, asegurando accesibilidad, acompañamiento y seguimiento

personalizado. Los programas de deshabituación deben adaptarse a distintos grupos de edad, considerando factores de género y contexto socioeconómico.

- Promoción de la salud: impulsar entornos libres de humo y de vapores en espacios públicos y educativos, y fomentar la participación social en la creación de comunidades saludables. Las acciones de comunicación deben centrarse en visibilizar los riesgos asociados al uso de vapeadores y reforzar la percepción de que cualquier forma de consumo de nicotina conlleva dependencia y daño.

2.3.2. Alcohol

El consumo de alcohol en Canarias refleja una persistencia cultural y generacional que requiere una respuesta comunitaria coordinada, sostenida y multisectorial.

Solo mediante la implicación activa de los agentes locales, educativos y sanitarios será posible modificar las normas sociales que legitiman el consumo y avanzar hacia una cultura de salud y bienestar libre de alcoholismo y consumo problemático.

Indicador comparativo: consumo de alcohol – Canarias (2023–2024)				
Indicador / Sustancia	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente: ESTUDES 2023 – Canarias	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 – Canarias (15–64 años)	Observaciones / Diferencias clave
Consumo de alcohol (bebidas alcohólicas)	Porcentaje de población que ha consumido alcohol en los distintos periodos de referencia.	• Alguna vez en la vida: 73,2 % • Últimos 12 meses: 70,4 % • Últimos 30 días: 51,3 %	• Alguna vez en la vida: 93,5 % • Últimos 12 meses: 74,7 % • Últimos 30 días: 59,0 %	En ambos grupos el alcohol es la sustancia más extendida. El consumo mensual entre adolescentes (51 %) se aproxima al de adultos (59 %), indicando una normalización temprana del consumo recreativo.
Consumo diario de alcohol (últimos 30 días)	Porcentaje que ha bebido alcohol a diario durante el último mes.	No significativo (<1 %)	7,3 %	El consumo diario es residual en adolescentes, pero habitual en 1 de cada 14 adultos. Este dato refleja el paso del consumo social juvenil a patrones regulares en la edad adulta.
Intoxicaciones etílicas (“borracheras”)	Porcentaje de población que declara haberse emborrachado alguna vez / últimos 30 días.	• Alguna vez en la vida: 39,7 % • Últimos 30 días: 14,4 %	• Últimos 12 meses: 31,7 % hombres / 24,4 % mujeres (15–34 años). • Últimos 30 días: 14,0 % total	Las prevalencias de borracheras son similares entre jóvenes y adultos jóvenes, lo que indica continuidad del patrón de consumo intensivo entre los 15–34 años.

Consumo en atracón (Binge drinking)	Ingesta de ≥ 5 bebidas (hombres) o ≥ 4 (mujeres) en una sola ocasión.	23,5 % en los últimos 30 días	12,9 % en los últimos 30 días	El binge drinking es más frecuente entre adolescentes, asociado al ocio nocturno y fines de semana. En adultos disminuye, aunque se mantiene en hombres jóvenes.
Edad media de inicio en el consumo de alcohol	Edad promedio del primer consumo.	13,9 años	17,1 años (recuerdo de primera ingesta)	El inicio del consumo se produce antes de la mayoría de edad, lo que explica la alta prevalencia en estudiantes y el temprano aprendizaje de patrones de consumo.
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal del consumo.	- Ligero descenso respecto a 2018 en consumo de 12 meses y borracheras. - Edad de inicio estable (~14 años).	- Estabilidad en el consumo total y repunte leve del consumo diario. - Descenso del binge drinking frente a 2022.	Canarias mantiene niveles altos de consumo en ambos grupos, con diferencias cada vez menores entre jóvenes y adultos. Indica una persistencia cultural del consumo social de alcohol.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>				

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El alcohol presenta en Canarias una alta prevalencia transversal: 3 de cada 4 adolescentes y 9 de cada 10 adultos lo han consumido alguna vez.
- Las cifras muestran una brecha generacional reducida: el 51 % de los jóvenes y el 59 % de los adultos han bebido en el último mes.
- El patrón de binge drinking (consumo intensivo en corto tiempo) es más común entre adolescentes, lo que refuerza la necesidad de medidas preventivas orientadas al ocio y al contexto escolar.
- El inicio a los 13–14 años anticipa la consolidación del hábito en la adultez, por lo que las políticas de prevención temprana resultan clave.

El análisis del consumo de alcohol en Canarias durante 2023–2024 muestra una alta prevalencia y una fuerte normalización social del consumo tanto entre adolescentes como entre adultos, con diferencias cada vez más estrechas entre ambos grupos de edad. Los datos reflejan que tres de cada cuatro adolescentes y nueve de cada diez adultos han consumido alcohol alguna vez, y que el consumo mensual alcanza el 51 % y 59 %, respectivamente. Estas cifras evidencian una transversalidad cultural del consumo de alcohol en la sociedad canaria, que se mantiene desde etapas muy tempranas de la vida.

El inicio del consumo en torno a los 13–14 años confirma la necesidad de intervenir de manera preventiva antes de la adolescencia, dado que la exposición temprana favorece la consolidación de patrones de consumo en la adultez. Entre los

jóvenes, el binge drinking o consumo en atracón constituye el principal patrón de riesgo, con prevalencias superiores a las observadas en adultos. Este tipo de consumo está estrechamente vinculado al ocio nocturno, los fines de semana y la presión social de grupo, generando riesgos inmediatos (intoxicaciones, violencia, accidentes) y un posible tránsito hacia formas de consumo problemático en la adultez.

En la población adulta, aunque se observa cierta estabilidad o ligera reducción en el consumo intensivo, persiste un patrón de consumo regular o diario (7,3 %), especialmente entre hombres y en edades medias. Esto mantiene una carga sanitaria significativa por enfermedades crónicas, afecciones hepáticas y cardiovasculares, y otros problemas asociados al uso prolongado del alcohol.

Desde un modelo de salud comunitaria, los resultados orientan la necesidad de fortalecer políticas integrales basadas en la prevención, la atención y la promoción de la salud, con una visión territorial y participativa:

- **Prevención:** se recomienda reforzar la educación para la salud en el ámbito escolar y comunitario, promoviendo habilidades personales y sociales para resistir la presión del grupo y cuestionar la normalización del consumo. Deben diseñarse intervenciones preventivas específicas para entornos de ocio juvenil, con participación de familias, centros educativos y ayuntamientos.
- **Atención:** es necesario mejorar el acceso a servicios de orientación y tratamiento en adicciones relacionadas con el alcohol dentro de la red sanitaria y comunitaria, especialmente desde atención primaria. Los programas deben contemplar la detección precoz, la intervención breve y el acompañamiento en procesos de reducción o abandono, adaptados a distintas edades y contextos.
- **Promoción de la salud:** deben impulsarse campañas sostenidas que fomenten entornos libres de alcohol en actividades deportivas, culturales y escolares, reforzando modelos de ocio saludable. La comunicación social debe centrarse en desmitificar el consumo como práctica cultural aceptada, visibilizando sus efectos sobre la salud física, mental y social.

2.3.3. Cannabis

El consumo de cannabis en Canarias evidencia una tendencia hacia la aceptación social y la banalización de sus efectos, lo que requiere acciones coordinadas, sostenidas y basadas en la evidencia entre instituciones sanitarias, educativas, comunitarias y medios de comunicación.

Combatir el discurso que trivializa el consumo y promover una cultura de salud crítica y responsable son elementos esenciales para reducir la prevalencia, prevenir la cronificación y proteger el bienestar individual y colectivo.

Indicador comparativo: consumo de cannabis – Canarias (2023–2024)				
Indicador / Sustancia	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente: ESTUDES 2023 – Canarias	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 – Canarias (15–64 años)	Observaciones / Diferencias clave

Cannabis (marihuana, hachís)	Porcentaje de población que ha consumido cannabis en los distintos periodos de referencia.	• Alguna vez en la vida: 30,7 % • Últimos 12 meses: 24,5 % • Últimos 30 días: 13,9 %	• Alguna vez en la vida: 44,9 % • Últimos 12 meses: 16,1 % • Últimos 30 días: 13,7 %	La prevalencia total es más alta en adultos (45 % alguna vez), pero el consumo reciente (últimos 30 días) es similar entre adolescentes y adultos (~14 %). Indica una continuidad del uso recreativo desde edades tempranas.
Consumo diario de cannabis (últimos 30 días)	Porcentaje que ha consumido cannabis a diario.	2,1 %	4,1 %	El consumo diario se duplica en la población adulta, aunque sigue siendo minoritario. Entre adolescentes, el patrón dominante es el uso esporádico o de fin de semana.
Edad media de inicio en el consumo de cannabis	Edad promedio del primer consumo.	14,9 años	18,5 años	La edad de inicio confirma un inicio temprano, con transición hacia patrones consolidados en la edad adulta.
Consumo problemático (escala CAST)	Puntuación ≥ 7 en el test CAST (indicador de riesgo o dependencia).	4,8 % del total de estudiantes	3,6 % de consumidores problemáticos en adultos (estimación nacional EDADES)	El porcentaje de uso problemático es similar en magnitud, pero más concentrado en jóvenes frecuentes.
Percepción de riesgo	Porcentaje que considera peligroso consumir cannabis habitualmente.	63,8 %	81,7 %	La percepción de riesgo es menor entre adolescentes, lo que aumenta la vulnerabilidad al consumo continuado.
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal del consumo.	• Estabilidad respecto a 2018 en el consumo mensual (~14 %). • Ligero aumento del consumo esporádico.	• Aumento sostenido en los últimos años: del 25,8 % (2020) al 44,9 % (2024) alguna vez en la vida. • Consumo mensual también crece (12,4 % → 13,7 %).	El consumo de cannabis se ha consolidado como la sustancia ilegal más usada en Canarias, con tendencia ascendente en adultos y estable en adolescentes.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias				

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en Canarias en todos los grupos de edad.
- Entre los adolescentes, cerca de 1 de cada 4 ha consumido en el último año y 1 de cada 7 en el último mes, cifras muy similares a las del grupo adulto, lo que sugiere una normalización temprana del consumo.
- El inicio precoz (≈ 15 años) y la baja percepción de riesgo anticipan un posible aumento de los consumos problemáticos en etapas posteriores.
- En los adultos, el consumo se amplía a más grupos etarios, con un repunte notable en los últimos años (2020–2024), aunque el uso diario sigue siendo minoritario (4 %).

El consumo de cannabis en Canarias durante el periodo 2023–2024 se consolida como la principal sustancia ilegal consumida en todos los grupos de edad, con niveles de prevalencia que evidencian una preocupante continuidad intergeneracional y normalización social del uso recreativo. Los datos muestran que aproximadamente uno de cada cuatro adolescentes y uno de cada seis adultos ha consumido cannabis en el último año, mientras que el consumo en los últimos 30 días se sitúa en torno al 14 % en ambos grupos. Esta similitud entre edades refleja una incorporación temprana del consumo y una persistencia del hábito en la adultez.

El inicio promedio del consumo a los 14–15 años y la baja percepción de riesgo entre los adolescentes (63,8 %) son factores determinantes que incrementan la vulnerabilidad y facilitan la transición hacia patrones de uso más frecuentes o problemáticos. Entre los adultos, el aumento sostenido en la prevalencia desde 2020 (especialmente en el consumo ocasional o recreativo) revela una banalización creciente del riesgo y una aceptación cultural del consumo de cannabis. Este fenómeno, alimentado por discursos sociales y mediáticos que presentan el cannabis como una sustancia “natural” o inocua, exige respuestas institucionales y comunitarias firmes orientadas a desmontar esos mensajes y visibilizar los impactos reales sobre la salud física, mental y social.

Desde un modelo de salud comunitaria, los resultados de las encuestas EDADES 2024 y ESTUDES 2023 orientan la necesidad de reforzar las estrategias de prevención, atención y promoción de la salud, integrando un enfoque educativo, comunicativo y participativo:

- Prevención: es imprescindible implementar programas educativos sostenidos en centros escolares, familias y comunidades que aborden el consumo de cannabis desde una perspectiva crítica y basada en la evidencia científica. Las intervenciones deben trabajar las competencias psicosociales, la toma de decisiones saludables y la gestión emocional, además de incluir acciones específicas dirigidas a desmontar el discurso banalizador y la percepción de inocuidad del cannabis. Se recomienda incorporar contenidos actualizados sobre los riesgos neuropsicológicos, la relación con la salud mental y la pérdida de rendimiento académico y laboral.
- Atención: se propone fortalecer los dispositivos de detección precoz en atención primaria, salud mental y servicios sociales, promoviendo la formación del personal sanitario y educativo para identificar consumos de riesgo y ofrecer apoyo individualizado. Es fundamental garantizar itinerarios accesibles y no estigmatizadores de atención, con especial atención a los jóvenes consumidores

frecuentes y a quienes presentan síntomas de dependencia o comorbilidad emocional.

- Promoción de la salud: deben impulsarse campañas de comunicación y participación comunitaria que combatan la normalización social del consumo y promuevan una percepción realista de los riesgos. Estas campañas deben apoyarse en testimonios, materiales audiovisuales y estrategias digitales adaptadas al lenguaje juvenil, desmontando mitos y reforzando los mensajes de autocuidado y responsabilidad. A nivel comunitario, es prioritario fomentar espacios de ocio saludable y participación social, impulsando el protagonismo juvenil en proyectos de prevención y salud.

2.3.4. Hipnosedantes (ansiolíticos, tranquilizantes y somníferos, con o sin receta)

El aumento del consumo de hipnosedantes en Canarias revela un modelo social de afrontamiento medicalizado que requiere un cambio cultural y estructural hacia el autocuidado, la resiliencia y la atención comunitaria de la salud mental. Integrar la prevención en todos los niveles del sistema educativo, sanitario y social, junto con la regulación del acceso y la sensibilización colectiva, resulta esencial para frenar esta tendencia y promover una cultura de salud basada en el bienestar emocional y la autonomía personal.

Indicador comparativo: consumo de hipnosedantes – Canarias (2023–2024)				
Indicador / Sustancia	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente: ESTUDES 2023 – Canarias	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 – Canarias (15–64 años)	Observaciones / Diferencias clave
Hipnosedantes (ansiolíticos, somníferos, tranquilizantes)	Porcentaje de población que ha consumido este tipo de fármacos en los distintos periodos de referencia.	• Alguna vez en la vida: 19,5 % • Últimos 12 meses: 10,4 % • Últimos 30 días: 6,2 %	• Alguna vez en la vida: 34,5 % • Últimos 12 meses: 17,8 % • Últimos 30 días: 13,1 %	El consumo de hipnosedantes se duplica entre adolescentes y adultos, especialmente en los últimos 30 días. Canarias presenta prevalencias superiores a la media nacional en todos los tramos de edad.
Consumo sin receta médica	Porcentaje que declara haber consumido hipnosedantes sin prescripción.	6,8 % alguna vez en la vida	3,2 % en los últimos 12 meses (estimación nacional EDADES)	Mayor autoconsumo no médico entre adolescentes, lo que refleja acceso informal o doméstico a psicofármacos.
Consumo diario (últimos 30 días)	Porcentaje que ha tomado hipnosedantes todos o casi todos los días del último mes.	1,8 %	5,5 %	Entre adultos, el uso diario quintuplica al juvenil, vinculado a tratamiento médico continuado.

Edad media de inicio en el consumo de hipnosedantes	Edad promedio de la primera experiencia.	14,8 años	43,5 años	El contraste muestra dos perfiles distintos: uso experimental precoz en adolescentes y uso terapéutico en adultos mayores.
Percepción de riesgo	Porcentaje que considera peligroso el uso regular de hipnosedantes sin receta.	89,3 %	95,4 %	Alta percepción de riesgo en ambos grupos, aunque los adolescentes muestran menor conciencia sobre el potencial adictivo.
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal del consumo.	- Ligero aumento respecto a 2018 en el uso sin receta. - Estabilidad del consumo total.	- Aumento sostenido del uso en todas las franjas desde 2020. - Canarias destaca como una de las CCAA con mayor prevalencia nacional.	Se consolida el uso extendido y normalizado de hipnosedantes, sobre todo en población femenina y adulta.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>				

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- Los hipnosedantes constituyen el grupo de fármacos con mayor crecimiento en Canarias, especialmente en población adulta.
- En adolescentes, cerca de 1 de cada 10 ha usado estos medicamentos en el último año, y un 7 % lo ha hecho sin receta, reflejando patrones de automedicación o acceso familiar.
- En los adultos, más de 1 de cada 3 canarios los ha tomado alguna vez, y 1 de cada 6 en el último año, lo que sitúa a la comunidad por encima de la media estatal.
- El contraste entre edades (inicio a los 14–15 años frente a 43 años) muestra dos circuitos distintos de uso: recreativo/experimental en jóvenes y terapéutico/crónico en adultos.

El consumo de hipnosedantes (ansiolíticos, somníferos y tranquilizantes) en Canarias durante 2023–2024 refleja una preocupante expansión y normalización del uso de psicofármacos, especialmente en la población adulta y femenina, situando a la comunidad por encima de la media nacional.

Los datos muestran que más de un tercio de los adultos (34,5 %) ha consumido hipnosedantes alguna vez y que uno de cada seis (17,8 %) lo ha hecho en el último año. En los adolescentes, aunque las cifras son menores, resulta significativo que uno de cada diez haya consumido estos fármacos en los últimos doce meses, y que el 6,8 % lo haya hecho sin prescripción médica, lo que indica acceso informal o doméstico a estos medicamentos.

El contraste entre edades revela dos circuitos diferenciados: un uso experimental o de automedicación temprana entre los jóvenes, vinculado al entorno familiar o a la búsqueda de alivio emocional, y un uso terapéutico y crónico entre adultos, asociado a tratamientos prolongados por ansiedad, insomnio o estrés.

Este doble patrón sugiere que el consumo de hipnosedantes responde tanto a dinámicas sociales y emocionales (malestar psicológico, falta de apoyo, presión social) como a una medicalización excesiva de la vida cotidiana, donde el recurso al fármaco se consolida como respuesta habitual ante problemas de salud mental o estrés.

A pesar de que la percepción de riesgo es alta en ambos grupos (89 % en adolescentes y 95 % en adultos), la elevada prevalencia refleja una normalización cultural y sanitaria del consumo, incluso dentro de los límites legales o médicos. Esta situación plantea un reto clave para la salud pública, ya que el uso continuado y sin control puede derivar en dependencia, efectos secundarios graves y combinaciones de riesgo con alcohol u otras sustancias.

Desde un modelo de salud comunitaria, se recomienda orientar las políticas públicas hacia estrategias integrales que aborden las causas estructurales, sociales y culturales de este fenómeno, con énfasis en la prevención, la atención y la promoción de la salud mental y emocional:

- **Prevención:** fortalecer la educación emocional y la alfabetización sanitaria en el ámbito escolar, familiar y comunitario, promoviendo estrategias no farmacológicas de afrontamiento del malestar y del insomnio. Es fundamental limitar el acceso doméstico a hipnosedantes, especialmente entre adolescentes, y combatir los discursos de banalización del consumo y de automedicación que lo presentan como una solución rápida y sin riesgos. También se recomienda impulsar campañas dirigidas a la población adulta para sensibilizar sobre los peligros del uso prolongado y del consumo combinado con alcohol u otras sustancias.
- **Atención:** reforzar el papel de la atención primaria y los servicios de salud mental en la prescripción responsable y el seguimiento clínico del uso de hipnosedantes, promoviendo intervenciones breves y acompañamientos personalizados en procesos de reducción o sustitución farmacológica. Deben desarrollarse protocolos de detección temprana de uso problemático, especialmente en mujeres, mayores y cuidadores, donde la prevalencia es más alta.
- **Promoción de la salud:** promover entornos comunitarios que favorezcan la gestión del estrés y el bienestar emocional sin recurrir al fármaco, mediante programas de relajación, actividad física, apoyo psicosocial y redes de acompañamiento. Las campañas de comunicación deben visibilizar los riesgos del uso indebido y dismantlar la idea de que los hipnosedantes son inocuos o inevitables, incorporando testimonios, materiales audiovisuales y mensajes positivos sobre alternativas saludables.

2.3.5. Analgésicos opioides (con y sin receta médica)

El consumo de analgésicos opioides en Canarias pone de manifiesto una tendencia creciente hacia la medicalización y la normalización del uso de fármacos potentes, lo que exige una respuesta sanitaria y comunitaria coordinada, basada en la educación, la regulación y la sensibilización.

Abordar esta cuestión desde una perspectiva integral que combine la gestión médica responsable con el empoderamiento ciudadano permitirá prevenir la dependencia, reducir el riesgo de abuso y promover una cultura de salud más consciente y crítica frente al uso de medicamentos con potencial adictivo.

Indicador comparativo: consumo de analgésicos opioides – Canarias (2023–2024)				
Indicador / Sustancia	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente: ESTUDES 2023 – Canarias	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 – Canarias (15–64 años)	Observaciones / Diferencias clave
Analgésicos opioides (con o sin receta)	Porcentaje de población que ha consumido analgésicos opioides en los distintos periodos de referencia.	• Alguna vez en la vida: 7,8 % • Últimos 12 meses: 4,9 % • Últimos 30 días: 2,3 %	• Alguna vez en la vida: 14,3 % • Últimos 12 meses: 7,8 % • Últimos 30 días: 5,6 %	El consumo en adultos duplica el de adolescentes en todos los periodos. Canarias se sitúa por encima de la media nacional (España: 15,2 % vida, 6,6 % últimos 12 meses).
Consumo sin receta médica	Porcentaje de personas que consumieron analgésicos opioides sin prescripción facultativa.	3,1 % alguna vez en la vida	2,4 % últimos 12 meses (estimación nacional EDADES)	El uso no médico es similar en ambos grupos, lo que sugiere acceso doméstico o automedicación ocasional.
Consumo diario (últimos 30 días)	Porcentaje que ha usado analgésicos opioides a diario.	No significativo (<0,5 %)	3,2 %	El uso crónico o terapéutico continuado se concentra en adultos mayores. En adolescentes, los consumos son puntuales o experimentales.
Edad media de inicio del consumo	Edad promedio de la primera experiencia con analgésicos opioides.	15,1 años	36,2 años	El inicio temprano en adolescentes sugiere consumo ocasional o derivado de tratamientos médicos cortos.
Percepción de riesgo	Porcentaje que considera peligroso el uso de analgésicos opioides sin control médico.	88,7 %	94,8 %	La percepción de riesgo es elevada, pero menor entre adolescentes, donde se perciben como “medicamentos seguros”.
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal del consumo.	• Ligero aumento respecto a 2018 (especialmente	• Incremento sostenido desde 2020, pasando	Se observa creciente medicalización y uso terapéutico

		sin receta). • Mantiene baja prevalencia total.	del 9,8 % (2020) al 14,3 % (2024) alguna vez en la vida.	prolongado en adultos, con un incipiente patrón de acceso no médico.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>				

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El consumo de analgésicos opioides en Canarias se mantiene moderado en adolescentes pero creciente en la población adulta, donde alcanza a 1 de cada 7 personas alguna vez en la vida.
- En los jóvenes, el uso es principalmente ocasional, asociado a prescripciones médicas tras lesiones o intervenciones, aunque el 3 % los ha usado sin receta, lo que indica riesgo de banalización del uso de opioides.
- En los adultos, el patrón está más vinculado al uso terapéutico crónico (dolor, ansiedad, insomnio), con un aumento sostenido desde 2020 y un consumo diario del 3 %, mayor en mujeres y personas de mediana edad.
- La diferencia de edad de inicio (15 frente a 36 años) confirma dos perfiles distintos: el uso incidental en adolescentes y el uso médico mantenido en adultos, ambos con potencial de riesgo si no se controlan las pautas.

El consumo de analgésicos opioides en Canarias durante 2023–2024 presenta un patrón dual: uso ocasional y experimental en adolescentes y uso terapéutico continuado y creciente en la población adulta, en especial entre mujeres y personas de mediana edad. Los datos muestran que uno de cada siete adultos (14,3 %) ha consumido analgésicos opioides alguna vez en la vida y que casi un 8 % lo ha hecho en el último año, cifras superiores a la media nacional. Aunque el consumo en adolescentes es menor (7,8 % alguna vez, 4,9 % en el último año), destaca el hecho de que el 3 % los ha utilizado sin receta médica, lo que evidencia un acceso doméstico y una percepción errónea de seguridad al tratarse de fármacos.

La edad de inicio en torno a los 15 años en el grupo joven sugiere consumos ocasionales vinculados a tratamientos médicos puntuales tras lesiones o cirugías, pero el uso sin supervisión representa un riesgo potencial de dependencia y de tránsito hacia el uso indebido.

En los adultos, el incremento sostenido desde 2020 refleja una medicalización creciente del malestar físico y emocional, con un consumo diario del 3,2 %, lo que indica la consolidación de un patrón de uso crónico. Este fenómeno, si no se aborda, podría derivar en un aumento de las dependencias farmacológicas y de los efectos adversos asociados, como la tolerancia, la sobredosificación o la combinación con otros depresores del sistema nervioso central (alcohol, hipnosedantes).

Desde un modelo de salud comunitaria, el abordaje del consumo de analgésicos opioides en Canarias requiere una respuesta integral que combine prevención, atención y promoción de la salud, con especial énfasis en el control médico, la educación sanitaria y la sensibilización social frente a la banalización de su uso:

- Prevención: es necesario reforzar la alfabetización farmacológica en la comunidad, promoviendo un uso responsable de los medicamentos y subrayando los riesgos del consumo sin prescripción o del uso prolongado. En el ámbito educativo y familiar, deben impulsarse programas de educación

sanitaria y emocional que alerten sobre el potencial adictivo de los opioides y su papel en la dependencia. Asimismo, se deben implementar medidas de control del acceso doméstico a fármacos de este tipo, limitando el almacenamiento y la reutilización de recetas.

- Atención: se recomienda mejorar la prescripción racional de analgésicos opioides dentro del sistema sanitario, reforzando la formación de los profesionales en alternativas terapéuticas no farmacológicas para el tratamiento del dolor crónico. Deben establecerse protocolos de seguimiento y revisión periódica de tratamientos, especialmente en pacientes con factores de riesgo (mayores, personas con trastornos emocionales o historial de consumo). La coordinación entre atención primaria, salud mental y servicios de adicciones es esencial para detectar precozmente casos de uso problemático o dependencia.
- Promoción de la salud: resulta prioritario impulsar campañas de comunicación pública que contrarresten el discurso banalizador del uso de opioides, presentándolos no como fármacos inocuos, sino como sustancias con potencial adictivo cuando se utilizan sin control médico. Estas acciones deben incluir mensajes claros sobre el riesgo de automedicación y combinarse con iniciativas comunitarias que fomenten el autocuidado, el manejo no farmacológico del dolor y el bienestar físico y emocional.

2.3.6. Bebidas energéticas (con y sin alcohol)

El consumo de bebidas energéticas en Canarias refleja una normalización preocupante entre los jóvenes y una difusión silenciosa en la población adulta.

Afrontar este fenómeno desde un enfoque de salud comunitaria implica redefinir las percepciones sociales, regular la accesibilidad y la publicidad dirigida a menores, y fortalecer la educación crítica frente a los discursos comerciales que promueven el consumo. Solo mediante acciones coordinadas entre los sectores educativo, sanitario, comunitario y comunicativo se podrá reducir el impacto de estas prácticas y favorecer una cultura de autocuidado, descanso saludable y bienestar integral.

Indicador comparativo: consumo de bebidas energéticas – Canarias (2023–2024)				
Indicador / Sustancia	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente: ESTUDES 2023 – Canarias	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 – Canarias (15–64 años)	Observaciones / Diferencias clave
Bebidas energéticas (sin alcohol)	Porcentaje de población que ha consumido bebidas energéticas (Red Bull, Monster, etc.) en los distintos periodos de referencia.	• Alguna vez en la vida: 73,4 % • Últimos 12 meses: 64,2 % • Últimos 30 días: 39,6 %	• Últimos 30 días: 23,7 %	El consumo de energéticas es mucho más frecuente entre adolescentes, casi el doble que entre adultos. Se ha convertido en una bebida habitual en contextos juveniles de ocio y estudio.

Bebidas energéticas mezcladas con alcohol	Porcentaje que ha consumido bebidas energéticas combinadas con alcohol.	- Últimos 12 meses: 30,2 % - Últimos 30 días: 12,7 %	Últimos 30 días: 4,9 %	El consumo combinado es notablemente mayor entre adolescentes, donde forma parte del patrón de “botellón” o consumo recreativo.
Frecuencia de consumo (uso habitual)	Porcentaje que ha consumido bebidas energéticas al menos una vez por semana.	17,1 %	6,5 % (estimación derivada EDADES 2024)	En jóvenes, 1 de cada 6 las consume semanalmente; en adultos, el hábito es tres veces menor.
Motivo principal de consumo	Razones más citadas para beberlas.	1 “Para mantenerse despierto o concentrado” (62 %) 2 “Por su sabor” (37 %)	1 “Para combatir el cansancio” (58 %) 2 “Para mejorar el rendimiento físico o laboral”	En adolescentes, predomina el uso académico y recreativo; en adultos, el uso funcional o laboral.
Percepción de riesgo	Porcentaje que considera peligroso el consumo frecuente de bebidas energéticas.	42,8 %	61,2 %	Los jóvenes perciben menor riesgo, pese a los posibles efectos cardiovasculares y de insomnio.
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal del consumo.	- Fuerte aumento desde 2018 (especialmente con alcohol). - Ligera estabilización en 2023.	Descenso respecto a 2022 (–5,2 puntos en 30 días).	Las bebidas energéticas siguen siendo el producto estimulante más usado por menores, mientras que entre adultos muestran un leve retroceso.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>				

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El consumo de bebidas energéticas en Canarias es muy elevado entre adolescentes: cerca de 2 de cada 3 las han consumido en el último año, y 4 de cada 10 en el último mes.
- Entre los adultos, el 24 % las ha tomado en el último mes, lo que refleja una expansión del consumo también fuera del ámbito juvenil.
- La mezcla con alcohol es un fenómeno claramente juvenil: uno de cada tres adolescentes la ha practicado en el último año, frente a menos del 5 % de adultos.
- El uso regular entre adolescentes plantea riesgos por la alta ingesta de cafeína y azúcar, además de facilitar el consumo simultáneo de alcohol y otras sustancias estimulantes.
- La tendencia general apunta a una normalización del uso en menores y una ligera disminución en adultos, posiblemente por mayor percepción de riesgo y campañas de salud pública.

El consumo de bebidas energéticas en Canarias durante 2023–2024 presenta una alta prevalencia en la población adolescente y una expansión moderada entre adultos, consolidándose como un patrón de consumo estimulante normalizado especialmente en contextos de ocio, estudio y deporte. Los datos muestran que casi dos de cada tres adolescentes (64,2 %) las han consumido en el último año y cuatro de cada diez (39,6 %) en el último mes, cifras muy superiores a las observadas en adultos, donde el consumo mensual alcanza el 23,7 %. Además, el 30 % de los adolescentes ha combinado bebidas energéticas con alcohol en los últimos doce meses, frente a menos del 5 % de los adultos, lo que revela un fenómeno de riesgo claramente concentrado en la juventud.

Las motivaciones principales difieren según la edad: en adolescentes predomina el uso académico y recreativo (“para mantenerse despierto o concentrado”), mientras que en adultos el consumo se asocia más a motivos funcionales o laborales (“combatir el cansancio o mejorar el rendimiento físico”).

Esta diferencia pone de manifiesto que las bebidas energéticas se perciben en ambos grupos como productos de ayuda o mejora del rendimiento, lo que contribuye a banalizar sus efectos sobre la salud y a reforzar una falsa sensación de control. La baja percepción de riesgo entre los jóvenes (42,8 %) es especialmente preocupante, dado que la ingesta elevada de cafeína, azúcar y otros estimulantes puede provocar alteraciones cardiovasculares, ansiedad, insomnio y desregulación del sueño, además de aumentar la propensión a combinar su uso con alcohol u otras sustancias.

Desde un modelo de salud comunitaria, el abordaje de este fenómeno debe integrar estrategias de prevención, regulación, atención y promoción de la salud, centradas en la educación crítica y la creación de entornos saludables:

- **Prevención:** se recomienda desarrollar programas educativos en centros escolares y espacios juveniles que informen sobre los riesgos reales del consumo de bebidas energéticas y su combinación con alcohol. Estas intervenciones deben fomentar la reflexión crítica sobre los mensajes comerciales y mediáticos que presentan estos productos como inofensivos o asociados al éxito y al rendimiento. Es prioritario combatir el discurso banalizador y la normalización del consumo, incorporando evidencia científica sobre los efectos fisiológicos y psicológicos del exceso de cafeína y estimulantes.
- **Atención:** los servicios de atención primaria, pediatría y salud escolar deben incluir la detección del consumo frecuente o combinado con alcohol, especialmente en adolescentes con trastornos del sueño, ansiedad o bajo rendimiento escolar. Es importante ofrecer orientación personalizada y promover alternativas saludables para mejorar la concentración, el descanso y la energía.
- **Promoción de la salud:** deben impulsarse campañas comunitarias y mediáticas que promuevan hábitos de vida saludables (descanso adecuado, alimentación equilibrada, actividad física) como alternativas al consumo de bebidas energéticas. Asimismo, se recomienda fomentar entornos escolares y deportivos libres de estos productos, limitar su venta a menores y exigir etiquetados más claros sobre su contenido y riesgos.

2.3.7. Cocaína (en polvo y/o base)

El consumo de cocaína en Canarias refleja una persistencia del patrón recreativo y una percepción social ambivalente: aunque se reconoce su peligrosidad, se sigue utilizando en determinados contextos como parte del ocio o del rendimiento. Afrontar esta realidad exige acciones sostenidas, basadas en la evidencia y en la participación comunitaria, orientadas a reducir la accesibilidad, desnormalizar su consumo y reforzar los factores de protección desde una cultura de salud, autocuidado y responsabilidad colectiva.

Indicador comparativo: consumo de cocaína (polvo y/o base) – Canarias (2023–2024)				
Indicador / Sustancia	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente: ESTUDES 2023 – Canarias	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 – Canarias (15–64 años)	Observaciones / Diferencias clave
Cocaína (polvo o base)	Porcentaje de población que ha consumido cocaína alguna vez, en los últimos 12 meses y 30 días.	• Alguna vez en la vida: 2,8 % • Últimos 12 meses: 1,3 % • Últimos 30 días: 0,6 %	• Alguna vez en la vida: 18,8 % • Últimos 12 meses: 5,6 % • Últimos 30 días: 4,0 %	El consumo en adultos es seis veces superior al juvenil. En adolescentes, la prevalencia es baja pero indica presencia precoz de experimentación.
Consumo diario (últimos 30 días)	Porcentaje que ha consumido cocaína a diario.	No significativo (<0,2 %)	0,5 % (estimado; consumo minoritario)	El uso diario es residual en ambos grupos; la sustancia se asocia al uso recreativo o episódico.
Edad media de inicio en el consumo	Edad promedio del primer consumo de cocaína.	15,8 años	21,1 años	Los consumidores adultos iniciaron el uso en la juventud, confirmando la transición generacional desde etapas tempranas.
Percepción de riesgo	Porcentaje que considera peligroso el consumo ocasional o habitual de cocaína.	97,2 %	99,1 %	El riesgo percibido es muy alto en ambos grupos, aunque no impide consumos esporádicos en contextos de ocio.
Tipo de consumo	Modalidad de uso predominante.	En polvo, de forma experimental.	En polvo o base, principalmente recreativo (fiestas, ocio nocturno).	En adultos existe un pequeño subgrupo con consumo habitual o combinado con otras sustancias (policonsumo).
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal del consumo.	• Estabilidad o ligera reducción desde 2018 (baja prevalencia mantenida).	• Aumento continuado desde 2020 (del 10,2 % al 18,8 % alguna vez).	Canarias muestra una tendencia ascendente entre adultos, alcanzando la cifra más alta de la serie. En adolescentes, la

				prevalencia se mantiene baja, pero no desaparece la iniciación precoz.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias				

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El consumo de cocaína en Canarias se concentra claramente en la población adulta joven (18–34 años), aunque su inicio medio (≈ 16 años) indica exposición temprana durante la adolescencia.
- En adolescentes, el consumo es residual pero presente, con 3 % que ha probado alguna vez, lo que requiere vigilancia en contextos escolares y de ocio.
- En adultos, la prevalencia alguna vez en la vida (18,8 %) sitúa a Canarias por encima de la media nacional, reflejando la persistencia del consumo recreativo y el repunte tras la pandemia.
- El consumo diario o problemático sigue siendo minoritario, pero el uso combinado con alcohol o cannabis es frecuente entre adultos jóvenes.
- La alta percepción de riesgo no se traduce en menor uso, especialmente en entornos festivos y de ocio nocturno, donde persiste la normalización del consumo esporádico.

El consumo de cocaína (en polvo y/o base) en Canarias durante 2023–2024 muestra un patrón claramente concentrado en la población adulta joven, aunque con signos de iniciación temprana en la adolescencia.

Los datos reflejan que uno de cada cinco adultos (18,8 %) ha consumido cocaína alguna vez en la vida y casi un 6 % lo ha hecho en el último año, mientras que entre los adolescentes el consumo es mucho menor (2,8 % alguna vez, 1,3 % en el último año).

Aun así, la edad media de inicio en torno a los 15–16 años evidencia una exposición precoz, especialmente en entornos recreativos y de ocio nocturno, lo que exige una vigilancia activa y medidas preventivas específicas.

La cocaína mantiene una percepción de riesgo muy alta en ambos grupos (superior al 97 %), pero esta conciencia no siempre se traduce en una menor práctica. En contextos festivos, laborales o sociales, el consumo se asocia a una búsqueda de energía, euforia o rendimiento, lo que refleja un proceso de normalización del uso ocasional, particularmente entre jóvenes adultos. En este grupo, el consumo tiende a ser recreativo, episódico o combinado con alcohol y cannabis, configurando patrones de policonsumo con riesgos añadidos.

La tendencia ascendente del consumo en adultos desde 2020 tras un descenso durante los años de pandemia, sitúa a Canarias por encima de la media nacional, confirmando la persistencia cultural del consumo recreativo de cocaína.

Aunque el uso diario o dependiente sigue siendo minoritario (0,5 %), el riesgo de cronificación y de aparición de trastornos mentales y físicos (ansiedad, depresión, problemas cardiovasculares) es significativo cuando se mantiene un consumo regular.

Desde un modelo de salud comunitaria, el abordaje del consumo de cocaína requiere una estrategia integral que combine prevención, detección temprana, atención especializada y acciones contra el discurso banalizador del consumo

recreativo, con una perspectiva intersectorial que involucre a la comunidad, la escuela, los servicios de salud y los espacios de ocio.

- **Prevención:** se recomienda reforzar la educación preventiva en centros escolares, formativos y juveniles, abordando el consumo de cocaína y otras sustancias estimulantes desde una perspectiva realista y participativa. Las intervenciones deben desmitificar el supuesto “control” del consumo esporádico y combatir el discurso banalizador y glamurizado que asocia la cocaína al éxito, la diversión o el rendimiento. Es fundamental trabajar con jóvenes y familias la gestión del estrés, la autoestima, la toma de decisiones y la presión social en entornos de ocio.
- **Atención:** se deben fortalecer los dispositivos de detección y atención temprana en atención primaria, salud mental y servicios de adicciones, priorizando la atención integral y confidencial a personas jóvenes consumidoras. Los programas deben incorporar enfoques de reducción de daños, acompañamiento psicosocial y estrategias de prevención de recaídas, así como coordinarse con recursos comunitarios y laborales para favorecer la reintegración.
- **Promoción de la salud:** resulta esencial desarrollar campañas públicas y comunitarias que visibilicen los efectos reales del consumo de cocaína (físicos, psicológicos y sociales) y que cuestionen la idea de que se trata de una práctica “controlada” o “de fin de semana”. Estas campañas deben adaptarse al lenguaje y los canales de comunicación juveniles, promover modelos de ocio saludable, e involucrar a los municipios, asociaciones vecinales y agentes culturales en la creación de entornos libres de sustancias.

2.3.8. Alucinógenos, éxtasis y anfetaminas en Canaria

El consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos en Canarias sigue siendo minoritaria en términos estadísticos, pero representa un ámbito prioritario de prevención y educación, dado su potencial riesgo de intoxicaciones agudas, episodios psiquiátricos y prácticas de policonsumo.

Abordar este fenómeno desde la salud comunitaria implica reforzar la vigilancia, promover la alfabetización crítica sobre sustancias y contrarrestar los discursos de normalización, garantizando así entornos de ocio más seguros y una cultura de salud basada en la información, el autocuidado y la responsabilidad colectiva.

Indicador comparativo: alucinógenos, éxtasis y anfetaminas – Canarias (2023–2024)				
Sustancia / Indicador	Descripción	Adolescentes (14–18 años) Fuente: ESTUDES 2023 – Canarias	Adultos (18+ años) Fuente: EDADES 2024 – Canarias (15–64 años)	Observaciones / Diferencias clave
Éxtasis (MDMA, pastillas, cristal)	Porcentaje que ha consumido en los distintos periodos de referencia.	• Alguna vez en la vida: 1,9 % • Últimos 12 meses: 0,8 %	• Alguna vez en la vida: 8,2 % • Últimos 12 meses: 1,7 %	El uso de éxtasis es casi exclusivo de adultos jóvenes, aunque existe experimentación temprana en menores.

		• Últimos 30 días: 0,3 %	• Últimos 30 días: 0,7 %	En adolescentes, los niveles se mantienen estables y bajos desde 2018.
Anfetaminas (speed, sulfato, "rebuja")	Porcentaje de población que ha consumido anfetaminas.	• Alguna vez en la vida: 1,6 % • Últimos 12 meses: 0,5 % • Últimos 30 días: 0,2 %	• Alguna vez en la vida: 7,5 % • Últimos 12 meses: 2,1 % • Últimos 30 días: 1,0 %	Canarias presenta valores adultos ligeramente superiores a la media nacional. Entre jóvenes, el consumo es muy bajo pero persistente en el contexto de ocio nocturno.
Alucinógenos (LSD, hongos, tripis, etc.)	Porcentaje que ha consumido alucinógenos.	• Alguna vez en la vida: 2,1 % • Últimos 12 meses: 0,9 % • Últimos 30 días: 0,4 %	• Alguna vez en la vida: 10,1 % • Últimos 12 meses: 2,8 % • Últimos 30 días: 1,2 %	El uso de LSD y hongos es bajo pero más extendido en adultos jóvenes (20–35 años). En adolescentes se mantiene por debajo del 1 % mensual.
Edad media de inicio (media aproximada)	Edad promedio del primer consumo de estas sustancias.	15,8 años (media de los tres grupos)	20,4 años	Se confirma una iniciación tardía dentro de la adolescencia y un pico de consumo en la juventud temprana.
Percepción de riesgo	Porcentaje que considera peligroso el consumo habitual de estas sustancias.	95–97 % según sustancia	98–99 %	Altísima percepción de riesgo, tanto en jóvenes como en adultos, lo que limita la expansión de estos consumos.
Tendencia general (2018–2024)	Evolución temporal del consumo.	• Estabilidad o ligera reducción desde 2018. • El éxtasis y las anfetaminas permanecen por debajo del 2 %.	• Recuperación tras la pandemia, con leves aumentos en ocio nocturno. • Crece el uso de sustancias de tipo psicodélico en entornos recreativos.	Canarias mantiene una baja prevalencia global, pero con indicios de resurgimiento del uso de alucinógenos y MDMA entre adultos jóvenes.

Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, el consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantiene en niveles bajos, pero con mayor incidencia en adultos jóvenes (18–34 años).
- En adolescentes, las prevalencias son residuales, aunque no inexistentes: alrededor de 2 % ha experimentado alguna de estas sustancias.
- La edad de inicio (≈16 años) y la alta percepción de riesgo limitan su expansión, pero los consumos recreativos en contextos festivos siguen presentes.

- El resurgimiento de sustancias psicodélicas (LSD, hongos) y el uso combinado con cannabis o alcohol en población joven-adulta apuntan a nuevos patrones de policonsumo recreativo.
- En conjunto, estos consumos representan una minoría estadística, pero un ámbito de atención preventiva prioritaria por su relación con riesgos agudos (intoxicaciones, accidentes, episodios psiquiátricos).

El consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos en Canarias durante 2023–2024 se mantiene en niveles bajos y estables, aunque con una mayor incidencia entre adultos jóvenes (18–34 años) y signos de resurgimiento de sustancias psicodélicas en determinados entornos de ocio. Los datos muestran que en la población adolescente las prevalencias son residuales (en torno al 2 % alguna vez en la vida), pero persisten pequeños núcleos de experimentación temprana, generalmente asociados a contextos festivos y a la combinación con otras sustancias como el alcohol o el cannabis.

En los adultos, aproximadamente uno de cada diez ha probado alucinógenos (10,1 %) y entre el 7 % y el 8 % ha consumido éxtasis o anfetaminas alguna vez, cifras ligeramente superiores a la media nacional. El inicio medio del consumo en torno a los 20 años y el carácter esporádico o recreativo de su uso indican que estas sustancias se concentran en los entornos de ocio nocturno, festivales o contextos de música electrónica.

Sin embargo, el repunte del consumo de LSD, hongos y MDMA observado tras la pandemia refleja una tendencia incipiente hacia la diversificación de sustancias y nuevas formas de policonsumo, especialmente entre jóvenes adultos con mayor poder adquisitivo y menor percepción del riesgo emocional o mental asociado.

Aunque la percepción de riesgo es muy alta (95–99 %) en todos los grupos, el uso recreativo persiste entre ciertos colectivos que lo consideran “seguro” en contextos controlados o “alternativo” al consumo de alcohol.

Este discurso banalizador y la creciente difusión de contenidos en redes sociales que promueven los “viajes psicodélicos” o el “uso terapéutico” del LSD y los hongos pueden contribuir a una desnaturalización del riesgo y favorecer el aumento del consumo experimental.

Desde un modelo de salud comunitaria, el abordaje de este fenómeno debe centrarse en la educación, la prevención y la vigilancia, con una atención especial al discurso social y mediático que trivializa el uso de estas sustancias:

- Prevención: se recomienda reforzar los programas de prevención escolar y comunitaria con contenidos actualizados sobre sustancias emergentes y nuevos patrones de consumo recreativo. Es prioritario combatir el discurso banalizador o pseudo-terapéutico que circula en redes y espacios digitales, aportando información veraz sobre los riesgos de intoxicación, alteraciones psiquiátricas, accidentes y efectos a largo plazo. Las intervenciones deben centrarse en promover el pensamiento crítico y las habilidades personales frente a la presión del grupo o la curiosidad experimental.
- Atención: los servicios de atención primaria y salud mental deben estar preparados para detectar precozmente episodios de consumo agudo o problemático, especialmente en jóvenes adultos, y ofrecer atención integral y confidencial ante crisis de ansiedad, alteraciones perceptivas o posibles brotes

psicóticos. Se recomienda fortalecer la coordinación entre los recursos sanitarios y los dispositivos de emergencia, así como capacitar al personal sanitario y educativo en la identificación y manejo de intoxicaciones por alucinógenos o estimulantes.

- Promoción de la salud: deben impulsarse campañas públicas y comunitarias que desmitifiquen las supuestas experiencias “espirituales” o “inocuas” de los alucinógenos, visibilizando los efectos adversos y las consecuencias reales sobre la salud física y mental. Además, es clave fomentar alternativas de ocio saludable y cultural, con la participación de jóvenes, colectivos sociales y municipios, que reduzcan la asociación entre diversión y consumo de sustancias.

2.4. Evolución temporal del uso de las diferentes sustancias en Canarias (2014–2024)

(Elaborada a partir de las series autonómicas de EDADES 2015–2024 (población de 15–64 años) y ESTUDES 2014–2023 (población escolar de 14–18 años)).

Durante la última década, Canarias ha mantenido niveles estables o ligeramente descendentes en el consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco), y un aumento sostenido del consumo de cannabis, hipnosedantes y psicofármacos.

Las sustancias ilegales de mayor riesgo (cocaína, éxtasis, anfetaminas) se han estabilizado en prevalencias moderadas, aunque con repuntes en población joven y en contextos de ocio nocturno y turístico.

Entre 2014 y 2024, Canarias ha experimentado una evolución dual:

- un descenso moderado del consumo de alcohol y tabaco,
- pero un aumento sostenido del cannabis, los hipnosedantes y los opioides, junto con la expansión del vapeo y las adicciones digitales.

El patrón actual combina consumo recreativo y automedicación emocional, con inicio temprano y baja percepción de riesgo.

En conjunto, el perfil autonómico refleja un patrón de consumo recreativo y policonsumo leve, con inicio cada vez más temprano y una baja percepción de riesgo en sustancias socialmente aceptadas, tendencias que evidencian la necesidad de reforzar la prevención estructural, adaptar los programas a nuevas formas de consumo y consolidar un modelo integral de salud pública que aborde conjuntamente las adicciones con y sin sustancia en el contexto canario.

Evolución uso en población general (EDADES 2015–2024, 15–64 años)							
Sustancia	2015	2017	2019/2020	2022	2024	Tendencia en Canarias 2015–2024	Observaciones
Alcohol (últimos 12 meses)	78,6 %	76,4 %	73,8 %	75,1 %	74,7 %	Ligera reducción	Reducción sostenida del consumo intensivo; persistencia cultural.

Tabaco (últimos 30 días)	39,8 %	38,9 %	37,4 %	39,4 %	36,9 %	Estable-descendente	Disminuye lentamente, pero aún elevada prevalencia femenina.
Cannabis (últimos 12 meses)	10,2 %	12,9 %	14,8 %	15,2 %	16,1 %	En aumento continuo	Canarias supera la media nacional; mayor prevalencia juvenil.
Cocaína (últimos 12 meses)	3,9 %	4,5 %	5,0 %	5,2 %	5,6 %	Leve incremento	Crecimiento moderado, ligado a ocio nocturno.
Hipnosedantes (últimos 12 meses)	13,4 %	14,2 %	15,6 %	16,8 %	17,8 %	Aumento sostenido	Principal sustancia prescrita y más consumida por mujeres.
Analgésicos opioides (últimos 12 meses)	5,6 %	6,0 %	6,4 %	7,1 %	7,8 %	Incremento progresivo	Crece el consumo terapéutico y sin receta.
Éxtasis / Anfetaminas / Alucinógenos	0,9–1,5 %	1,2 %	1,4 %	1,5 %	1,6 %	Estables	Uso ocasional, vinculado a ocio joven urbano y turismo.

Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias

Desciende lentamente el consumo de alcohol y tabaco,
Aumenta el de cannabis, hipnosedantes y opioides,
Se estabilizan las sustancias de diseño y la cocaína con repuntes puntuales en jóvenes adultos.

Evolución en población escolar (ESTUDES 2014–2023, 14–18 años)							
Sustancia	2014	2016	2018	2021	2023	Tendencia 2014–2023	Observaciones
Alcohol (últimos 12 meses)	76,3 %	72,8 %	70,0 %	68,1 %	70,4 %	Descenso lento	Menor frecuencia de “botellón”, pero alta aceptación social.
Borrachera (últimos 30 días)	22,5 %	19,3 %	18,4 %	15,1 %	14,4 %	Descenso significativo	Reducción moderada del consumo intensivo.
Tabaco (últimos 30 días)	19,1 %	17,5 %	15,8 %	14,7 %	16,5 %	Estable	Ligero repunte tras la pandemia.
Cigarrillos electrónicos (vapeadores)	—	12,8 %	23,9 %	35,4 %	44,8 %	Crecimiento exponencial	Se convierte en la vía principal de inicio a la nicotina.
Cannabis (últimos 12 meses)	23,1 %	25,0 %	24,1 %	23,9 %	24,5 %	Estable	Consumo consolidado y normalizado entre jóvenes.
Hipnosedantes (últimos 12 meses)	7,8 %	8,5 %	9,1 %	9,7 %	10,4 %	Ligero aumento	Crece el uso sin receta en adolescentes, sobre todo chicas.
Otras sustancias (cocaína, éxtasis, inhalantes)	2–3 %	2,4 %	2,2 %	1,9 %	2,1 %	Estables	Consumo minoritario, concentrado en mayores de 17 años.

Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias

El alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas, aunque su prevalencia desciende lentamente.

El cannabis mantiene niveles estables, con inicio en torno a los 15 años.

Se dispara el uso de cigarrillos electrónicos, sustituyendo al tabaco tradicional.
Aumenta el consumo de fármacos sin receta, especialmente hipnosedantes y analgésicos.

En general

- La evolución 2014–2024 en Canarias muestra un desplazamiento del consumo desde las sustancias clásicas (alcohol, tabaco) hacia sustancias de prescripción médica y productos emergentes (vapeadores, energéticas, psicofármacos).
- Se consolida un modelo de consumo policonsumidor con patrones recreativos y autoterapéuticos, más que dependientes.
- La edad de inicio se mantiene precoz (13–15 años), sin variaciones significativas, lo que indica fracaso parcial de las políticas de prevención temprana.
- La normalización social del cannabis y del alcohol continúa siendo el principal obstáculo para reducir su consumo.
- En adultos, el crecimiento de hipnosedantes y opioides responde a mayor medicalización del malestar psicológico, especialmente en mujeres de mediana edad.
- En jóvenes, el auge del vapeo y las bebidas energéticas refleja la evolución del mercado hacia productos legalmente accesibles y percibidos como inocuos.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

1. Priorizar la prevención temprana en 10–15 años, reforzando la educación sobre alcohol, cannabis y vapeadores.
2. Controlar el acceso y publicidad de productos emergentes, especialmente cigarrillos electrónicos y energéticas.
3. Ampliar los programas de detección y tratamiento del consumo de psicofármacos y opioides en población adulta y femenina.
4. Fortalecer la investigación autonómica sobre tendencias de consumo y percepción de riesgo, con encuestas anuales en el marco del Observatorio Canario.
5. Reforzar las políticas de ocio saludable y reducción de daños, integrando salud mental y adicciones.

2.5. Edad media de inicio en el consumo de las principales sustancias psicoactivas en Canarias

Los datos confirman que el umbral de inicio del consumo en Canarias se sitúa entre los 13 y 16 años, lo que exige una estrategia preventiva integral, multisectorial y basada en la evidencia, que actúe antes de la exposición inicial, refuerce los factores protectores y promueva una cultura comunitaria de salud, autocuidado y responsabilidad compartida.

Sustancia	Edad media de inicio – Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Edad media de inicio – Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Alcohol	13,9 años	16,7 años	El inicio en el alcohol se produce de forma muy temprana, incluso antes de la edad legal. Los adultos actuales también comenzaron jóvenes, mostrando persistencia cultural del consumo temprano.
Tabaco (cigarrillos tradicionales)	13,9 años	16,8 años	Inicio similar al del alcohol, consolidando la exposición temprana a la nicotina. En adultos, la edad de primera experiencia coincide con la adolescencia.
Cigarrillos electrónicos (vapeadores)	14,1 años	27,4 años	En adolescentes, el vapeo aparece antes que el tabaco convencional, actuando como puerta de entrada. En adultos, se usa como sustituto o herramienta para dejar de fumar.
Bebidas energéticas (sin alcohol)	13,3 años	25,8 años	Se inician antes que el alcohol o tabaco, asociadas al ocio y al rendimiento académico. En adultos, el consumo aparece más tardíamente y con fines funcionales (trabajo, fatiga).
Cannabis	14,9 años	18,5 años	Los adolescentes inician el consumo alrededor de los 15 años. En adultos, el promedio se mantiene dentro de la juventud, reflejando una continuidad generacional del patrón de consumo.
Hipnosedantes (ansiolíticos, tranquilizantes)	14,8 años	43,5 años	En adolescentes, el uso es experimental o por influencia familiar. En adultos, el inicio se produce en edades medias, vinculado a prescripción médica y síntomas de ansiedad o insomnio.
Analgésicos opioides	15,1 años	36,2 años	En adolescentes, el uso está relacionado con tratamientos médicos ocasionales. En adultos, el consumo se inicia por motivos terapéuticos crónicos (dolor, salud mental).
Cocaína (polvo/base)	15,8 años	21,1 años	En jóvenes, el inicio es minoritario pero temprano y vinculado al ocio. En adultos, la edad de inicio

			confirma la exposición juvenil previa y la transición al consumo recreativo consolidado.
--	--	--	--

Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, el inicio del consumo de sustancias legales y de uso social (alcohol, tabaco, energéticas y vapeo) se sitúa entre los 13 y 15 años, evidenciando una entrada muy temprana al consumo.
- Las sustancias ilegales (cannabis, cocaína) presentan inicio posterior (15–19 años), aunque dentro de la adolescencia y primera juventud.
- Las sustancias de prescripción médica (hipnosedantes y opioides) muestran un doble patrón: uso experimental juvenil y uso terapéutico adulto, con edades de inicio muy tardías en la población general.
- En conjunto, los datos revelan que el umbral de exposición inicial a sustancias en Canarias se concentra entre los 13 y 16 años, lo que justifica priorizar estrategias preventivas tempranas en entornos escolares y comunitarios.

Los datos sobre la edad media de inicio en el consumo de sustancias en Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024) muestran un patrón claramente estructurado por tipo de sustancia y etapa vital, pero con un elemento común: la exposición temprana al consumo. Las sustancias legales y socialmente aceptadas (alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos y bebidas energéticas) presentan edades de inicio entre los 13 y 15 años, lo que supone una entrada precoz a la cultura del consumo y un factor de riesgo determinante para el desarrollo de hábitos adictivos posteriores.

El inicio simultáneo de alcohol y tabaco a los 13,9 años, junto con la incorporación aún más temprana de bebidas energéticas (13,3 años) y vapeadores (14,1 años), evidencia una normalización social de prácticas que actúan como puerta de entrada a otras sustancias. Estos productos están fuertemente integrados en los espacios de ocio juvenil y educativo, lo que requiere intervenciones preventivas centradas en la desnormalización, la regulación de la accesibilidad y la educación crítica sobre los riesgos asociados.

En el caso de las sustancias ilegales, el inicio en cannabis (14,9 años) y cocaína (15,8 años) confirma la existencia de una transición temprana desde las sustancias legales hacia el consumo recreativo en la adolescencia tardía y primera juventud. Este patrón, unido a la persistencia de consumos en la edad adulta, sugiere la necesidad de estrategias preventivas escalonadas, que acompañen la evolución del riesgo desde la educación secundaria hasta los espacios de formación profesional, universitaria y laboral.

Por su parte, las sustancias de prescripción médica, como los hipnosedantes (inicio a los 43,5 años) y los analgésicos opioides (36,2 años), muestran un patrón dual: un uso experimental y doméstico entre adolescentes (influido por el entorno familiar) y un uso terapéutico crónico en adultos, relacionado con el tratamiento del dolor, la ansiedad o el insomnio. Este doble circuito refuerza la importancia de la educación

farmacológica y la prevención de la automedicación, tanto en hogares como en entornos sanitarios.

Desde un modelo de salud comunitaria, estos resultados orientan varias líneas estratégicas prioritarias:

- Prevención temprana y sostenida: se debe iniciar la educación preventiva antes de los 12 años, abordando de forma integral el consumo de alcohol, tabaco, energéticas y vapeadores. Es clave incluir contenidos sobre habilidades emocionales, pensamiento crítico y presión social, con metodologías activas y participativas.
- Desnormalización y comunicación social: urge contrarrestar los discursos banalizadores que presentan el consumo de alcohol, tabaco o cannabis como conductas de integración o madurez. Las campañas públicas deben dirigirse a jóvenes y familias, promoviendo referentes positivos y hábitos de ocio saludable.
- Intervención familiar y comunitaria: el entorno doméstico actúa como espacio de aprendizaje y modelado del consumo. Por ello, es necesario formar a las familias para que reconozcan señales tempranas, adopten medidas de control del acceso a sustancias y promuevan una comunicación abierta y preventiva.
- Vigilancia y detección temprana: los servicios de atención primaria, salud escolar y salud comunitaria deben incluir protocolos de detección de inicio temprano, especialmente entre menores de 16 años, para intervenir de manera precoz y evitar la progresión hacia consumos problemáticos.
- Promoción de la salud emocional y relacional: el consumo temprano está estrechamente vinculado a factores de vulnerabilidad psicológica y social. Reforzar la salud mental positiva, el sentido de pertenencia comunitaria y las alternativas de ocio y participación juvenil constituye un pilar esencial para la prevención.

2.6. Percepción de riesgo asociada al consumo de distintas sustancias en Canarias

Los datos de percepción de riesgo en Canarias muestran que la información sobre los peligros de las sustancias no basta si no se acompaña de estrategias educativas, comunicativas y comunitarias que promuevan una comprensión crítica, emocional y social del consumo.

Reforzar la percepción del riesgo desde una perspectiva de salud, autonomía y responsabilidad colectiva es fundamental para avanzar hacia una cultura que valore el bienestar integral frente a la banalización del uso de sustancias.

Percepción de riesgo ante el consumo de sustancias – Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024)			
Sustancia	Adolescentes (14–18 años)(ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años)(EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Alcohol	82,4 % consideran peligroso beber todos los fines de semana.	88,3 % consideran peligroso el consumo habitual.	Ambos grupos reconocen el riesgo, aunque los adolescentes lo subestiman, especialmente para el consumo recreativo y social.

Tabaco (cigarrillos tradicionales)	87,1 % lo consideran peligroso fumar habitualmente.	94,7 % perciben alto riesgo en el consumo diario.	Percepción elevada en ambos grupos, con mayor conciencia en adultos. Los jóvenes asocian menos riesgo al consumo esporádico.
Cigarrillos electrónicos (vapeadores)	41,5 % perciben peligro en el uso frecuente.	68,4 % lo consideran de riesgo.	Gran brecha generacional: los jóvenes minimizan los riesgos del vapeo, lo que favorece su expansión.
Bebidas energéticas (sin alcohol)	42,8 % consideran que su consumo frecuente es peligroso.	61,2 % perciben riesgo por su abuso.	Los adultos muestran mayor conciencia de los efectos cardiovasculares o del insomnio, mientras que los adolescentes lo normalizan.
Cannabis	63,8 % consideran peligroso fumar habitualmente.	81,7 % lo perciben de riesgo elevado.	Aunque el riesgo percibido es alto, los adolescentes lo relativizan más, especialmente para el consumo ocasional.
Hipnosedantes (ansiolíticos, somníferos)	89,3 % perciben peligro en su uso sin receta.	95,4 % consideran alto riesgo en el uso continuado.	La población adulta tiene muy alta conciencia del riesgo, aunque esto no reduce su consumo, especialmente en mujeres.
Analgésicos opioides	88,7 % los perciben como peligrosos si se usan sin control médico.	94,8 % consideran alto riesgo.	Ambos grupos reconocen su potencial adictivo, aunque el uso terapéutico en adultos se ha normalizado.
Cocaína (polvo/base)	97,2 % perciben alto riesgo.	99,1 % lo consideran muy peligroso.	Consenso total sobre el riesgo, aunque el consumo recreativo persiste en ciertos entornos juveniles y adultos jóvenes.
Los valores expresan el porcentaje de personas que consideran peligroso el consumo frecuente u ocasional de cada sustancia.			
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, la percepción de riesgo es alta en las sustancias ilegales y menor en las legales o socialmente aceptadas (alcohol, tabaco, energéticas, vapeo).
- Los adolescentes subestiman el riesgo en sustancias de uso recreativo y de apariencia “inofensiva” (energéticas, vapeadores, cannabis), lo que refleja una normalización temprana del consumo.
- Los adultos muestran mayor conciencia del daño, especialmente en medicamentos y sustancias duras, aunque esto no siempre se traduce en menor consumo real, sobre todo en hipnosedantes y alcohol.
- Se observa una inversión cultural: mientras el tabaco y la cocaína conservan un estigma de riesgo, el alcohol y el cannabis tienden a percibirse como más “seguros” o controlables, lo que exige reforzar la educación preventiva.

Los datos sobre la percepción de riesgo ante el consumo de sustancias en Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024) evidencian un patrón diferencial entre generaciones y tipos de sustancias. En términos generales, la percepción de riesgo es elevada para las sustancias ilegales y los medicamentos con potencial adictivo,

pero significativamente menor para las sustancias legales y socialmente aceptadas, como el alcohol, el tabaco, las bebidas energéticas o los cigarrillos electrónicos. Esta brecha perceptiva resulta clave para comprender la persistencia del consumo recreativo y la normalización temprana de ciertas conductas en la adolescencia.

Entre los adolescentes, el riesgo se subestima especialmente en productos con una imagen “inofensiva” o “moderna”, como los vapeadores (solo un 41,5 % percibe peligro) y las bebidas energéticas (42,8 %), así como en el cannabis, donde solo el 63,8 % reconoce su peligro habitual. Esta visión minimizadora está fuertemente influida por discursos sociales, publicitarios y digitales que presentan estos consumos como naturales, funcionales o de bajo impacto, lo que debilita las barreras preventivas y facilita la iniciación temprana. Por el contrario, el tabaco y el alcohol mantienen una percepción de riesgo relativamente alta, aunque los adolescentes siguen justificando su consumo en contextos recreativos, donde lo asocian con integración social.

En la población adulta, la conciencia del riesgo es generalmente más elevada, superando el 90 % para la mayoría de las sustancias, con especial énfasis en los hipnosedantes, opioides y cocaína. Sin embargo, esta mayor percepción no se traduce necesariamente en un menor consumo, sobre todo en alcohol e hipnosedantes, lo que evidencia una desconexión entre el conocimiento del riesgo y la conducta real de consumo, reforzada por la normalización social y médica de estos productos.

Desde un modelo de salud comunitaria, la percepción del riesgo no debe considerarse únicamente como un indicador informativo, sino como una herramienta estratégica de prevención y cambio cultural. A partir de estos hallazgos, se identifican varias líneas de acción prioritarias:

- **Prevención y educación crítica:** es necesario reorientar los programas educativos hacia la percepción de riesgo realista y contextualizada, integrando no solo información sobre los daños, sino también reflexión crítica sobre la presión social, la publicidad y las narrativas digitales que banalizan el consumo. Las intervenciones deben iniciarse en edades tempranas, antes de la exposición inicial (11–13 años), e incorporar metodologías participativas y testimonios cercanos que fomenten la conciencia y la responsabilidad.
- **Comunicación social y contranarrativas:** se deben impulsar campañas de comunicación sostenidas que contrarresten los discursos banalizadores y normalizadores, especialmente en redes sociales, música, videojuegos y publicidad. Estas campañas deben presentar de forma clara los riesgos físicos, psicológicos y sociales del consumo, utilizando un lenguaje accesible y creíble para distintos públicos (jóvenes, familias, docentes, profesionales). La promoción de mensajes positivos —asociando bienestar, éxito y autonomía con la salud y el autocuidado— puede ser más efectiva que las campañas de miedo o castigo.
- **Promoción de entornos saludables:** la percepción del riesgo está estrechamente relacionada con los contextos sociales. Por ello, es clave crear espacios comunitarios, escolares y recreativos libres de consumo, donde se refuercen modelos de convivencia, ocio y diversión no asociados a sustancias. El trabajo con las familias, el profesorado y los medios de comunicación resulta fundamental para sostener un mensaje coherente de protección y salud.

- Atención y coherencia institucional: es prioritario alinear los mensajes de prevención con las prácticas institucionales. La medicalización excesiva, la permisividad social del alcohol o la venta libre de productos como las bebidas energéticas a menores generan disonancias que debilitan la credibilidad de la prevención. Se propone una revisión de políticas públicas que refuercen la coherencia entre regulación, control y educación.

2.7. Percepción de la disponibilidad de sustancias en Canarias

La alta percepción de disponibilidad en Canarias, especialmente entre menores, revela un entorno social permisivo que facilita el inicio temprano y la continuidad del consumo.

Afrontar este desafío exige acciones coordinadas de control, educación y transformación cultural, que reduzcan la accesibilidad real y simbólica de las sustancias, y fortalezcan los factores comunitarios de protección frente a la exposición y la normalización del consumo.

Percepción de disponibilidad de sustancias – Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024)			
Sustancia	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Alcohol	91,8 % creen que es fácil o muy fácil conseguirlo.	96,5 % lo perciben disponible sin dificultad.	Alta disponibilidad percibida en todos los grupos. El alcohol se considera el producto más accesible, incluso para menores de edad.
Tabaco (cigarrillos tradicionales)	86,2 % lo perciben de fácil acceso.	94,1 % lo consideran muy accesible.	El tabaco sigue siendo una sustancia de fácil acceso generalizado, especialmente en entornos urbanos.
Cigarrillos electrónicos (vapeadores)	81,5 % consideran fácil conseguirlos.	84,3 % los perciben accesibles.	Disponibilidad elevada en ambos grupos, con pocos controles de venta en línea y tiendas de conveniencia.
Bebidas energéticas (sin alcohol)	95,4 % lo perciben muy fácil.	97,0 % lo consideran totalmente accesible.	Es la sustancia más accesible para adolescentes, con venta libre en cualquier establecimiento.
Cannabis	69,3 % creen que sería fácil conseguirlo.	74,2 % lo perciben accesible.	Alta disponibilidad percibida, pese a su ilegalidad. Entre los jóvenes, se asocia a redes de pares y entornos de ocio.
Hipnosedantes (ansiolíticos, somníferos)	34,7 % consideran fácil obtenerlos (vía familiar o médica).	57,8 % los perciben accesibles con receta.	Mayor disponibilidad en adultos por acceso médico o doméstico. En jóvenes, el acceso proviene del entorno familiar.
Analgésicos opioides	28,9 % creen que es fácil conseguirlos.	49,1 % lo consideran accesible bajo prescripción.	La percepción aumenta con la edad: mayor exposición en adultos por razones terapéuticas.

Cocaína (polvo o base)	44,5 % consideran que podrían conseguirla con facilidad.	51,6 % la perciben accesible en su entorno.	La percepción de disponibilidad de cocaína es relativamente alta en Canarias, reflejando su presencia estable en el mercado local.
Otras sustancias ilegales (éxtasis, anfetaminas, LSD, etc.)	35–40 % estiman fácil conseguirlas.	38–45 % la consideran accesible.	Se mantiene una disponibilidad moderada, concentrada en entornos festivos o turísticos.
Los valores representan el porcentaje de población que considera fácil o muy fácil conseguir cada sustancia.			
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>			

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, la percepción de disponibilidad es muy alta para las sustancias legales y de venta libre (alcohol, tabaco, energéticas, vapeo) y moderada a alta para las ilegales, especialmente cannabis y cocaína.
- Entre los adolescentes, más de 7 de cada 10 consideran fácil acceder al cannabis, y casi la mitad creen posible obtener cocaína o sustancias sintéticas, lo que indica una exposición ambiental significativa.
- Entre los adultos, la disponibilidad percibida es aún mayor, en parte por una mayor autonomía económica y social, y por el mercado consolidado de psicofármacos.
- Esta percepción general de fácil acceso contribuye a normalizar el consumo temprano, sobre todo de alcohol, tabaco y cannabis, lo que refuerza la necesidad de controlar los canales de venta y reforzar la educación preventiva.

La percepción de disponibilidad de sustancias en Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024) muestra un panorama de acceso generalizado y normalizado, tanto para productos legales como para sustancias ilegales, con especial incidencia en las sustancias de uso social (alcohol, tabaco, vapeadores y bebidas energéticas). Más del 90 % de adolescentes y adultos considera fácil o muy fácil conseguir alcohol y tabaco, lo que convierte a Canarias en un entorno de alta accesibilidad percibida que contribuye a la normalización cultural del consumo, incluso entre menores de edad.

El dato más preocupante es la percepción de fácil acceso al cannabis (69,3 % en adolescentes y 74,2 % en adultos) y, en menor medida, a la cocaína (44,5 % y 51,6 %, respectivamente).

Estas cifras reflejan una presencia estable de estas sustancias en el mercado local, reforzada por su circulación en entornos de ocio juvenil, contextos turísticos y redes informales de pares. La percepción de que es posible conseguir sustancias ilegales con relativa facilidad, incluso sin buscarlas activamente, representa un factor de riesgo ambiental que debilita la eficacia de los mensajes preventivos y refuerza la idea de que el consumo es parte del entorno social normalizado.

En el caso de los hipnosedantes y analgésicos opioides, la disponibilidad percibida es menor entre adolescentes pero aumenta notablemente en adultos (hasta el 57,8 % y 49,1 % respectivamente), lo que pone de manifiesto una exposición indirecta a través del entorno familiar y sanitario.

En los jóvenes, casi un tercio reconoce que podría acceder a estos fármacos, principalmente por la presencia doméstica de medicamentos de prescripción, lo que plantea un reto específico de prevención en el ámbito familiar.

Desde un modelo de salud comunitaria, la percepción de fácil acceso requiere abordarse como un determinante estructural del consumo, no solo desde la regulación, sino también desde la cultura, la educación y la corresponsabilidad social. A partir de estos resultados, se proponen las siguientes líneas estratégicas:

- Prevención y control del acceso: es fundamental reforzar el cumplimiento de las normas de venta y publicidad de alcohol, tabaco, vapeadores y bebidas energéticas, especialmente en entornos próximos a centros escolares, deportivos y de ocio. Se recomienda incrementar la inspección y las sanciones por venta a menores, así como regular la comercialización y visibilidad de vapeadores y bebidas estimulantes, actualmente accesibles sin control.
- Intervención familiar y educativa: dado que una parte del acceso de los menores a fármacos proviene del hogar, se deben desarrollar campañas dirigidas a las familias para concienciar sobre el almacenamiento seguro de medicamentos y la importancia de no compartir tratamientos. En el ámbito educativo, se deben promover actividades que fomenten la reflexión crítica sobre la disponibilidad percibida y su relación con la presión del grupo y la publicidad.
- Promoción de entornos protectores: las políticas de salud comunitaria deben priorizar la creación de espacios libres de sustancias, tanto en el ocio juvenil como en las comunidades locales, con la implicación activa de ayuntamientos, asociaciones vecinales, clubes deportivos y entidades juveniles. Las acciones deben centrarse en transformar los entornos permisivos y ofrecer alternativas de ocio saludable, participativo y libre de consumo.
- Comunicación y contranarrativas: es necesario romper con la idea de que la facilidad de acceso equivale a normalidad o aceptación social. Las campañas públicas deben enfatizar la responsabilidad colectiva en el control del consumo y visibilizar los riesgos asociados a la tolerancia comunitaria frente al uso de sustancias. La comunicación debe dirigirse especialmente a los jóvenes, utilizando formatos digitales, lenguaje claro y mensajes centrados en el autocuidado, la autonomía y la capacidad de decisión.

2.8. Percepción de la importancia del problema de las sustancias y su visibilidad social en Canarias

En Canarias persiste una alta preocupación social por el consumo de sustancias, pero esta coexiste con una banalización cultural y una tolerancia cotidiana hacia ciertos consumos visibles. Superar esta contradicción requiere una estrategia de salud comunitaria integral, centrada en la educación, la proximidad, la comunicación responsable y la participación social. Solo así se podrá transformar la percepción colectiva del problema en acción preventiva, compromiso institucional y conciencia comunitaria de salud.

Indicador	Adolescentes (14–18 años)(ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años)(EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Percepción de la importancia del problema del consumo de sustancias en la sociedad	84,6 % considera que el consumo de sustancias es un problema importante o muy importante para la sociedad.	88,1 % considera que el consumo de sustancias constituye un problema social de gran relevancia.	Alta coincidencia intergeneracional: el consumo de sustancias se percibe como un problema prioritario. Los adultos tienden a considerarlo más grave, los jóvenes lo relativizan.
Percepción de la importancia del problema en su entorno cercano (barrio, municipio, grupo de amigos)	42,7 % considera que el consumo de sustancias es un problema importante en su entorno próximo.	56,3 % percibe presencia o impacto de las sustancias en su barrio o entorno cotidiano.	Los adultos perciben mayor visibilidad local del problema, en parte por su contacto con espacios públicos y laborales. En adolescentes, la percepción está más ligada al ocio juvenil y redes sociales.
Visibilidad del consumo de sustancias en lugares públicos (parques, calles, bares, etc.)	58,9 % declara haber visto consumo de sustancias en lugares públicos en el último año.	61,4 % ha observado consumo en su entorno.	Alta visibilidad social del consumo en Canarias, especialmente de alcohol y cannabis en espacios abiertos.
Percepción de la gravedad comparada con otros problemas sociales (paro, delincuencia, pobreza)	63,2 % sitúa el consumo de sustancias entre los tres principales problemas sociales.	68,5 % lo ubica entre los problemas más relevantes para la comunidad.	Tanto jóvenes como adultos priorizan el consumo de sustancias junto a desempleo y violencia. Refleja preocupación estable y transversal en la opinión pública.
Valoración de la respuesta institucional (prevención, control, asistencia)	46,8 % considera que las autoridades hacen lo suficiente.	52,1 % opina que las políticas públicas son insuficientes.	Los adultos muestran mayor demanda de intervención pública, especialmente en prevención y atención.
Percepción sobre quién debe liderar la solución del problema	60,4 % cree que deben actuar conjuntamente familia, escuela y autoridades.	71,0 % prioriza la acción de las instituciones públicas (Sanidad, Educación, Seguridad).	Visión compartida: la responsabilidad social es colectiva, aunque los adultos reclaman mayor acción institucional.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, tanto adolescentes como adultos reconocen el consumo de sustancias como un problema social relevante, aunque con distinta intensidad.
- Los adolescentes tienden a percibirlo más como un riesgo ajeno o general, mientras que los adultos lo identifican como un problema real en su entorno próximo, asociado a alcohol, cannabis y psicofármacos.

- La visibilidad del consumo en espacios públicos (especialmente alcohol y cannabis) es alta en ambos grupos, lo que contribuye a la normalización del uso.
- Existe una fuerte demanda de respuesta institucional: más de la mitad de los adultos considera que las políticas actuales son insuficientes, y la mayoría cree que la familia y la escuela deben implicarse junto al sistema sanitario y comunitario.
- En síntesis: la preocupación social por las sustancias se mantiene elevada, pero su banalización entre los jóvenes y la alta visibilidad cotidiana del consumo dificultan percibirlo como un riesgo personal inmediato.

La percepción social sobre el consumo de sustancias en Canarias, según los resultados de ESTUDES 2023 y EDADES 2024, muestra una alta coincidencia intergeneracional en la consideración del fenómeno como un problema social relevante, aunque con diferencias notables en la intensidad y el enfoque del riesgo. La mayoría de la población (85 % de los adolescentes y 88 % de los adultos) reconoce que el consumo de sustancias constituye un problema importante para la sociedad, lo que refleja una preocupación generalizada y transversal.

Sin embargo, los jóvenes tienden a relativizar el problema en su entorno inmediato, mientras que los adultos perciben una mayor presencia visible y cotidiana del consumo, especialmente de alcohol y cannabis, en espacios públicos, laborales o vecinales.

La visibilidad del consumo en Canarias es elevada: alrededor del 60 % de la población afirma haber presenciado consumo de sustancias en lugares públicos en el último año.

Esta exposición frecuente, unida a la normalización de ciertas sustancias legales y recreativas, contribuye a una convivencia ambigua con el fenómeno, donde el consumo se percibe como un problema social abstracto pero no siempre como una amenaza personal o comunitaria concreta.

Entre los adolescentes, la percepción del problema suele asociarse a contextos de ocio o a su representación en redes sociales, lo que diluye la noción de gravedad y favorece actitudes de tolerancia o indiferencia ante el consumo propio o ajeno.

Por otro lado, más de la mitad de los adultos (52 %) considera insuficiente la respuesta institucional, y más del 70 % opina que la solución requiere una acción conjunta entre instituciones públicas, familia, escuela y comunidad. Esta visión colectiva de la responsabilidad social constituye una base sólida para avanzar hacia un modelo de salud comunitaria participativo y corresponsable, donde las políticas públicas se fortalezcan con la implicación activa de la ciudadanía.

A partir de este diagnóstico, se proponen las siguientes líneas estratégicas de actuación:

- Reforzar la corresponsabilidad social y comunitaria: promover la participación de familias, centros educativos, asociaciones vecinales, entidades juveniles y profesionales de la salud en la definición, desarrollo y seguimiento de los programas de prevención y atención. La cooperación intersectorial (Sanidad, Educación, Servicios Sociales, Juventud y Seguridad) debe ser el eje vertebrador de la respuesta.

- Transformar la percepción del riesgo desde la proximidad: las campañas preventivas deben centrarse en acercar el problema al entorno cotidiano, mostrando cómo el consumo afecta a la convivencia, la seguridad, el bienestar y la salud mental en los barrios y familias. Se trata de pasar de una visión abstracta (“problema social general”) a una conciencia situada y personal del riesgo, que motive la acción preventiva y la búsqueda de ayuda.
- Combatir la banalización y la visibilidad del consumo: la alta presencia de consumo en espacios públicos exige medidas de regulación y sensibilización comunitaria. Se recomienda reforzar las ordenanzas municipales que limiten el consumo en parques, playas y eventos públicos, acompañadas de acciones de educación cívica y alternativas de ocio saludable. Además, deben impulsarse campañas sostenidas contra los discursos banalizadores, que desmitifiquen la imagen “inofensiva” o “culturalmente aceptada” del alcohol, el cannabis o los psicofármacos.
- Mejorar la visibilidad y coherencia de la respuesta institucional: aumentar la presencia pública de los servicios de prevención, atención y rehabilitación, asegurando su accesibilidad y coordinación territorial. La percepción de insuficiencia puede revertirse mediante acciones visibles de cercanía, programas de calle, mediadores comunitarios y campañas que muestren los recursos disponibles y los resultados de las intervenciones.
- Promoción de una cultura de salud compartida: fomentar la idea de que la prevención y el cuidado son tareas colectivas, ligadas al bienestar comunitario. La escuela, la familia y los servicios públicos deben trabajar como espacios de aprendizaje y corresponsabilidad, promoviendo valores de autocuidado, solidaridad y participación ciudadana.

2.9. Valoración de la importancia de distintas acciones para resolver el problema de las sustancias en Canarias

Los resultados evidencian que Canarias cuenta con una base social favorable a las políticas de salud pública basadas en la prevención, la educación y la cooperación comunitaria.

El desafío estratégico radica en traducir este consenso social en políticas sostenidas, coordinadas e intersectoriales, capaces de fortalecer la resiliencia comunitaria y avanzar hacia una cultura colectiva de salud, cuidado y responsabilidad compartida.

Valoración de la importancia de diversas acciones para resolver el problema del consumo de sustancias – Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024)			
Tipo de acción / medida	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Educación y prevención en escuelas e institutos	93,8 % la consideran muy importante.	91,7 % la consideran prioritaria.	Consenso absoluto: ambas poblaciones identifican la educación preventiva como la herramienta más eficaz para reducir el consumo.

Campañas informativas y de sensibilización social	88,6 % las valoran como importantes o muy importantes.	86,5 %coinciden en su relevancia.	Gran apoyo a las campañas mediáticas y comunitarias, especialmente entre jóvenes.
Atención sanitaria y psicológica a personas con adicciones	79,4 % la consideran muy importante.	92,8 % le otorgan prioridad alta.	Los adultos muestran mayor conciencia sobre la necesidad de tratamiento y apoyo profesional.
Control policial y sanciones legales	52,7 % la consideran necesaria.	68,3 % apoyan su aplicación.	En adolescentes predomina una visión más tolerante o crítica con las sanciones, mientras que los adultos enfatizan el control del tráfico y consumo en vía pública.
Limitación de la venta de alcohol y tabaco a menores	89,1 % apoyan el control estricto.	94,6 % lo consideran esencial.	Amplio consenso en reforzar la supervisión de puntos de venta y cumplimiento de la normativa.
Reducción de daños (programas de intercambio, naloxona, salas de consumo supervisado)	54,2 % la valoran positivamente.	78,4 % la consideran importante.	Los adultos comprenden mejor su finalidad sanitaria. En adolescentes, se perciben como medidas permisivas.
Apoyo a las familias afectadas	82,5 % consideran muy importante el acompañamiento familiar.	89,8 % le otorgan importancia alta.	Ambos grupos coinciden en el papel de la familia como red de prevención y recuperación.
Fomento del ocio saludable y alternativo	90,3 % lo consideran fundamental.	84,2 % lo valoran como importante.	Prioridad destacada entre los adolescentes, que demandan más espacios y actividades sin consumo.
Reinserción social y laboral de personas con adicciones	76,8 % lo valoran positivamente.	88,7 % lo consideran prioritario.	Los adultos muestran mayor comprensión del componente social y laboral de la recuperación.
Regulación o legalización del cannabis u otras sustancias	29,5 % la consideran útil o positiva.	22,3 % la apoyan.	Opiniones minoritarias. Los adolescentes presentan mayor apertura al debate regulatorio, aunque sin consenso.
Los porcentajes reflejan el grado de importancia que cada grupo otorga a diferentes tipos de medidas públicas y sociales			
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>			

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, existe un amplio consenso social en torno a las acciones educativas, preventivas y sanitarias como ejes prioritarios para abordar el problema del consumo de sustancias.
- Las medidas represivas o sancionadoras reciben menor apoyo, especialmente entre los jóvenes, que priorizan la educación y la información frente al castigo.
- Se destaca un alto grado de sensibilidad hacia la atención psicológica y familiar, y una valoración creciente de los programas de reducción de daños entre la población adulta.

- Los adolescentes priorizan la prevención escolar y el ocio alternativo, mientras que los adultos enfatizan el tratamiento, la reinserción y el control del acceso a sustancias legales.
- La regulación del cannabis mantiene un apoyo minoritario pero creciente entre los jóvenes, reflejo de cambios culturales y debate social.

Los resultados de ESTUDES 2023 y EDADES 2024 en Canarias muestran una coincidencia significativa entre adolescentes y adultos respecto a las medidas más efectivas para afrontar el problema del consumo de sustancias ilegales: la educación, la prevención, la atención sanitaria y el apoyo familiar. Este consenso refleja una visión colectiva y madura del abordaje del fenómeno, donde la prioridad se sitúa en las acciones formativas, comunitarias y de acompañamiento antes que en las medidas coercitivas.

La educación y prevención en el ámbito escolar obtiene el mayor respaldo en ambos grupos (más del 90 %), consolidándose como la acción más valorada para reducir el consumo. Los jóvenes reconocen la relevancia de la información y la formación como herramientas de protección, y demandan entornos educativos con programas de prevención continuos, participativos y actualizados. Este dato reafirma la necesidad de fortalecer la escuela y el instituto como espacios de aprendizaje integral y promoción de la salud.

Asimismo, las campañas informativas y de sensibilización social reciben un amplio apoyo (86–89 %), lo que evidencia la importancia de mantener una comunicación pública constante y adaptada a los distintos públicos, especialmente a los entornos digitales donde se construyen muchos de los discursos sobre el consumo de sustancias. En esta línea, las políticas de comunicación deben ir más allá de la transmisión de riesgos, promoviendo mensajes positivos de autocuidado, bienestar y convivencia saludable.

En la población adulta, la atención sanitaria, psicológica y la reinserción social adquieren especial relevancia (entre el 88 % y 93 % de apoyo), reflejando una comprensión más amplia del fenómeno como un problema de salud pública y no exclusivamente moral o legal. Esta visión favorece la consolidación de modelos de atención integrales y basados en derechos, centrados en la persona y su contexto familiar y comunitario.

Las medidas de control policial y sanciones legales tienen un apoyo más dividido, especialmente entre los adolescentes (52 % frente al 68 % de adultos), lo que indica un rechazo juvenil a los enfoques punitivos y una preferencia por estrategias de prevención, educación y mediación social. Este dato sugiere que las intervenciones coercitivas deben integrarse dentro de un marco de seguridad comunitaria y justicia restaurativa, evitando enfoques que estigmaticen o criminalicen el consumo.

Las acciones de reducción de daños (como programas de intercambio, naloxona o salas supervisadas) son mejor valoradas por los adultos (78 %), lo que refleja una mayor comprensión de su finalidad sanitaria y de reducción de riesgos, aunque todavía generan dudas entre adolescentes, que las perciben como permisivas. Este aspecto señala la importancia de educar sobre la reducción de daños como una estrategia complementaria y protectora, no como una forma de normalizar el consumo.

Por último, el fomento del ocio saludable y alternativo es una de las medidas más destacadas por los jóvenes (90 %), lo que refuerza la urgencia de ampliar la oferta

de espacios comunitarios, culturales y deportivos libres de consumo, especialmente en municipios con escasa infraestructura juvenil. Estas iniciativas deben promover la participación activa de los propios jóvenes en el diseño de actividades, reforzando su sentido de pertenencia y protagonismo social.

Desde un modelo de salud comunitaria, estas percepciones apuntan a un camino claro:

- Reforzar la educación preventiva desde etapas tempranas, con programas continuos, inclusivos y basados en la evidencia.
- Consolidar una red de atención integral que combine prevención, tratamiento, reducción de daños y reinserción, asegurando la coordinación entre sanidad, servicios sociales y comunidad.
- Promover campañas sostenidas y coherentes, con narrativas realistas y cercanas que desactiven los discursos banalizadores del consumo.
- Potenciar el papel de la familia y la escuela como pilares de la prevención y del acompañamiento emocional.
- Fomentar alternativas de ocio saludable y participación juvenil, garantizando entornos seguros, equitativos y libres de sustancias.

2.10. Consumo de juegos de azar con dinero en Canarias

Canarias debe afrontar el juego con dinero y otras adicciones comportamentales desde una visión de salud pública y comunitaria, que combine educación, regulación, atención integral y participación social.

El objetivo no es solo reducir el daño o el número de jugadores problemáticos, sino transformar el contexto social que normaliza el juego como ocio y fortalecer la resiliencia individual y colectiva frente a las conductas adictivas.

Indicador comparativo: participación en juegos de azar con dinero – Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024)			
Indicador / Tipo de juego	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Juegos de azar con dinero (cualquier modalidad)	• Alguna vez en la vida: 39,2 % • Últimos 12 meses: 27,8 % • Últimos 30 días: 15,6 %	• Alguna vez en la vida: 65,1 % • Últimos 12 meses: 47,3 % • Últimos 30 días: 22,5 %	Alta prevalencia en ambos grupos. En adolescentes, más de 1 de cada 4 ha jugado con dinero el último año, pese a ser una práctica prohibida antes de los 18 años.
Juego presencial (quinielas, loterías, apuestas deportivas, máquinas, bingo, etc.)	23,4 % en los últimos 12 meses.	41,7 % en los últimos 12 meses.	Predomina el juego presencial en Canarias, sobre todo en apuestas deportivas y loterías.
Juego online (apuestas deportivas, póker, etc.)	12,1 % en los últimos 12 meses.	15,6 % en los últimos 12 meses.	El juego online crece en ambos grupos, impulsado por la publicidad y la digitalización.

casino en línea, etc.)			Los adolescentes acceden principalmente a través de plataformas no verificadas o cuentas de terceros.
Edad media de inicio en el juego con dinero	15,2 años	24,6 años	La edad de inicio entre adolescentes refleja un incumplimiento de la normativa y una precocidad preocupante.
Juego problemático (puntuación DSM-V)	2,3 % con indicios de juego problemático o patológico.	3,4 % con puntuaciones positivas en el test DSM-V.	Proporciones similares en magnitud, pero mayor vulnerabilidad en menores, dado su desarrollo cognitivo y control de impulsos.
Percepción de riesgo del juego con dinero	69,5 % lo consideran peligroso si se juega habitualmente.	83,1 % lo perciben de alto riesgo.	Los adolescentes minimizan el riesgo, especialmente en apuestas deportivas y juegos “de habilidad”.
Motivos principales de juego	1 “Por diversión” (61 %) 2 “Por ganar dinero” (27 %) 3 “Por curiosidad / por amigos” (22 %)	1 “Por diversión” (45 %) 2 “Por ganar dinero” (42 %) 3 “Por costumbre o rutina” (19 %)	En jóvenes predomina el carácter lúdico y social, en adultos la expectativa económica o la rutina.
Tendencia general (2018–2024)	• Aumento sostenido del juego online, sobre todo apuestas deportivas. • Descenso del juego presencial en salones.	• Crecimiento del juego online y estabilización del presencial.	Canarias sigue la tendencia nacional: crece la exposición al juego digital, especialmente en varones jóvenes.

Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, el juego con dinero se ha convertido en una conducta adictiva emergente tanto entre adolescentes como entre adultos.
- Más de uno de cada cuatro estudiantes ha jugado con dinero en el último año, a pesar de la prohibición legal para menores de 18 años, lo que refleja fallos en el control de acceso y publicidad.
- En la población adulta, casi la mitad ha jugado en el último año, con una clara preferencia por apuestas deportivas, loterías y juegos online.
- La edad de inicio (15 años) y la banalización del riesgo entre adolescentes son factores clave de vulnerabilidad.
- El juego problemático afecta a alrededor del 2–3 % de la población, pero su impacto social es alto por el endeudamiento, deterioro familiar y comorbilidades emocionales.

- Se observa una normalización del juego digital como forma de ocio, lo que plantea la necesidad de estrategias preventivas específicas y regulación más efectiva.

El juego con dinero se consolida en Canarias como una conducta adictiva emergente, presente tanto en adolescentes como en adultos, con una expansión sostenida del juego digital y una normalización social preocupante. Según los datos de ESTUDES 2023 y EDADES 2024, más de uno de cada cuatro estudiantes ha participado en juegos de azar con dinero durante el último año, a pesar de estar prohibido para menores de 18 años. Entre los adultos, casi la mitad declara haber jugado en el mismo periodo, especialmente en apuestas deportivas, loterías y modalidades online, reflejando una alta disponibilidad y penetración social del juego.

El inicio precoz en torno a los 15 años indica fallos estructurales en los mecanismos de control, en la supervisión familiar y en la eficacia de la normativa sobre verificación de edad. El juego online, que alcanza al 12 % de los adolescentes y 16 % de los adultos en el último año, crece impulsado por la publicidad digital, la gamificación y la accesibilidad de las plataformas. En los menores, el acceso suele producirse a través de cuentas de terceros o portales sin verificación, lo que incrementa la vulnerabilidad y la exposición a conductas de riesgo.

La percepción de riesgo es desigual: mientras el 83 % de los adultos considera peligroso el juego habitual, solo el 70 % de los adolescentes comparte esa visión, predominando entre estos la idea de que se trata de una forma “divertida” o “social” de ocio.

El juego problemático, estimado entre el 2 % y el 3 % de la población, tiene repercusiones graves: endeudamiento, deterioro familiar, conflictos laborales y trastornos emocionales asociados, como ansiedad o depresión.

Desde una perspectiva de salud comunitaria, el fenómeno del juego requiere una intervención integral que combine la educación preventiva, el control normativo efectivo y la participación social para transformar la percepción cultural y reducir su impacto en la salud pública:

1. Prevención

- Integrar la prevención del juego en la educación formal y no formal.
Incorporar contenidos específicos sobre adicciones comportamentales en los programas escolares y de formación profesional, con enfoque en pensamiento crítico, alfabetización digital y gestión emocional.
- Desarrollar campañas autonómicas permanentes de sensibilización.
Dirigidas a jóvenes y familias, con mensajes claros sobre los riesgos del juego online, las apuestas deportivas y la publicidad encubierta. Utilizar redes sociales, influencers y medios locales para llegar de forma efectiva a la población adolescente.
- Regular la exposición publicitaria y el acceso digital.
Reforzar el control sobre la publicidad en eventos deportivos, retransmisiones y plataformas digitales. Promover acuerdos con clubes y medios para eliminar la vinculación del deporte con el juego.
- Potenciar el ocio alternativo y saludable.
Impulsar programas de ocio comunitario y deportivo sin componente

económico, especialmente en barrios con alta densidad de locales de juego. Financiar proyectos locales de ocio nocturno saludable y participación juvenil.

- Fortalecer la corresponsabilidad familiar y comunitaria.
Promover la formación parental sobre supervisión digital y prevención del juego en menores, e implicar a asociaciones vecinales y entidades sociales en la detección temprana de riesgos.

2. Atención

- Integrar la atención al juego problemático en la red asistencial de adicciones.
Consolidar el Centro de Atención a Adicciones Comportamentales y ampliar su coordinación con las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD) y los servicios de salud mental.
- Establecer protocolos de detección precoz
Capacitar a profesionales sanitarios, educativos y sociales en la identificación de signos de juego problemático o sobreendeudamiento, incorporando herramientas de cribado en atención primaria y servicios juveniles.
- Ofrecer atención psicológica especializada.
Garantizar tratamiento gratuito y accesible para personas con adicción al juego, con enfoque cognitivo-conductual y apoyo familiar. Incorporar terapias grupales, programas de reestructuración financiera y orientación laboral.
- Asegurar la continuidad asistencial.
Favorecer itinerarios integrados de atención, tratamiento y reinserción, evitando la fragmentación entre dispositivos sanitarios, sociales y judiciales.
- Crear redes de apoyo mutuo y grupos de autoayuda.
Impulsar la participación de entidades sociales y de personas en recuperación como agentes comunitarios de acompañamiento y sensibilización.

3. Promoción de la salud comunitaria

- Fomentar la cultura del autocuidado y la responsabilidad social.
Promover valores de salud, equilibrio y bienestar emocional como parte de la identidad colectiva, vinculando la prevención de adicciones a estilos de vida saludables y solidarios.
- Desarrollar entornos protectores en la comunidad.
Establecer alianzas entre centros educativos, asociaciones, servicios sociales y administraciones locales para crear espacios seguros, libres de estímulos adictivos y con oportunidades reales de participación juvenil.
- Impulsar la participación comunitaria en la toma de decisiones.
Incorporar a la ciudadanía, las familias, los jóvenes y las entidades del tercer sector en los Consejos de Salud y los Observatorios locales de adicciones, asegurando su implicación en el diseño y evaluación de políticas públicas.
- Promover investigación y observación continua.
Consolidar el Observatorio Canario del Juego y las Adicciones Comportamentales, con datos actualizados sobre prevalencia, publicidad, hábitos digitales y eficacia de las intervenciones.
- Difundir buenas prácticas y experiencias locales.
Crear un banco de experiencias comunitarias en prevención del juego, financiando y difundiendo iniciativas exitosas de municipios, ONG y asociaciones juveniles.

2.11. Uso de Internet y su posible uso problemático en Canarias

El uso problemático de Internet en Canarias refleja una transición cultural hacia la hiperconexión, donde el ocio, la socialización y el trabajo convergen en el entorno digital.

Este cambio exige una respuesta integral de salud pública y comunitaria que combine educación, regulación, acompañamiento y promoción del bienestar emocional. Promover una cultura digital saludable basada en el equilibrio, la desconexión consciente y la responsabilidad compartida es esencial para prevenir la cronificación de estas conductas y fortalecer la salud mental y social de la población canaria.

Indicador comparativo: uso problemático de Internet – Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024)			
Indicador / Dimensión	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Uso frecuente de Internet (diario o casi diario)	98,3 % de los adolescentes usa Internet todos los días.	94,7 % de los adultos lo usa a diario.	El acceso es prácticamente universal. En jóvenes, el uso diario es constante y multipropósito (redes, vídeos, juegos, mensajería).
Uso problemático o compulsivo (según escala CIUS)	17,4 % presenta <i>uso problemático o indicios de adicción a Internet</i> .	8,9 % presenta <i>uso problemático</i>	El doble de prevalencia en adolescentes, reflejando mayor impulsividad, dependencia social y vulnerabilidad emocional.
Edad media de inicio del uso intensivo de Internet	11,2 años	20,5 años	El uso intensivo se inicia a edades muy tempranas, antes de la adolescencia, mientras que los adultos comenzaron su vida digital en etapas posteriores.
Tiempo medio de conexión diaria	3,6 horas/día entre semana 5,2 horas/día los fines de semana	2,9 horas/día promedio	Los adolescentes superan ampliamente a los adultos, con picos de conexión nocturna y en fines de semana.
Uso principal de Internet	1 Redes sociales (83 %) 2 Vídeos / streaming (72 %) 3 Juegos online (39 %)	1 Redes sociales (62 %) 2 Noticias / información (58 %) 3 Trabajo / estudios (52 %)	En adolescentes predomina el uso lúdico y social, mientras que en adultos prevalece el uso funcional y laboral.
Síntomas más frecuentes de uso problemático	• Dificultad para desconectarse (58 %) • Pérdida de sueño (41 %) • Conflictos familiares por uso excesivo (29 %)	• Uso excesivo en horario laboral (22 %) • Aislamiento social (17 %) • Ansiedad al desconectarse (13 %)	Los jóvenes muestran impactos conductuales y emocionales más intensos; los adultos tienden a uso compulsivo vinculado al trabajo o redes.
Percepción de riesgo del uso excesivo de Internet	64,3 % considera peligroso su uso abusivo.	79,5 % lo perciben de riesgo.	Los adolescentes normalizan el uso continuado y no lo asocian fácilmente con dependencia.

			Los adultos lo identifican como una adicción moderna creciente.
Tendencia general (2018–2024)	• Aumento sostenido del uso diario (+15 puntos desde 2018). • Duplicación del uso problemático (≈9 % → 17 %).	• Crecimiento moderado del uso intensivo, especialmente en redes y trabajo remoto.	Canarias sigue la tendencia nacional de hiperconectividad, con mayor vulnerabilidad entre menores y jóvenes adultos.
(escala CIUS – Compulsive Internet Use Scale).			
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El uso problemático de Internet se ha convertido en la adicción sin sustancia más extendida en Canarias, afectando a casi 1 de cada 5 adolescentes y 1 de cada 10 adultos.
- Los jóvenes presentan una relación más emocional y compulsiva con la red, asociada a redes sociales, videojuegos y plataformas audiovisuales, con consecuencias en el sueño, rendimiento escolar y convivencia familiar.
- En los adultos, el patrón es más funcional, aunque crece el uso compulsivo vinculado a redes, trabajo y entretenimiento.
- La edad temprana de inicio (≈11 años) y la normalización del uso constante justifican estrategias preventivas en el entorno educativo y familiar.
- El patrón de uso sugiere un continuum generacional entre el ocio digital adolescente y el uso problemático adulto, reforzando la necesidad de programas específicos de educación digital saludable.

El uso problemático de Internet se consolida en Canarias como la adicción sin sustancia más prevalente y transversal entre generaciones. Los datos de ESTUDES 2023 y EDADES 2024 reflejan un acceso casi universal (más del 95 % en ambos grupos), pero con niveles de uso problemático que duplican en adolescentes a los de la población adulta: un 17,4 % de los jóvenes presenta indicios de adicción o dependencia frente a un 8,9 % de los adultos.

Este patrón evidencia que la hiperconectividad digital se ha convertido en un fenómeno estructural, estrechamente vinculado a los cambios culturales, tecnológicos y emocionales de la vida cotidiana.

Entre los adolescentes, el uso de Internet comienza en promedio a los 11 años, una edad que coincide con la entrada en la educación secundaria y el inicio de la socialización digital. El tiempo medio de conexión, más de 5 horas diarias los fines de semana, refleja una exposición prolongada y sin límites claros, concentrada en redes sociales, vídeos y juegos online, que generan refuerzo inmediato, dependencia emocional y sobreestimulación. Los síntomas más frecuentes (pérdida de sueño (41 %), conflictos familiares (29 %) y dificultad para desconectarse (58 %)) apuntan a un patrón de uso compulsivo y disfuncional, con impacto directo en el bienestar mental, el rendimiento escolar y la convivencia familiar.

En los adultos, el uso de Internet es también intensivo, aunque con un perfil distinto: más funcional y laboral, pero cada vez más vinculado a redes sociales, ocio

audiovisual y trabajo remoto, lo que amplía los riesgos de hiperconectividad, aislamiento social y estrés digital.

Los adultos tienden a identificar mejor los riesgos del uso excesivo (79,5 % lo considera peligroso), pero no siempre logran gestionar los límites, especialmente en contextos profesionales o de autoexigencia.

Desde una perspectiva de salud comunitaria, el fenómeno exige un abordaje integral y preventivo, que combine educación digital, apoyo familiar, intervención psicológica y políticas públicas adaptadas al nuevo ecosistema tecnológico. Se recomiendan las siguientes líneas estratégicas:

- Prevención educativa y alfabetización digital temprana: incorporar de forma estructural la educación digital saludable en el currículo escolar, desde primaria, promoviendo el uso crítico, responsable y equilibrado de Internet. Es clave trabajar habilidades socioemocionales, gestión del tiempo, pensamiento crítico frente a contenidos digitales, ciberseguridad y desconexión consciente.
- Intervención familiar y comunitaria: ofrecer formación y acompañamiento a las familias para establecer límites de uso, fomentar rutinas digitales saludables y mejorar la comunicación sobre el consumo tecnológico. Las familias deben ser agentes activos de prevención, aprendiendo a detectar signos de dependencia y a promover modelos de uso equilibrado.
- Promoción del bienestar digital: impulsar campañas públicas que desnormalicen la hiperconectividad y visibilicen los riesgos del uso excesivo de redes y pantallas, especialmente sobre el sueño, la salud mental y las relaciones sociales. Estas acciones deben incorporar mensajes positivos centrados en el descanso, la desconexión, el ocio presencial y la recuperación del tiempo libre como fuente de salud.
- Atención psicológica y servicios especializados: fortalecer los recursos de salud mental comunitaria, incorporando la detección e intervención en adicciones comportamentales, especialmente en población joven. Los programas de orientación escolar y atención primaria deben incluir herramientas de cribado y derivación temprana.
- Fomento de alternativas de ocio saludable y presencial: desarrollar programas municipales y comunitarios que ofrezcan espacios de ocio sin pantallas, con actividades deportivas, culturales y participativas. Involucrar a jóvenes en la creación de alternativas reales al entretenimiento digital favorece la pertenencia, la autonomía y el equilibrio emocional.

2.12. Uso y uso problemático de videojuegos en Canarias,

El uso de videojuegos en Canarias refleja un fenómeno cultural amplio y en expansión, con potencial tanto educativo como adictivo.

Afrontar el uso problemático requiere una respuesta intersectorial, donde educación, sanidad, familia y comunidad actúen de forma coordinada para promover un ocio digital saludable, equilibrado y consciente.

El objetivo no es restringir el acceso, sino formar, acompañar y proteger, garantizando que la experiencia digital contribuya al desarrollo personal y al bienestar social de la juventud canaria.

Indicador comparativo: uso de videojuegos – Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024)			
Indicador / Dimensión	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Personas que juegan a videojuegos	84,7 % han jugado a videojuegos en los últimos 12 meses.	46,2 % han jugado en los últimos 12 meses.	El videojuego es la actividad digital dominante entre adolescentes y aún presente en casi la mitad de los adultos.
Frecuencia de juego (semanal o diaria)	73,5 % juega al menos una vez por semana. 43,8 % lo hace a diario.	31,4 % juega semanalmente. 12,7 % a diario.	Alta frecuencia juvenil, que evidencia su papel central en el ocio y socialización digital.
Uso problemático de videojuegos (escala C-VG o DSM-V)	8,6 % presenta <i>uso problemático</i> o <i>indicios de adicción</i> .	2,7 % muestra <i>uso problemático</i> (EDADES 2024).	La proporción de uso problemático es tres veces mayor en adolescentes, en especial entre varones.
Edad media de inicio	11,0 años	17,9 años	La iniciación temprana y prolongada multiplica el riesgo de uso compulsivo y pérdida de control en jóvenes.
Tipo de videojuegos más usados	1 Shooters / acción (63 %) 2 Deportes / conducción (51 %) 3 Juegos en línea multijugador (MMORPG, Battle Royale) (46 %)	1 Estrategia / gestión (38 %) 2 Deportes / conducción (35 %) 3 Shooters / acción (30 %)	En adolescentes predomina el juego competitivo y en línea, mientras que en adultos el patrón es más casual y estratégico.
Motivos principales de juego	1 “Por diversión” (87 %) 2 “Para desconectar” (45 %) 3 “Para hablar o jugar con amigos” (41 %)	1 “Para distraerse” (63 %) 2 “Por costumbre” (27 %) 3 “Por entretenimiento individual” (22 %)	El factor social y emocional es clave entre los adolescentes; los adultos lo asocian a ocio personal.
Efectos del uso intensivo	- Disminución del rendimiento académico (32 %) - Alteraciones del sueño (28 %) - Conflictos familiares (21 %)	- Dificultad para desconectar (15 %) - Reducción del tiempo social o familiar (11 %)	En adolescentes, los efectos negativos son más visibles y multifactoriales.
Percepción de riesgo del uso excesivo de videojuegos	58,2 % lo considera peligroso o dañino.	72,4 % lo percibe de riesgo.	Los adultos muestran mayor conciencia del riesgo, mientras que los jóvenes tienden a normalizar el uso intensivo.
Tendencia general (2018–2024)	Aumento sostenido del tiempo de juego y del juego online (+20 puntos).	Crecimiento moderado del juego digital, sobre todo en plataformas móviles.	Canarias sigue la tendencia nacional: consolidación del ocio digital juvenil y aumento del riesgo de uso problemático en menores varones.

	• Incremento del uso problemático ($\approx 5\% \rightarrow 8,6\%$).		
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, los videojuegos son la forma de ocio digital más extendida entre adolescentes, con casi el 85 % que juega regularmente.
- La edad media de inicio (11 años) y la alta conectividad online potencian la exposición a dinámicas de refuerzo y dependencia.
- El uso problemático afecta a cerca del 9 % de los estudiantes, en especial varones de 15–17 años, vinculados a juegos competitivos, *streaming* o apuestas en línea.
- Entre adultos, aunque la práctica es menor, crece el uso prolongado en móviles y consolas, con efectos sobre descanso y atención.
- La percepción de riesgo es baja en jóvenes y moderada en adultos, lo que sugiere una normalización del juego intensivo como ocio “sin consecuencias”.
- Se recomienda reforzar la educación digital y la gestión del tiempo de pantalla, así como integrar el uso problemático de videojuegos dentro de las estrategias de prevención de adicciones comportamentales del Plan Canario.

El uso de videojuegos en Canarias se ha consolidado como una de las principales formas de ocio y socialización digital, especialmente entre adolescentes. Según los datos de ESTUDES 2023 y EDADES 2024, el 84,7 % de los jóvenes y el 46,2 % de los adultos juegan a videojuegos con regularidad, lo que refleja una implantación cultural transversal de esta forma de entretenimiento.

Sin embargo, el análisis muestra que casi uno de cada diez adolescentes (8,6 %) presenta un uso problemático o indicios de adicción, una proporción tres veces superior a la observada en adultos (2,7 %), lo que sitúa este fenómeno como una adicción comportamental emergente de especial relevancia para la salud pública.

El inicio temprano (11 años) y la alta frecuencia de uso (más del 70 % juega semanalmente y el 44 % a diario) incrementan la exposición a dinámicas de refuerzo, competición y dependencia emocional, particularmente en los juegos en línea (shooters, battle royale, MMORPG).

Entre los adolescentes, los efectos negativos del uso intensivo son múltiples: descenso del rendimiento académico (32 %), alteraciones del sueño (28 %) y conflictos familiares (21 %), acompañados de dificultades para desconectarse y de un uso instrumental del juego para gestionar emociones o escapar del estrés. En los adultos, aunque la frecuencia y la intensidad son menores, aumenta el uso prolongado en dispositivos móviles y consolas, con impacto sobre el descanso, la atención y el equilibrio entre vida personal y laboral.

La percepción de riesgo del uso excesivo muestra una brecha generacional significativa: solo el 58 % de los adolescentes lo considera peligroso frente al 72 % de los adultos, lo que confirma una normalización del juego intensivo entre los jóvenes, en muchos casos reforzada por la socialización digital, las dinámicas de recompensa

inmediata y el discurso mediático que trivializa o incluso promueve el juego competitivo como forma de éxito o integración.

Desde un modelo de salud comunitaria, este fenómeno debe abordarse con una estrategia integral de prevención, educación y acompañamiento, reconociendo que el videojuego no es un problema en sí mismo, sino que puede convertirse en un factor de riesgo o de protección dependiendo del contexto, el tiempo de uso, la finalidad y las competencias digitales del usuario.

Se proponen las siguientes líneas estratégicas de intervención:

- Prevención educativa y alfabetización digital temprana: incorporar programas específicos en los centros educativos que aborden el uso responsable de videojuegos y la gestión del tiempo de pantalla, trabajando habilidades como la autorregulación, la planificación del ocio y la identificación de señales de uso problemático. Las actividades deben promover un enfoque crítico hacia los videojuegos y las apuestas en línea, reforzando el autocontrol y la resiliencia emocional.
- Apoyo familiar y mediación parental: ofrecer formación y recursos a las familias para establecer normas claras, horarios equilibrados y acompañamiento activo en el uso de videojuegos. Es fundamental empoderar a madres y padres para reconocer signos de dependencia, fomentar el diálogo sobre los contenidos y promover alternativas de ocio compartido y presencial.
- Promoción del ocio saludable y comunitario: crear y fortalecer espacios de ocio alternativo sin pantallas, como actividades deportivas, culturales o cooperativas, que refuercen el sentido de pertenencia, la creatividad y la socialización cara a cara. Los programas municipales de juventud y deporte pueden desempeñar un papel clave en la prevención de la dependencia digital.
- Atención psicológica y programas de intervención temprana: los servicios de salud mental, orientación educativa y adicciones deben integrar el uso problemático de videojuegos dentro de las estrategias de prevención y tratamiento de adicciones comportamentales, con protocolos de cribado, asesoramiento y apoyo psicoterapéutico, especialmente en adolescentes varones de 15 a 17 años, el grupo de mayor riesgo.
- Campañas de sensibilización y regulación responsable: impulsar campañas comunitarias y mediáticas que combatan el discurso banalizador o glamurizado del juego competitivo, mostrando los riesgos del uso excesivo y promoviendo un uso equilibrado. Asimismo, se recomienda reforzar la regulación del acceso a videojuegos con contenido violento o de apuestas, así como mejorar los sistemas de control parental y de clasificación por edades.

2.13. Consumo de pornografía y su uso problemático

El consumo de pornografía en Canarias no puede considerarse un fenómeno marginal, sino una práctica cultural normalizada con implicaciones en la salud emocional, la educación afectivo-sexual y la igualdad de género.

Su inicio precoz y la baja percepción de riesgo en adolescentes obligan a un abordaje educativo y comunitario integral, que combine prevención, diálogo, formación y acompañamiento emocional.

Desde la salud comunitaria, la meta no es prohibir ni moralizar, sino proteger, educar y empoderar a las personas ,especialmente a la juventud, para que construyan una sexualidad libre, responsable y respetuosa, alejada de los modelos distorsionados que ofrece la pornografía comercial.

Indicador comparativo: consumo de pornografía y su uso problemático – Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024)			
Indicador / Dimensión	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Consumo de pornografía (cualquier formato)	• Alguna vez en la vida: 77,3 % • Últimos 12 meses: 70,8 % • Últimos 30 días: 54,2 %	• Alguna vez en la vida: 65,4 % • Últimos 12 meses: 59,1 % • Últimos 30 días: 43,7 %	El consumo es más frecuente entre adolescentes, que superan a los adultos en todos los periodos temporales. La pornografía es una forma habitual de ocio digital, sobre todo en varones.
Edad media de inicio	13,5 años	17,2 años	La exposición se produce a edades tempranas, generalmente en etapa preadolescente, sin mediación adulta ni educativa.
Frecuencia de consumo (habitual o semanal)	39,6 % la consume al menos una vez por semana.	28,2 % la consume semanalmente.	El uso intensivo es más prevalente en jóvenes varones (15–17 años). En adultos se asocia más a consumo ocasional o en pareja.
Uso problemático / adictivo (según ítems EDADES / CIUS-P)	6,7 % presenta indicios de uso problemático (control insuficiente, interferencia en el sueño, irritabilidad).	3,1 % muestra patrón problemático (según criterios DSM-V adaptados).	El doble de prevalencia en adolescentes, con mayor vulnerabilidad emocional y menor control del impulso sexual.
Tipo de acceso principal	1 Teléfono móvil (89 %) 2 Plataformas gratuitas (74 %) 3 Redes sociales / Telegram (21 %)	1 Móvil (71 %) 2 Plataformas web (65 %) 3 Ordenador personal (33 %)	En adolescentes domina el consumo móvil e instantáneo, mientras que en adultos predomina el consumo planificado.
Motivos de consumo	1 “Por curiosidad” (58 %) 2 “Por excitación / placer” (52 %) 3 “Por aburrimiento” (24 %)	1 “Por placer sexual” (64 %) 2 “Por curiosidad” (28 %) 3 “Para mejorar relaciones sexuales” (10 %)	En adolescentes, el uso exploratorio y emocional predomina; en adultos, el uso sexual funcional o recreativo.
Percepción de riesgo del consumo frecuente	38,2 % lo considera peligroso o dañino.	62,7 % lo percibe de riesgo.	Fuerte brecha generacional: los adolescentes banalizan el impacto psicológico y relacional del consumo.
Consecuencias auto reportadas	• Sensación de culpa o pérdida de control (22 %) • Problemas de	• Reducción del deseo sexual real (14 %) • Problemas de	Efectos más notorios en jóvenes, sobre todo en la percepción del cuerpo y las relaciones afectivas.

	concentración (18 %) Expectativas irreales sobre las relaciones (34 %)	pareja (9 %) Culpabilidad o dependencia (7 %)	
Tendencia general (2018–2024)	- Aumento sostenido (+12 puntos en consumo mensual desde 2018). - Inicio cada vez más precoz.	Incremento leve, con mayor estabilidad en hombres de 25–44 años.	Canarias refleja la tendencia nacional: hiperacceso digital, consumo temprano y creciente entre adolescentes varones.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>			

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, el consumo de pornografía es masivo y precoz entre adolescentes, superando incluso al de los adultos.
- La edad media de inicio (≈ 13 años) confirma una exposición temprana sin educación afectivo-sexual adecuada, lo que puede generar aprendizajes distorsionados sobre el deseo, el consentimiento y el cuerpo.
- El uso problemático afecta a cerca del 7 % de los adolescentes, duplicando el porcentaje de los adultos, y se asocia a ansiedad, aislamiento y menor satisfacción relacional.
- En los adultos, el consumo es frecuente pero más funcional, con menor impacto disruptivo, aunque sigue presentando riesgos de dependencia y afectación de la vida sexual o emocional.
- La baja percepción de riesgo en jóvenes (38 %) refleja la normalización del consumo digital de pornografía y su integración en la cultura online, lo que exige intervenciones educativas tempranas en materia de sexualidad responsable y alfabetización mediática.

El consumo de pornografía se ha convertido en un fenómeno extendido y normalizado en Canarias, especialmente entre la población adolescente, donde alcanza niveles superiores incluso a los registrados en adultos. Según los datos de ESTUDES 2023 y EDADES 2024, más del 70 % de los adolescentes y casi el 60 % de los adultos han consumido contenidos pornográficos en el último año, con un inicio medio a los 13,5 años, es decir, antes de la mayoría de edad y, en muchos casos, sin acompañamiento educativo o afectivo.

Estos datos sitúan el consumo de pornografía como una conducta digital masiva, pero también como un nuevo ámbito de vulnerabilidad psicoemocional, relacional y de género.

En los adolescentes, el acceso es casi universal y predominantemente a través del teléfono móvil (89 %) y de plataformas gratuitas o redes sociales, lo que facilita la exposición temprana y repetida a contenidos explícitos. El 39,6 % la consume semanalmente, y un 6,7 % presenta indicios de uso problemático o adictivo, caracterizado por pérdida de control, interferencia en el sueño, irritabilidad o sentimientos de culpa. Este patrón se asocia especialmente a varones de 15–17 años, y se relaciona con expectativas sexuales distorsionadas, baja autoestima y aprendizaje de modelos de relación basados en la dominación o la cosificación.

Entre los adultos, aunque la prevalencia es algo menor, el consumo sigue siendo elevado (65 % alguna vez en la vida; 44 % en el último mes). Se observa una transición hacia un uso más funcional o recreativo, pero con un 3,1 % de uso problemático que puede interferir en las relaciones de pareja, la intimidad o el deseo sexual real. La edad de inicio más tardía (17 años) y la mayor percepción del riesgo (62,7 % frente al 38 % de los adolescentes) evidencian una mayor capacidad de regulación, aunque no exenta de dependencia o de impactos en la vida afectiva.

La banalización del consumo en adolescentes y su creciente hiperacceso digital refuerzan la necesidad de abordar este fenómeno desde la salud comunitaria, la educación afectivo-sexual y la alfabetización digital crítica, reconociendo la pornografía como un espacio de construcción simbólica que moldea actitudes, deseos y comportamientos.

Desde un modelo de salud comunitaria es recomendable

- Integrar en el currículo educativo programas que aborden el impacto de la pornografía en la percepción del cuerpo, el consentimiento, la intimidad y las relaciones de género. Es esencial ofrecer a los adolescentes una educación sexual basada en el respeto, la igualdad y la emocionalidad, que contrarreste los mensajes distorsionados que reciben de la pornografía.
- Promover en escuelas, familias y comunidades la reflexión sobre el consumo de contenidos sexuales online, su carácter ficcional, los intereses económicos que lo sustentan y sus posibles efectos psicológicos y sociales. La educación mediática debe ayudar a los jóvenes a distinguir entre sexualidad real y pornografía comercial, fortaleciendo el pensamiento crítico.
- Apoyar a las familias con herramientas de diálogo y acompañamiento ante el descubrimiento sexual digital. Es necesario romper el silencio y la culpa en torno al tema, fomentando conversaciones seguras y sin juicios sobre sexualidad, respeto y autocuidado.
- Incluir el uso compulsivo de pornografía en los programas de prevención de adicciones comportamentales del Plan Canario sobre Adicciones, reforzando la detección precoz en entornos educativos y sanitarios. Los equipos de salud mental deben disponer de protocolos para la atención psicológica y sexológica especializada.
- Desarrollar campañas que visibilicen los efectos del consumo excesivo de pornografía, combatan la normalización de la violencia sexual y promuevan una visión positiva y respetuosa de la sexualidad. Estas acciones deben incluir mensajes adaptados a jóvenes y adultos, utilizando canales digitales y redes sociales con un enfoque inclusivo y de derechos sexuales y reproductivos.
- Incorporar en las políticas de prevención un enfoque de género que evidencie cómo la pornografía perpetúa estereotipos sexistas, desigualdad y conductas coercitivas. Es prioritario formar al profesorado, profesionales sanitarios y agentes comunitarios en la detección y abordaje de actitudes o conductas derivadas del consumo problemático.

2.14. Relación entre el consumo de tabaco y la percepción del estado de salud en Canarias.

Los datos de EDADES 2024 muestran una relación clara entre el consumo de tabaco y una peor percepción subjetiva del estado de salud en la población canaria. Entre las personas fumadoras diarias, solo el 63,2 % declara gozar de “buena o muy buena salud”, frente al 81,5 % de quienes no fuman. En cambio, el 11,8 % de los fumadores califican su salud como “regular o mala”, proporción que duplica la de los no fumadores (5,7 %). Esta tendencia se mantiene en todos los grupos de edad y es más acentuada en mayores de 45 años, donde el impacto del tabaquismo sobre la salud física se hace más evidente.

Asimismo, los fumadores presentan mayor prevalencia de síntomas de ansiedad, insomnio y problemas respiratorios crónicos, además de una menor percepción de bienestar psicológico y vitalidad. En el módulo de salud de EDADES 2024, los fumadores diarios reportan más limitaciones en la actividad física y social derivadas de su estado de salud, mientras que los exfumadores muestran una mejora progresiva en la autopercepción positiva tras abandonar el hábito.

En la población adolescente (ESTUDES 2023), aunque los efectos físicos son aún incipientes, ya se observa una tendencia similar: los jóvenes fumadores manifiestan peor autopercepción del bienestar y mayor presencia de estrés, fatiga o alteraciones del sueño, en comparación con quienes no consumen tabaco. En este grupo, el tabaco se asocia más a malestar emocional y búsqueda de regulación del estrés, lo que sugiere un vínculo bidireccional entre uso de tabaco y percepción negativa de la salud mental.

Desde el punto de vista estadístico, los estudios nacionales del OEDA estiman una correlación negativa moderada entre consumo de tabaco y autopercepción de salud ($r = -0,35$), lo que confirma que a mayor frecuencia y cantidad de consumo, peor es la valoración subjetiva del estado de salud.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El tabaquismo en Canarias se asocia consistentemente a una menor percepción de salud física y mental, incluso antes de que aparezcan enfermedades crónicas diagnosticadas.
- Las personas que fuman diariamente tienden a subestimar su deterioro funcional, pero reconocen sentirse con menor energía, más cansancio y más ansiedad, lo que afecta a su bienestar global.
- En los adolescentes, el vínculo entre fumar y peor salud percibida se relaciona con malestar emocional y estrés académico o social, reforzando el papel del tabaco como mecanismo compensatorio.
- La autopercepción negativa de la salud entre fumadores puede utilizarse como indicador temprano para motivar el abandono del hábito, especialmente si se integra en intervenciones de atención primaria y programas de salud comunitaria.
- Estos hallazgos refuerzan la necesidad de enfocar las campañas antitabaco no solo en los riesgos a largo plazo, sino también en los efectos inmediatos sobre el bienestar y la calidad de vida, especialmente en jóvenes.

2.15. Uso de sustancias y su relación con actividades de ocio

Relación entre el uso de alcohol y las actividades de ocio – Canarias (ESTUDES 2023 / EDADES 2024)			
Aspecto analizado	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Prevalencia de consumo en el ocio	• 70,4 % ha bebido alcohol en el último año. • 51,3 % lo hizo en los últimos 30 días. • 23,5 % realizó <i>binge drinking</i> (5+ copas seguidas)	• 74,7 % ha consumido en el último año. • 59,0 % en los últimos 30 días. • 12,9 % realizó <i>binge drinking</i>	En ambos grupos, el alcohol es el eje central del ocio y la socialización, aunque los patrones son distintos: intensivo en jóvenes, más habitual y regular en adultos.
Contextos principales de consumo	1 Fiestas y celebraciones (84 %) 2 “Botellón” (21 % en el último año; 8 % en el último mes) 3 Conciertos, playas, parques o plazas (17 %)	1 Bares y restaurantes (68 %) 2 Reuniones familiares y sociales (62 %) 3 Eventos deportivos o festivos (28 %)	Los adolescentes vinculan el alcohol a ocio nocturno y grupal, mientras que los adultos lo integran en espacios formales y sociales.
Motivos asociados al consumo en ocio	1 “Porque anima las fiestas” (55 %) 2 “Por diversión” (47 %) 3 “Para sentirse más suelto o encajar” (11 %)	1 “Por costumbre social” (41 %) 2 “Porque gusta el sabor” (35 %) 3 “Para relajarse o acompañar comidas” (27 %)	El consumo juvenil responde a motivos recreativos, emocionales y grupales, mientras que el adulto lo percibe como ritual social o de placer gastronómico.
Frecuencia del consumo en fines de semana	71 % de los consumidores jóvenes beben principalmente los fines de semana.	58 % concentra el consumo entre viernes y domingo.	En adolescentes predomina el consumo concentrado (<i>binge drinking</i>) frente al patrón más distribuido y cotidiano de los adultos.
Relación entre ocio nocturno y consumo intensivo	• 3 de cada 4 episodios de embriaguez ocurren durante ocio nocturno. • 20,8 % de jóvenes de 15–34 años reportan borracheras en el último mes	• Entre adultos jóvenes (25–34 años), el 24 % declara borracheras ocasionales en ocio nocturno.	Existe continuidad generacional del patrón de ocio asociado al alcohol. La transición de edad no implica abandono del consumo, sino cambio de contexto.
Percepción de normalidad del consumo en ocio	67 % considera normal beber en fiestas o celebraciones.	78 % lo considera parte de la vida social adulta.	El alcohol mantiene una alta aceptación cultural, lo que dificulta la percepción de riesgo.
Ocio alternativo sin alcohol	Sólo 38 % participa en actividades recreativas libres de consumo (deporte, voluntariado, cultura).	47 % declara realizar ocio sin alcohol de forma regular.	Ambos grupos demandan más oferta de ocio saludable y accesible, especialmente en jóvenes de áreas rurales y turísticas.
Género y ocio con alcohol	• Las chicas igualan o superan a los chicos en consumo ocasional. • En <i>binge drinking</i>, los	• En adultos, los hombres siguen bebiendo más y más a menudo.	La brecha de género se reduce entre adolescentes, especialmente en entornos festivos.

	varones duplican las cifras femeninas.		
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- En Canarias, el alcohol es el eje vertebrador del ocio social en todas las edades, pero con distinto significado:
 - En adolescentes, instrumento de diversión, pertenencia y desinhibición.
 - En adultos, componente ritual y social de la convivencia y celebración.
- El patrón de fin de semana y consumo intensivo en jóvenes (binge drinking, botellón) constituye una forma de socialización normalizada, que reproduce modelos adultos observados en el entorno familiar o mediático.
- La percepción de riesgo es baja cuando el consumo ocurre en contextos recreativos o “de celebración”, lo que dificulta la prevención temprana.
- En la población adulta, el consumo es más frecuente y aceptado, pero también asociado a hábitos arraigados en la hostelería, la vida social y las festividades locales.
- Se confirma una continuidad generacional en el vínculo entre ocio y alcohol, lo que sugiere la necesidad de estrategias preventivas culturales y comunitarias, no sólo informativas:
 - Ampliar la oferta de ocio alternativo sin alcohol (deporte, música, arte, voluntariado).
 - Visibilizar modelos positivos de disfrute sin consumo.
 - Desvincular el ocio joven de la disponibilidad y tolerancia social al alcohol.

2.15.1. Ocio, juventud y consumo de alcohol en Canarias

El consumo de alcohol continúa siendo la conducta adictiva más extendida y socialmente integrada en Canarias, especialmente en los contextos de ocio y tiempo libre.

Los datos procedentes de ESTUDES 2023 y EDADES 2024 confirman que la práctica de beber alcohol está profundamente normalizada en los entornos recreativos, con una prevalencia que alcanza al 70 % de los adolescentes y al 75 % de la población adulta en el último año.

En la población juvenil, el consumo se asocia mayoritariamente a fines de semana, celebraciones y actividades grupales, donde predomina el patrón de consumo intensivo o “binge drinking”, especialmente entre varones de 15 a 17 años. Entre los adultos, el alcohol mantiene un carácter ritual y social ligado a reuniones familiares, hostelería y eventos festivos, consolidando un modelo de consumo frecuente y culturalmente aceptado.

La percepción de normalidad en torno al alcohol, tanto entre jóvenes como entre adultos, contribuye a reducir la percepción de riesgo y a reproducir un patrón intergeneracional de consumo social.

Las prácticas de ocio juvenil continúan estrechamente vinculadas al acceso y tolerancia social hacia el alcohol, reforzadas por la publicidad, la disponibilidad y la

ausencia de alternativas recreativas sin consumo. Esta dinámica favorece la aparición temprana de comportamientos de riesgo, la banalización de las borracheras y el inicio precoz (edad media de 13,9 años).

Ante este escenario, se considera prioritario desvincular el ocio del consumo de alcohol mediante políticas que amplíen la oferta de actividades culturales, deportivas y comunitarias en entornos seguros y libres de sustancias, especialmente en los fines de semana y periodos vacacionales.

La promoción de modelos de ocio saludable y socialización positiva entre adolescentes, junto con la regulación del acceso y la sensibilización de las familias y el sector hostelero, resulta esencial para reducir la exposición temprana y la normalización del consumo recreativo.

2.15.2. Ocio y consumo de cannabis en Canarias

El consumo de cannabis presenta en Canarias una estrecha vinculación con las actividades de ocio, socialización y recreación, especialmente entre los jóvenes y adultos jóvenes.

Según los resultados de ESTUDES 2023, el 24,5 % de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido cannabis en el último año y el 13,9 % en el último mes, cifras que se mantienen entre las más elevadas del país. En el grupo adulto, los datos de EDADES 2024 indican un consumo en el último año del 16,1 % y en el último mes del 13,7 %, lo que refleja una continuidad generacional del patrón recreativo.

Entre los adolescentes, el cannabis se asocia principalmente a espacios de ocio grupal como parques, playas, fiestas locales o reuniones entre amigos y se percibe como una actividad social compartida. El uso aparece con frecuencia combinado con alcohol y tabaco, formando parte de contextos de “botellón” o encuentros informales.

La edad media de inicio (14,9 años) y la baja percepción de riesgo (solo el 64 % considera peligroso su consumo habitual) revelan un proceso de normalización cultural, donde el cannabis se integra en los ritos de paso juveniles y en la búsqueda de diversión o relajación. En muchos casos, el consumo se asocia a la idea de “desconectar”, “potenciar la creatividad” o “sentirse más tranquilo”, lo que refleja una función emocional más que puramente experimental.

En la población adulta joven (18–34 años), el cannabis mantiene su uso recreativo en entornos de ocio nocturno, musicales y turísticos, con predominio de consumos esporádicos de fin de semana.

Los datos de EDADES 2024 muestran que el 5 % de los consumidores lo hacen de forma diaria, y que el 44,9 % de la población adulta ha consumido cannabis alguna vez en la vida, lo que sitúa a Canarias por encima de la media nacional. A medida que aumenta la edad, el consumo tiende a disminuir o volverse más privado y vinculado al autoconsumo en casa, con motivaciones de relajación o manejo del estrés.

La asociación entre ocio y cannabis presenta además un patrón policonsumidor, especialmente entre varones jóvenes, donde se combinan alcohol, cannabis y tabaco en contextos festivos.

La normalización del consumo en eventos sociales o durante actividades de ocio al aire libre refuerza la percepción de bajo riesgo y la aceptación entre iguales, mientras que el control familiar o institucional es limitado.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El cannabis se consolida en Canarias como la sustancia ilegal más vinculada al ocio y a la socialización juvenil, actuando como elemento identitario y recreativo.
- La escasa percepción de riesgo, el inicio temprano y su presencia en espacios públicos y festivos demandan estrategias específicas de prevención comunitaria.
- Resulta prioritario incorporar mensajes realistas de reducción de daños y alternativas de ocio saludable, junto con el refuerzo de los programas de prevención en ámbitos educativos y municipales.
- En la población adulta, la persistencia del consumo recreativo sugiere la necesidad de programas de intervención temprana y detección en entornos laborales, universitarios y turísticos, evitando la cronificación de patrones de consumo.
- En conjunto, el consumo de cannabis en Canarias debe abordarse como un fenómeno sociocultural y generacional, más que como un hecho aislado, integrando políticas de salud pública, educación y dinamización comunitaria.

2.16. Relación entre el uso de sustancias y la percepción de disponibilidad – Canarias

La evidencia empírica muestra una correlación positiva significativa entre el consumo de sustancias y la percepción de facilidad para conseguirlas. Es decir, cuanto más accesible se percibe una sustancia, mayor es la probabilidad de consumo, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes.

En Canarias, tanto ESTUDES 2023 como EDADES 2024 reflejan que las sustancias con mayor disponibilidad percibida (alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes) son también las más consumidas.

Esta relación es especialmente marcada en el caso del cannabis, cuya accesibilidad subjetiva se ha incrementado de forma sostenida desde 2018, en paralelo al aumento de su consumo.

Evidencia comparativa: percepción de disponibilidad y consumo			
Sustancia	Percepción de disponibilidad (Canarias)	Consumo último año (Canarias)	Relación observada
Alcohol	91–96 % considera fácil o muy fácil conseguirlo.	70,4 % adolescentes / 74,7 % adultos.	Máxima correlación: el alcohol es la sustancia más accesible y más consumida en todos los grupos.
Tabaco	86–94 % lo perciben de fácil acceso.	22,7 % adolescentes / 39,4 % adultos.	Alta disponibilidad percibida y consumo estable; normalización social del producto.

Bebidas energéticas	95 % adolescentes / 97 % adultos.	64 % adolescentes / 24 % adultos.	Accesibilidad total; consumo elevado entre jóvenes, aunque no se percibe como “sustancia” de riesgo.
Cigarrillos electrónicos	81 % adolescentes / 84 % adultos.	44,8 % adolescentes / 6,3 % adultos.	Elevada accesibilidad comercial y digital; crecimiento rápido entre menores.
Cannabis	69 % adolescentes / 74 % adultos.	24,5 % adolescentes / 16,1 % adultos.	Fuerte correlación: quienes perciben el cannabis como “fácil de conseguir” multiplican por 3 la probabilidad de consumo.
Hipnosedantes	35 % adolescentes / 58 % adultos.	10,4 % adolescentes / 17,8 % adultos.	La disponibilidad percibida en el entorno familiar o sanitario se traduce en uso frecuente.
Analgésicos opioides	29 % adolescentes / 49 % adultos.	4,9 % adolescentes / 7,8 % adultos.	Acceso principalmente médico o doméstico; relación directa entre disponibilidad y consumo terapéutico.
Cocaína	44 % adolescentes / 51 % adultos.	1,3 % adolescentes / 5,6 % adultos.	Aunque la percepción de acceso no es tan alta, se asocia a mayor consumo entre quienes creen fácil conseguirla.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>			

Correlación estadística y patrones observados

- En Canarias, la correlación entre percepción de disponibilidad y prevalencia de consumo es alta y estadísticamente significativa (coeficiente $r \approx 0,72$ en población adolescente; $r \approx 0,66$ en población adulta).
- En jóvenes, esta relación es más fuerte para alcohol, cannabis y cigarrillos electrónicos, donde la percepción de acceso inmediato (a través de amigos, tiendas o internet) duplica o triplica la probabilidad de consumo.
- En adultos, la relación se mantiene, pero con una mayor influencia de factores culturales y terapéuticos: sustancias legales y psicofármacos se consumen más en función de su disponibilidad médica o socialmente aceptada.
- La disponibilidad percibida también influye en la edad de inicio: los jóvenes que consideran fácil obtener cannabis, alcohol o tabaco suelen iniciar el consumo entre 1 y 2 años antes que quienes lo perciben difícil o inaccesible.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- La facilidad percibida para acceder a una sustancia es un factor predictor del consumo, especialmente en edades tempranas.
- En Canarias, la alta disponibilidad de alcohol y tabaco en espacios públicos y privados contribuye a normalizar el consumo desde la adolescencia.
- La accesibilidad percibida del cannabis se ha incrementado por su presencia en entornos de ocio, redes sociales y discursos de tolerancia, generando una reducción en la percepción de riesgo.
- En el caso de los psicofármacos (hipnosedantes y opioides), la disponibilidad percibida se relaciona con acceso doméstico o médico, lo que legitima su uso y reduce el control social sobre su consumo.

- En síntesis, la relación disponibilidad–consumo actúa como un eje estructural de las conductas adictivas, en el que la accesibilidad física y simbólica (publicidad, permisividad, red social) es tan determinante como el precio o la ilegalidad.

Conclusión y orientación estratégica

- La alta percepción de disponibilidad de sustancias en Canarias requiere reforzar las medidas de control de acceso, especialmente a menores y jóvenes.
- Las políticas preventivas deben incluir no solo la reducción de la oferta, sino también la educación social sobre la disponibilidad percibida como factor de riesgo.
- Se recomienda combinar estrategias regulatorias (control de venta, espacios libres de consumo) con acciones educativas que modifiquen la percepción de normalidad y accesibilidad.
- La intervención comunitaria debe focalizarse en los entornos donde mayor disponibilidad y consumo coinciden: ocio nocturno, centros urbanos, redes sociales y entorno familiar.

2.17. Correlación entre el uso de sustancias y la participación en juegos de azar con dinero

La evidencia recogida en ambos estudios muestra una asociación positiva entre el consumo de sustancias psicoactivas y la práctica de juegos de azar, tanto en adolescentes como en adultos jóvenes. Esta relación se explica por factores comunes de impulsividad, búsqueda de sensaciones, desinhibición y exposición a entornos de ocio, donde confluyen ambas conductas.

En Canarias se constata una asociación directa entre el consumo de sustancias y la práctica de juegos de azar con dinero, tanto en adolescentes como en adultos jóvenes. Las sustancias más vinculadas son alcohol, tabaco y cannabis, que actúan como facilitadores del juego impulsivo y prolongado.

La correlación es más intensa en los varones y en los entornos de ocio nocturno o digital, donde confluyen disponibilidad, presión social y baja percepción de riesgo. Este patrón confirma la necesidad de abordar conjuntamente las adicciones con y sin sustancia, bajo un enfoque integral de prevención, detección temprana y reducción de daños.

Datos comparativos y patrones observados			
Variable	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años) (EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Consumo de alcohol entre jugadores	• 81 % de los adolescentes que jugaron con dinero en el último año también consumieron alcohol. • En los no jugadores, el consumo fue del 61 %.	• 85 % de los adultos jugadores habituales consumieron alcohol en el último año (vs. 70 % entre no jugadores).	La frecuencia de consumo de alcohol aumenta significativamente entre quienes participan en juegos de azar.

Consumo de cannabis entre jugadores	• 22 % de los jugadores juveniles consumieron cannabis en el último año, frente al 12 % de los no jugadores.	• 19 % de los jugadores adultos consumieron cannabis en el último año, frente al 10 % de los no jugadores.	El consumo de cannabis se duplica entre los jugadores en comparación con la población general.
Consumo de tabaco entre jugadores	• 38 % de los jóvenes jugadores son fumadores habituales, frente al 21 % de los no jugadores.	• 46 % de los adultos jugadores fuman habitualmente, frente al 33 % de los no jugadores.	Fuerte vinculación entre tabaquismo y juego, ambos asociados a impulsividad y ambientes sociales permisivos.
Juego problemático y policonsumo	• El 56 % de los adolescentes con indicios de juego problemático (DSM-V) ha consumido al menos una sustancia ilegal en el último año.	• El 48 % de los adultos con juego problemático presenta consumo combinado de alcohol, tabaco o cannabis.	Existe un perfil de riesgo común caracterizado por policonsumo, impulsividad y ocio nocturno frecuente.
Frecuencia de juego y consumo conjunto	• Entre quienes juegan varias veces por semana, el 75 % combina alcohol y tabaco y el 28 % cannabis.	• Entre los jugadores regulares, el 62 % combina alcohol y tabaco y el 14 % cannabis.	Cuanto mayor es la frecuencia del juego, mayor es la probabilidad de policonsumo.
Percepción de riesgo	• Solo 47 % de los jóvenes jugadores perciben riesgo en consumir sustancias durante el juego.	• 64 % de los adultos lo reconocen como conducta de riesgo.	Los adolescentes minimizan la relación entre consumo y juego, lo que favorece conductas desinhibidas.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>			

Correlación estadística

- En Canarias, la correlación entre consumo de sustancias y juego con dinero alcanza valores moderados a altos según las fuentes:
 - $r = 0,43$ entre *consumo de alcohol y participación en juegos de azar* (adolescentes).
 - $r = 0,38$ entre *consumo de cannabis y juego online*.
 - $r = 0,51$ entre *policonsumo (alcohol + tabaco + cannabis) y juego problemático* (adultos jóvenes).
- Estos valores confirman que la probabilidad de jugar con dinero aumenta significativamente en quienes consumen sustancias y viceversa.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- El uso de sustancias y el juego con dinero comparten determinantes psicológicos y sociales: impulsividad, búsqueda de placer inmediato, refuerzo positivo y tolerancia al riesgo.
- En adolescentes, la práctica de apuestas deportivas, máquinas o juegos online suele coexistir con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, en contextos de ocio nocturno, fiestas o reuniones entre pares.

- En adultos jóvenes, el vínculo se mantiene, pero con un componente económico y competitivo, asociado al estrés laboral y al ocio digital.
- Ambos comportamientos refuerzan entre sí la pérdida de control y la tolerancia al riesgo, generando una doble vulnerabilidad conductual: adicción a sustancias y adicción comportamental.
- La baja percepción de riesgo en jóvenes que combinan consumo y juego evidencia una normalización cultural del binomio “ocio – desinhibición”.

Conclusiones y recomendaciones estratégicas

1. Integrar el abordaje del juego con dinero dentro de las estrategias de prevención del consumo de sustancias, reconociendo su interrelación y base común.
2. Incluir el control de consumo de alcohol y cannabis en las campañas sobre juego responsable, especialmente dirigidas a jóvenes y entornos deportivos.
3. Promover programas de detección temprana de policonsumo y juego problemático, tanto en centros educativos como en unidades de salud mental.
4. Desarrollar acciones educativas conjuntas sobre gestión del riesgo, autocontrol e impulsividad, claves en la prevención de ambas conductas.
5. Reforzar la regulación del juego online y la publicidad de apuestas, limitando su presencia en redes sociales frecuentadas por menores.

2.18. Relación entre el uso de sustancias y el consumo de pornografía

Los datos indican una correlación positiva entre el consumo de sustancias (particularmente alcohol, cannabis y tabaco) y el uso frecuente o problemático de pornografía, tanto en adolescentes como en adultos jóvenes. Esta relación se explica por factores psicológicos y contextuales comunes: impulsividad, búsqueda de sensaciones, desinhibición y consumo digital compulsivo.

En Canarias se observa una correlación significativa entre el consumo de sustancias y el uso de pornografía digital, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Las sustancias más asociadas son alcohol, cannabis y tabaco, que actúan como facilitadores del consumo sexual compulsivo y desinhibición.

Los usuarios frecuentes de pornografía presentan tasas de policonsumo y síntomas de ansiedad más elevadas, configurando un perfil de vulnerabilidad dual: adicción con sustancia y adicción comportamental.

Esta evidencia refuerza la necesidad de un enfoque integral en prevención y tratamiento, que aborde conjuntamente los usos digitales compulsivos y el consumo de sustancias bajo una perspectiva de salud mental y educación afectivo-sexual.

Evidencia empírica y patrones observados			
Variable	Adolescentes (14–18 años) (<i>ESTUDES 2023 – Canarias</i>)	Adultos (15–64 años) (<i>EDADES 2024 – Canarias</i>)	Interpretación / Observaciones

Consumo de pornografía general	77,3 % alguna vez; 54,2 % último mes.	65,4 % alguna vez; 43,7 % último mes.	Elevada prevalencia en ambos grupos; uso digital normalizado, especialmente en varones jóvenes.
Consumo de alcohol entre quienes ven pornografía con frecuencia	82 % de los adolescentes consumidores frecuentes de pornografía también consumen alcohol.	79 % de los adultos consumidores frecuentes de pornografía consumen alcohol.	Alta comorbilidad: el alcohol actúa como factor de desinhibición asociado al consumo sexual en línea.
Consumo de cannabis entre usuarios frecuentes de pornografía	26 % en el último año (frente al 12 % de los no usuarios).	18 % en el último año (frente al 9 % de los no usuarios).	El doble de prevalencia de cannabis entre quienes consumen pornografía con frecuencia; correlación $r \approx 0,38$.
Tabaquismo y pornografía	35 % de fumadores entre usuarios frecuentes (vs. 20 % en no usuarios).	42 % fumadores entre usuarios regulares (vs. 31 % en no usuarios).	Coincidencia de hábitos compulsivos, vinculados a impulsividad y refuerzo conductual.
Uso problemático de pornografía (escala CIUS-P)	6,7 % presenta uso problemático, de los cuales el 72 % ha consumido alguna sustancia en el último año.	3,1 % uso problemático, con un 63 % de consumidores de sustancias.	Alta coocurrencia entre <i>uso problemático de pornografía y policonsumo leve/moderado de sustancias</i> .
Percepción de riesgo	Solo el 38 % considera peligroso el consumo habitual de pornografía, y el 53 % de estos jóvenes también consume alcohol o cannabis.	El 62 % percibe riesgo, pero un 30 % de los que lo reconocen mantiene consumo de sustancias.	Baja conciencia del riesgo y normalización del doble consumo (sustancias + pornografía digital).

Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias

Correlación estadística (Canarias)

- En adolescentes, la correlación entre consumo de sustancias y pornografía es moderada-alta ($r \approx 0,45$), especialmente entre alcohol y cannabis.
- En adultos jóvenes, la correlación se mantiene en niveles moderados ($r \approx 0,36$), con predominio de consumo simultáneo en contextos recreativos o de aislamiento digital.
- En ambos grupos, quienes presentan *uso problemático de pornografía* muestran tasas de policonsumo de sustancias el doble de altas que la población general de su mismo sexo y edad.

Interpretación general

- El consumo de pornografía y el uso de sustancias comparten bases conductuales comunes: búsqueda de placer inmediato, evasión, estimulación dopaminérgica y desinhibición emocional.
- Entre los adolescentes, el uso de alcohol y cannabis se asocia a un mayor tiempo de exposición a contenidos sexuales, favorecido por la desinhibición y la ausencia de supervisión.

- En los adultos jóvenes, ambos comportamientos se integran en patrones de ocio digital o consumo privado, donde el uso de sustancias actúa como potenciador o facilitador del placer sexual.
- La relación es bidireccional: el uso problemático de pornografía aumenta la probabilidad de consumo de sustancias, y viceversa, generando policonsumos cruzados de carácter psicológico y conductual.
- Estos patrones son más intensos en varones menores de 35 años, segmento donde confluyen hiperconectividad digital, baja percepción de riesgo y elevada impulsividad.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

1. Incorporar el análisis del uso problemático de pornografía dentro de los programas de prevención del consumo de sustancias, al compartir factores de riesgo y mecanismos de refuerzo comunes.
2. Desarrollar intervenciones educativas sobre sexualidad digital saludable, integradas en los programas escolares y comunitarios, que aborden simultáneamente afectividad, autocontrol e impulsividad.
3. Detectar patrones de doble consumo (sustancias + pornografía) en consultas de salud mental, adicciones y atención primaria, especialmente en varones jóvenes.
4. Desnormalizar el consumo conjunto mediante campañas públicas que subrayen sus efectos en la salud emocional, sexual y relacional.
5. Promover la investigación específica en Canarias sobre la relación entre adicciones comportamentales y sustancias, para adaptar la respuesta asistencial al nuevo perfil digital de las adicciones.

2.19. Relación entre la edad media de inicio en el consumo de tabaco y el uso de cannabis y otras sustancias

Los datos confirman que el inicio temprano del consumo de tabaco se asocia a una mayor probabilidad de iniciarse posteriormente en el consumo de cannabis y otras sustancias. Este fenómeno se conoce como *efecto puerta de entrada (gateway effect)*, y está respaldado tanto por análisis estadísticos de correlación como por observaciones longitudinales. La edad de inicio del consumo de tabaco funciona como puerta de entrada o factor predictor del uso posterior de cannabis y otras sustancias

Evidencia empírica – Canarias			
Variable	Edad media de inicio (años)	Probabilidad de consumo posterior de cannabis	Relación observada
Inicio del tabaco antes de los 14 años	13,2 años (media de grupo precoz)	61 % ha consumido cannabis alguna vez.	La probabilidad de consumo de cannabis se triplica respecto a quienes no fuman o comienzan después de los 16 años.

Inicio del tabaco entre los 15–16 años	15,0 años	38 % ha consumido cannabis.	Asociación moderada; aún dentro del rango de riesgo elevado.
Inicio del tabaco después de los 17 años o no fumadores	17,5 años o sin inicio	12 % ha consumido cannabis.	El inicio tardío o la abstinencia tabáquica reduce drásticamente la probabilidad de consumo de sustancias ilegales.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>			

Este vínculo también se observa en adultos jóvenes (18–34 años) según EDADES 2024: quienes iniciaron el tabaco antes de los 15 años presentan una prevalencia de consumo de cannabis del 27 %, frente al 8 % entre quienes empezaron a fumar más tarde o nunca fumaron.

Correlación estadística

- En Canarias, el coeficiente de correlación entre edad de inicio del tabaco y consumo de cannabis es $r = -0,52$ (correlación negativa moderada-fuerte):
- También se observa correlación negativa significativa con el uso de cocaína ($r = -0,38$) y de hipnosedantes sin receta ($r = -0,31$), aunque con menor magnitud.
- Cuanto más temprana es la edad de inicio en el tabaco, mayor es la probabilidad y frecuencia del consumo de cannabis.

Interpretación general

- La edad media de inicio en el tabaco (13,9 años) precede en aproximadamente un año al inicio del consumo de cannabis (14,9 años).
- Entre los adolescentes que consumen cannabis, el 84 % había probado previamente el tabaco, y el 68 % mantiene consumo conjunto (tabaco + cannabis).
- Además, los fumadores precoces presentan tasas más altas de experimentación con cocaína, éxtasis o alucinógenos, lo que sugiere una progresión en la exposición a sustancias.
- El inicio precoz del consumo de tabaco constituye un marcador temprano de riesgo de policonsumo.
- Esta relación puede explicarse por tres mecanismos complementarios:
 1. Neurobiológico: la nicotina produce cambios en los sistemas dopaminérgicos que facilitan la respuesta reforzadora ante otras sustancias.
 2. Psicosocial: el inicio temprano del tabaco refleja baja percepción de riesgo, influencia del grupo y exposición a contextos de consumo.
 3. Comportamental: el hábito de fumar normaliza el uso inhalado y la manipulación de sustancias, facilitando la transición hacia el cannabis.
- El tabaco actúa, por tanto, como sustancia de socialización adictiva, que introduce al individuo en entornos permisivos donde se accede más fácilmente a cannabis y sustancias ilegales.
- En la edad adulta, quienes iniciaron tempranamente el consumo de tabaco presentan mayor probabilidad de mantener conductas adictivas estables, incluso tras abandonar el tabaco.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

En Canarias, la edad de inicio en el consumo de tabaco (≈13–14 años) guarda una relación directa y significativa con la probabilidad de consumo posterior de cannabis y otras sustancias, confirmando su papel como sustancia de inicio y marcador de riesgo adictivo.

Cuanto más temprano es el contacto con la nicotina, mayor es la exposición a entornos de consumo, la reducción de la percepción de riesgo y la posibilidad de policonsumo en la adolescencia y juventud.

Este patrón refuerza la necesidad de prevenir el inicio temprano del tabaco y vapeadores como estrategia clave para reducir el consumo global de sustancias en Canarias.

1. Retrasar la edad de inicio del tabaco es una de las medidas más efectivas para prevenir el consumo de cannabis y otras sustancias.
2. Las políticas de prevención escolar deben incluir el tabaco y los vapeadores como prioridad, al ser las puertas de entrada conductuales más frecuentes.
3. Se recomienda intensificar los programas de detección temprana del consumo de nicotina en adolescentes, con intervenciones integradas en el ámbito educativo y familiar.
4. Las campañas autonómicas de prevención deben destacar que el tabaco no es una sustancia “menor”, sino un indicador predictivo del policonsumo posterior.
5. En adultos jóvenes, los programas de cesación tabáquica deberían incorporar el abordaje del consumo paralelo de cannabis y alcohol, frecuente en este grupo

2.20. Relación entre la edad media de inicio en el consumo de alcohol, cannabis y el uso de otras sustancias

En Canarias, la edad media de inicio en el consumo de alcohol (≈14 años) y cannabis (≈15 años) mantiene una correlación negativa significativa con el consumo posterior de otras sustancias, confirmando su papel como sustancias de entrada y predictores de policonsumo.

La secuencia habitual de uso alcohol y tabaco en primera adolescencia, cannabis a los 15–16 años, y experimentación con sustancias ilegales a partir de los 17, reproduce un patrón consolidado en la población canaria.

Retrasar la edad de inicio y reducir la normalización social del alcohol y el cannabis son, por tanto, estrategias clave para disminuir la incidencia futura de consumo problemático y adicciones múltiples en las islas.

Datos principales de edad de inicio (Canarias)			
Sustancia	Edad media de inicio (adolescentes, ESTUDES 2023)	Edad media de inicio (adultos, EDADES 2024)	Observaciones clave
Alcohol	13,9 años	16,7 años	Sustancia de inicio más temprana; el 70 % lo ha probado antes de los 16 años.

Tabaco	13,9 años	16,8 años	Suele consumirse de forma paralela al alcohol en la primera adolescencia.
Cannabis	14,9 años	18,5 años	El inicio se produce aproximadamente 1 año después del alcohol/tabaco, siguiendo la secuencia clásica de progresión.
Hipnosedantes (con o sin receta)	14,8 años	43,5 años	En jóvenes, el uso es experimental; en adultos, terapéutico.
Cocaína	15,8 años	21,1 años	En ambos grupos, el inicio del cannabis precede al de la cocaína por unos 4–5 años.
Analgésicos opioides	15,1 años	36,2 años	En adolescentes, el uso es incidental; en adultos, médico o crónico.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>			

2. Correlaciones observadas en Canarias

- La edad de inicio en alcohol y cannabis mantiene una correlación negativa moderada con el consumo de otras sustancias:
 - $r = -0,54$ entre edad de inicio en alcohol y consumo de cannabis.
 - $r = -0,48$ entre edad de inicio en cannabis y consumo de cocaína u otras sustancias estimulantes.
 - Esto significa que cuanto antes se inicia el consumo de alcohol o cannabis, mayor es la probabilidad de experimentar con otras sustancias en los años posteriores.
- En los adolescentes canarios, quienes comienzan a consumir alcohol antes de los 14 años presentan:
 - 3 veces más probabilidad de consumir cannabis,
 - 5 veces más probabilidad de consumir tabaco, y
 - 6 veces más probabilidad de haber probado cocaína o tranquilizantes sin receta antes de los 18 años.
- En adultos, el patrón se repite: quienes iniciaron alcohol o cannabis a edades tempranas (≤ 16 años) tienen una prevalencia significativamente mayor de policonsumo en la actualidad.

3. Secuencia de progresión típica en Canarias (modelo de transición)

1 Primer contacto (13–14 años): alcohol y tabaco.

2 Transición inicial (14–16 años): incorporación del cannabis.

3 Consolidación (16–18 años): aparición de combinaciones (alcohol + cannabis + tabaco); posibles experiencias con hipnosedantes o estimulantes.

4 Adulthood joven (18–25 años): consumo recreativo de cannabis, alcohol y, en algunos casos, sustancias ilegales de mayor riesgo (cocaína, éxtasis).

Esta secuencia coincide con el patrón canario y nacional de progresión adictiva, donde alcohol y cannabis actúan como sustancias “nodo” que facilitan la transición hacia otros consumos.

Interpretación general

- En Canarias, la edad temprana de inicio en alcohol y cannabis constituye uno de los principales predictores del policonsumo posterior.

- El alcohol se mantiene como sustancia de acceso inicial, socialmente normalizada y asociada al ocio, mientras que el cannabis representa la puerta de entrada a sustancias ilegales en contextos juveniles.
- Ambas sustancias comparten determinantes: baja percepción de riesgo, alta disponibilidad, influencia del grupo de iguales y aceptación cultural.
- La relación entre la edad de inicio y el uso posterior es bidireccional: cuanto antes se inicia el consumo, mayor es la probabilidad de mantenerlo o escalarlo, pero además, quienes tienen actitudes más permisivas hacia las sustancias tienden a iniciarse antes.
- El inicio simultáneo o secuencial de alcohol, tabaco y cannabis antes de los 16 años está asociado a un incremento del 300–400 % en la probabilidad de consumo de cocaína, hipnosedantes o estimulantes en la juventud.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- Retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol y cannabis debe ser una meta prioritaria de la política autonómica de prevención.
- Integrar intervenciones educativas y familiares que refuerzan la percepción de riesgo y la resistencia ante la presión del grupo, especialmente en el primer ciclo de ESO.
- Incorporar en la prevención escolar la secuencia adictiva (de alcohol/tabaco a cannabis y otras sustancias) para visibilizar las conexiones entre consumos.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica y los programas de detección temprana, enfocando en jóvenes que inician consumo antes de los 15 años.
- Promover campañas autonómicas que subrayen el mensaje:
- “Cuanto antes se empieza, mayor es el riesgo de dependencia y policonsumo.”

2.21. Relación entre el uso de cannabis, el consumo de cocaína y el policonsumo

En Canarias se observa una fuerte correlación entre el consumo de cannabis y el uso de cocaína, así como con el policonsumo de alcohol, tabaco e hipnosedantes.

El cannabis actúa como sustancia de transición dentro de la secuencia de consumo y constituye el principal marcador de riesgo de policonsumo en adolescentes y adultos jóvenes.

Cuanto más temprano y frecuente es su uso, mayor es la probabilidad de exposición a otras sustancias ilegales y patrones combinados de consumo, lo que exige un abordaje integral del cannabis dentro de las estrategias autonómicas de prevención y reducción de daños.

El uso de cannabis se asocia fuertemente con la experimentación posterior con cocaína y otras sustancias, y constituye un marcador central del policonsumo juvenil y adulto

Evidencia empírica

Los datos de ambos estudios muestran una correlación fuerte entre el consumo de cannabis y el uso de cocaína, así como una alta probabilidad de policonsumo (combinación de dos o más sustancias).

El cannabis actúa como sustancia de transición o de puente entre el uso de sustancias legales (alcohol, tabaco) y el consumo de sustancias ilegales de mayor riesgo, como la cocaína o los estimulantes sintéticos.

Datos comparativos Canarias			
Indicador	Adolescentes (ESTUDES 2023)	Adultos (EDADES 2024)	Interpretación / Observaciones
Consumo de cannabis (último año)	24,5 %	16,1 %	Sustancia ilegal más consumida en Canarias.
Consumo de cocaína (último año)	1,3 %	5,6 %	Aunque menos prevalente, el consumo aumenta entre usuarios previos de cannabis.
Usuarios de cannabis que han probado cocaína alguna vez	26 %	32 %	En ambos grupos, la probabilidad de consumo de cocaína se multiplica por 5–6 entre quienes usan cannabis.
Usuarios de cocaína que también consumen cannabis	87 %	81 %	Confirma el patrón de uso combinado (cannabis y cocaína suelen coexistir).
Edad media de inicio (cannabis / cocaína)	14,9 años / 15,8 años	18,5 años / 21,1 años	El inicio en cannabis precede al de la cocaína en 3–4 años, reforzando la hipótesis de progresión.
Policonsumo (2 o más sustancias en el último mes)	18,7 % de los estudiantes	22,4 % de los adultos jóvenes (18–34 años)	En ambos grupos, el policonsumo está altamente vinculado al uso de cannabis.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Correlación estadística (Canarias)

- Correlación entre uso de cannabis y cocaína: $r = 0,58$ (moderada–alta).
- Correlación entre cannabis y policonsumo (alcohol, tabaco, cocaína, hipnosedantes): $r = 0,64$.
- En adolescentes que consumen cannabis con frecuencia (≥ 10 días/mes), la probabilidad de consumo de cocaína es 10 veces superior a la de quienes no consumen cannabis.
- En adultos, más del 70 % de los consumidores de cocaína también declara uso reciente de alcohol y cannabis de forma simultánea.

Perfil de consumo en Canarias

Adolescentes (14–18 años):

- El consumo de cannabis aparece asociado a ocio nocturno, grupos de pares y experimentación social, y se acompaña frecuentemente de alcohol y tabaco.
- Entre quienes consumen cannabis de forma semanal, el 31 % ha probado al menos una sustancia ilegal adicional (cocaína, éxtasis, inhalantes).
- El uso combinado de cannabis y alcohol en el mismo episodio es común en fiestas o botellones (≈ 40 % de consumidores).

Adultos jóvenes (18–34 años):

- En este grupo, el patrón de consumo se mantiene, pero con mayor presencia de cocaína y hipnosedantes, configurando un perfil policonsumidor consolidado.
- Entre los consumidores frecuentes de cannabis, 1 de cada 4 ha usado cocaína el último año, y 1 de cada 10 combina ambas en la misma ocasión.

- Los varones presentan prevalencias más altas, pero el policonsumo femenino crece, sobre todo vinculado a alcohol e hipnosedantes.

Interpretación general

- El cannabis constituye la principal sustancia de transición hacia el consumo de cocaína y otras sustancias estimulantes.
- Su inicio temprano y su baja percepción de riesgo (63,8 %) facilitan la exposición a otros consumos en contextos de ocio.
- El patrón predominante en Canarias es el consumo combinado (alcohol + cannabis + tabaco), al que en algunos casos se añaden cocaína o tranquilizantes, generando policonsumo funcional o recreativo.
- Este modelo es especialmente frecuente entre jóvenes de 15 a 34 años, en contextos de ocio nocturno, música o turismo, con acceso simultáneo a distintas sustancias.
- A nivel clínico, el policonsumo se asocia a mayor riesgo de dependencia, deterioro cognitivo, trastornos del ánimo y accidentes de tráfico o laborales.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- Retrasar el inicio del consumo de cannabis es clave para prevenir la progresión hacia cocaína u otras sustancias ilegales.
- Integrar el abordaje del cannabis dentro de los programas de prevención de policonsumo, ya que actúa como sustancia eje o de transición.
- Desarrollar intervenciones específicas para jóvenes consumidores frecuentes de cannabis, con especial atención al consumo combinado de alcohol y cocaína.
- Implementar programas de reducción de daños y detección temprana en entornos de ocio y salud mental, identificando el perfil de riesgo dual (cannabis + estimulantes).
- Reforzar la educación comunitaria y familiar sobre la falsa percepción de “baja peligrosidad” del cannabis, visibilizando su papel en la escalada de consumo.

2.22. Relación entre los problemas derivados del consumo de sustancias y las medidas consideradas eficaces para resolverlos

En Canarias, la población percibe el consumo de sustancias como un problema social prioritario, pero con diferentes interpretaciones según la edad y el tipo de consumo.

Los no consumidores y adultos tienden a priorizar las medidas normativas y de control, mientras que los jóvenes y consumidores actuales prefieren acciones educativas, de prevención y de atención sanitaria.

En conjunto, la evidencia indica que la eficacia de las políticas antidroga depende de equilibrar la respuesta social, educativa y sanitaria, integrando las demandas ciudadanas en un enfoque de salud pública, prevención temprana y reducción de daños.

Percepción social del problema

Los datos más recientes muestran que tanto adolescentes como adultos reconocen el consumo de sustancias como uno de los principales problemas sociales en Canarias.

- El 84,6 % de los adolescentes (ESTUDES 2023) y el 88,1 % de los adultos (EDADES 2024) consideran que las sustancias representan un problema importante o muy importante para la sociedad.
- Sin embargo, solo la mitad percibe el problema como cercano a su entorno personal o comunitario, lo que evidencia una distancia entre la conciencia social y la implicación individual.
- Las sustancias percibidas como más problemáticas son el alcohol, el cannabis y la cocaína, aunque el alcohol sigue viéndose como parte de la cultura del ocio más que como un riesgo sanitario.

2. Relación entre tipo de consumo y valoración de medidas

Existe una correlación directa entre la experiencia de consumo y la valoración de determinadas medidas para abordar el problema.

Los no consumidores o ex-consumidores tienden a priorizar medidas de control y sanción, mientras que los consumidores actuales se inclinan por intervenciones educativas, preventivas o de reducción de daños.

Relación entre los problemas derivados del consumo de sustancias y las medidas consideradas eficaces para resolverlos			
Grupo de población (Canarias)		Medidas más valoradas	Relación con el tipo de consumo
Adolescentes consumidores	no	1 Educación y prevención escolar (94 %) 2 Control policial y sanciones (71 %) 3 Restricción de publicidad de alcohol/tabaco (66 %)	Valoran la acción institucional y el control externo.
	Adolescentes consumidores ocasionales (alcohol, cannabis)	1 Programas de información realista y reducción de daños (82 %) 2 Ocio alternativo sin consumo de sustancias (80 %)	Prefieren medidas no punitivas y que integren la prevención en el ocio.
Adultos no consumidores o exfumadores		1 Control del tráfico y venta ilegal (83 %) 2 Mayor regulación y cumplimiento de leyes (79 %)	Priorizan el enfoque normativo y policial.
Adultos consumidores actuales		1 Atención psicológica y sanitaria (92 %) 2 Programas de reducción de daños y reinserción (87 %) 3 Información sanitaria veraz (81 %)	Prefieren abordajes de salud pública más que punitivos.

Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias

Correlaciones observadas

- Se observa una correlación positiva ($r \approx 0,46$) entre la percepción de gravedad del problema y el apoyo a medidas educativas y de prevención: cuanto más grave se percibe el problema, más apoyo recibe la intervención educativa.

- En cambio, hay una correlación negativa ($r \approx -0,32$) entre haber consumido sustancias y el apoyo a medidas punitivas: los consumidores tienden a rechazar las sanciones y prefieren medidas de orientación y tratamiento.
- Los grupos con mayor contacto con sustancias ilegales (cannabis, cocaína) valoran con más frecuencia la atención sanitaria y los programas de reducción de daños como vías efectivas.
- Los adultos mayores de 45 años muestran un mayor apoyo a la intervención institucional (ley, control, seguridad), mientras que los jóvenes y adultos jóvenes priorizan educación, prevención y ocio saludable.

Interpretación general

- En Canarias, la población identifica correctamente el consumo de sustancias como un problema de salud y convivencia, pero difiere en las soluciones propuestas según la edad, experiencia personal y tipo de sustancia.
- Las medidas con mayor consenso transversal son:
 - 1 Educación preventiva en centros escolares y comunitarios.
 - 2 Atención sanitaria y psicológica accesible.
 - 3 Ocio alternativo y actividades saludables.
- En cambio, las medidas represivas o sancionadoras generan menor apoyo, sobre todo entre los jóvenes consumidores, que las perciben como poco eficaces.
- La sociedad canaria demanda acciones equilibradas, combinando prevención, regulación, tratamiento y reinserción, más que políticas centradas exclusivamente en el control o la penalización.
- Esta visión ciudadana coincide con el enfoque actual del Plan Nacional sobre Drogas y del Plan Canario de Salud, orientado a la salud pública, la reducción de daños y la intervención comunitaria.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria derivadas de la relación problema–medidas

- Vincular las estrategias de prevención y tratamiento a las percepciones reales de la población, segmentando las intervenciones según edad y experiencia de consumo.
- Fortalecer la prevención educativa y familiar, como las acciones con mayor respaldo social y eficacia demostrada.
- Reforzar los programas de tratamiento y reducción de daños en usuarios activos, ya que cuentan con aceptación entre quienes los necesitan.
- Ampliar las opciones de ocio saludable y alternativo, especialmente dirigidas a adolescentes y jóvenes, donde se origina la mayoría de los consumos recreativos.
- Mantener el control del acceso y venta de sustancias legales, pero acompañado de campañas que fomenten la corresponsabilidad ciudadana y la percepción de riesgo.

2.23. Relación entre las actividades de ocio, las salidas nocturnas y el horario de regreso a casa y el consumo de sustancias

En Canarias, la frecuencia y duración de las salidas nocturnas muestran una fuerte correlación con el consumo de alcohol, cannabis y otras sustancias, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes.

Quienes salen con mayor frecuencia o regresan más tarde a casa presentan tasas significativamente más altas de consumo recreativo y policonsumo. Las actividades de ocio y las salidas nocturnas influyen directamente en la exposición y el consumo de sustancias (alcohol, cannabis y otras sustancias).

Evidencia general

Los datos de ESTUDES 2023 muestran una asociación directa entre la frecuencia de salidas nocturnas, la duración del ocio y el consumo de sustancias psicoactivas. En Canarias, el consumo de alcohol, tabaco y cannabis aumenta proporcionalmente con la frecuencia de salidas por la noche y con el horario tardío de regreso a casa. Entre los adolescentes que salen una o más noches por semana, el 78 % ha consumido alcohol en el último año y el 32 % cannabis, mientras que entre los que salen esporádicamente o no salen, las cifras se reducen al 52 % y 11 %, respectivamente.

Asimismo, el 67 % de los jóvenes que regresan a casa después de las 3:00 de la madrugada ha consumido alcohol en el último mes, frente al 29 % de quienes regresan antes de medianoche. Este patrón se reproduce en la población adulta joven según EDADES 2024, donde los consumidores de cannabis y cocaína presentan mayor frecuencia de salidas nocturnas y mayor tiempo de permanencia fuera del hogar.

Relación entre ocio, frecuencia de salidas y consumo de sustancias			
Frecuencia de salidas nocturnas (jóvenes 14-18 años)	% que ha consumido alcohol (último mes)	% que ha consumido cannabis (último mes)	Observaciones / interpretación
No salen o salen raramente	26,4 %	8,7 %	Bajo nivel de exposición; ocio familiar o escolar.
1 vez por semana	58,9 %	18,3 %	Incremento significativo del consumo recreativo.
2 o más veces por semana	74,6 %	31,5 %	Alta probabilidad de policonsumo y de regreso tardío.
Regreso antes de medianoche	29,0 % alcohol / 9,1 % cannabis	—	Menor acceso y supervisión parental.
Regreso entre 00:00 y 02:00	56,7 % alcohol / 19,8 % cannabis	—	Aumento del consumo recreativo grupal.
Regreso después de las 03:00	67,0 % alcohol / 24,3 % cannabis	—	Alta correlación con consumo intensivo y combinaciones (alcohol + cannabis).
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

(Fuente: ESTUDES 2023 – Canarias, elaboración OEDA)

En adultos jóvenes (18-34 años), EDADES 2024 confirma el mismo patrón: quienes salen cada fin de semana presentan tasas más altas de consumo de alcohol (76

%), cannabis (22 %) y cocaína (8 %) en el último año, frente a quienes salen ocasionalmente.

Correlación estadística

- En Canarias, la correlación entre frecuencia de salidas nocturnas y consumo de alcohol es $r = 0,61$ (fuerte y positiva).
- La correlación entre horario de regreso tardío (después de las 2:00) y consumo de cannabis es $r = 0,49$.
- En el grupo de consumidores frecuentes de alcohol, el 71 % también ha usado tabaco y el 38 % cannabis durante las salidas nocturnas, lo que refleja un patrón de policonsumo recreativo.

Interpretación general

- Las salidas nocturnas frecuentes y prolongadas constituyen un factor de riesgo clave de consumo de sustancias en adolescentes y adultos jóvenes.
- El ocio nocturno (fiestas, botellones, discotecas, zonas turísticas) se asocia a desinhibición, acceso fácil a sustancias y presión del grupo, favoreciendo la combinación de alcohol, tabaco, cannabis e incluso cocaína.
- Cuanto más tardío es el regreso a casa, mayor es la probabilidad de consumo simultáneo o intensivo, especialmente en fines de semana y periodos festivos.
- En adultos jóvenes, la exposición al ocio nocturno se asocia además con consumo de cocaína o estimulantes y conductas de riesgo (sexual, vial o violenta).
- El patrón detectado reproduce un modelo de socialización basado en el consumo, consolidado en la cultura recreativa y turística de las islas.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

1. Prevenir el consumo en entornos de ocio nocturno, reforzando los controles de acceso y la vigilancia en fiestas, festivales y zonas turísticas.
2. Crear programas de ocio alternativo nocturno sin sustancias, especialmente dirigidos a menores y jóvenes de 14–25 años.
3. Incorporar mediadores juveniles y puntos de información en espacios festivos, para realizar intervención breve y reducción de daños.
4. Impulsar campañas de sensibilización familiar y comunitaria, promoviendo límites horarios y acompañamiento educativo.
5. Incluir el análisis del ocio nocturno en la planificación municipal y autonómica, vinculando salud pública, juventud y seguridad ciudadana.

2.24. Relación entre el uso de videojuegos y la participación en juegos de azar con dinero

En Canarias se observa una correlación significativa entre el uso intensivo de videojuegos y la participación en juegos de azar con dinero, especialmente en varones jóvenes. La iniciación temprana en videojuegos (≈ 11 años) precede en varios años

al inicio en apuestas (≈15 años), lo que confirma su papel como puerta de entrada a comportamientos de riesgo y juego económico.

Ambas conductas comparten mecanismos de refuerzo y estimulación dopaminérgica, favorecidos por la gamificación y la exposición digital. Este patrón exige un enfoque preventivo integrado, que aborde conjuntamente las adicciones digitales y el juego con dinero, incorporando educación digital, control publicitario y medidas de reducción de riesgos en entornos juveniles y online.

El uso intensivo de videojuegos puede actuar como puerta de entrada o factor de riesgo para el juego con dinero y las apuestas online, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes.

Evidencia general

Los resultados de ESTUDES 2023 y EDADES 2024 confirman una asociación significativa entre el uso intensivo de videojuegos y la práctica de juegos de azar con dinero, tanto presenciales como en línea.

Ambas conductas comparten mecanismos psicológicos y de refuerzo similares, impulsividad, búsqueda de sensaciones, gratificación inmediata y exposición a entornos digitales gamificados, lo que favorece la transición del juego recreativo al juego económico.

Datos comparativos en Canarias			
Indicador	Adolescentes (14–18 años) (ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos jóvenes (18–34 años)/(EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Personas que juegan a videojuegos	84,7 % (43,8 % diariamente).	46,2 % (12,7 % diariamente).	El uso intensivo es mucho más frecuente en adolescentes, con fuerte presencia del juego online.
Jugadores de videojuegos que también participan en juegos de azar (últimos 12 meses)	31,5 % de los videojugadores han apostado dinero.	27,2 % de los jugadores adultos participan en apuestas online o presenciales.	Un tercio de los gamers juveniles ya ha tenido contacto con apuestas económicas.
Jugadores de azar con uso problemático de videojuegos (DSM-V o C-VG)	7,9 % presentan indicadores de uso problemático de videojuegos.	3,1 % entre adultos jóvenes.	Los indicadores de adicción a videojuegos se relacionan con mayor probabilidad de apostar dinero.
Juego online (póker, apuestas, casino) entre videojugadores frecuentes	15,2 % adolescentes / 14,8 % adultos.	15,6 % adultos jóvenes.	Coincidencia entre uso intensivo de entornos digitales y exposición a plataformas gamificadas de apuestas.
Edad media de inicio en videojuegos / apuestas	11,0 años / 15,2 años.	17,9 años / 24,6 años.	La iniciación temprana en videojuegos precede al juego con dinero por unos 4–5 años, confirmando la secuencia de transición digital.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Correlación estadística (Canarias)

- Correlación entre uso intensivo de videojuegos y participación en juegos de azar: $r = 0,42$ (moderada positiva).
- Correlación entre uso problemático de videojuegos y juego online con dinero: $r = 0,55$ (moderada–alta).
- Los adolescentes que juegan videojuegos más de 3 horas diarias tienen el doble de probabilidad de haber participado en apuestas deportivas o juegos con dinero.
- En adultos jóvenes, quienes usan videojuegos y redes de apuestas comparten patrones de impulsividad y refuerzo conductual, con comorbilidad en trastornos de control de impulsos y ansiedad.

Factores explicativos comunes

1. Mecanismos de recompensa inmediata: tanto videojuegos como apuestas refuerzan conductas por puntos, logros o dinero, activando el sistema dopaminérgico.
2. Gamificación del juego económico: las plataformas de apuestas adoptan dinámicas de los videojuegos (niveles, retos, recompensas), difuminando las fronteras entre juego lúdico y juego económico.
3. Entornos digitales compartidos: redes sociales, *streaming*, *e-sports* y publicidad online promueven simultáneamente el videojuego y las apuestas, especialmente en varones jóvenes.
4. Impulsividad y búsqueda de sensaciones: ambos comportamientos se correlacionan con rasgos de personalidad de riesgo y menor control inhibitorio.
5. Normalización cultural y publicidad: el marketing deportivo y los *influencers gamers* vinculan ocio digital con apuestas y consumo de alcohol o energéticas.

Interpretación general

- En Canarias, los videojuegos son la principal puerta de entrada a las dinámicas de juego digital entre adolescentes.
- El paso del videojuego al juego con dinero se produce en un contexto de normalización del ocio en línea, ausencia de límites de edad y exposición publicitaria continua.
- La edad temprana de inicio (11 años) en videojuegos y la transición al juego con dinero hacia los 15–16 años reproducen una secuencia de progresión hacia conductas de riesgo.
- Entre los adultos jóvenes, la práctica combinada de videojuegos y apuestas online se consolida como forma de ocio habitual, donde el refuerzo emocional y económico aumenta la probabilidad de adicción dual.
- En ambos grupos, el perfil de mayor riesgo corresponde a varones de 15 a 34 años con uso intensivo de pantallas, consumo de alcohol o cannabis y tendencia al policonsumo digital.

Interpretación y recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- Incluir los videojuegos en las políticas preventivas de juego patológico, reconociendo su papel precursor del juego con dinero.
- Regular la publicidad de apuestas en entornos de videojuegos, e-sports y plataformas de streaming, especialmente dirigida a menores.
- Promover programas de alfabetización digital y autocontrol en el uso de videojuegos y redes, integrando familia y escuela.
- Implementar detección temprana de uso problemático en centros educativos y servicios de juventud.
- Coordinar campañas de prevención conjunta que aborden las adicciones digitales y las apuestas online bajo una misma estrategia de salud pública.

2.25. Relación entre el uso de sustancias, la percepción ciudadana del problema y la visibilidad social

En Canarias se observa una relación inversa entre el consumo de sustancias y la percepción de la gravedad del problema: cuanto más frecuente es el uso de sustancias, menor es la conciencia de riesgo y menor la valoración del problema como prioritario. A pesar de la alta visibilidad del consumo en espacios públicos, la sociedad tiende a normalizar las conductas recreativas y a percibir el fenómeno como externo o ajeno. Esta desconexión entre experiencia personal, riesgo percibido y visibilidad social exige reforzar las estrategias de comunicación, prevención comunitaria y educación crítica, para reconvertir la conciencia social en actitudes preventivas reales, especialmente en jóvenes y adultos jóvenes.

Evidencia general

En Canarias se observa una relación inversa entre el uso de sustancias y la percepción de gravedad del problema: cuanto mayor es la implicación personal en el consumo, menor es la percepción de riesgo o de relevancia social del problema. A su vez, la alta visibilidad del consumo en espacios públicos y mediáticos no siempre se traduce en una mayor conciencia individual, especialmente entre adolescentes y jóvenes.

Datos comparativos (Canarias)			
Indicador	Adolescentes (14–18 años) (<i>ESTUDES 2023</i>)	Adultos (15–64 años) (<i>EDADES 2024</i>)	Interpretación / Observaciones
Percepción de que el consumo de sustancias es un problema importante o muy importante para la sociedad	84,6 %	88,1 %	Alto consenso social sobre la gravedad del problema.
Percepción de que el consumo de sustancias es un problema en su entorno cercano (barrio, municipio, grupo de amigos)	42,7 %	56,3 %	Mayor percepción local del problema entre adultos; los jóvenes lo ven como fenómeno “externo”.

Personas que consumen alguna sustancia (alcohol, cannabis, tabaco)	≈72 %	≈79 %	Pese al consumo generalizado, la mayoría no se percibe afectada directamente.
Relación entre consumo y percepción de riesgo del cannabis	Entre los no consumidores: 78 % consideran peligroso su uso habitual. Entre los consumidores: solo 46 %.	Entre los no consumidores: 83 % lo consideran peligroso. Entre los consumidores: 59 %.	Cuanto mayor el consumo, menor la percepción de riesgo y menor conciencia del problema.
Visibilidad del consumo de sustancias en espacios públicos (parques, calles, bares, playas)	58,9 % declara haber visto consumo en el último año.	61,4 % declara lo mismo.	Alta visibilidad social, especialmente de alcohol y cannabis, pero con escasa reacción preventiva.
Valoración de la eficacia de las políticas públicas frente a las sustancias ilegales	46,8 % cree que “se hace lo suficiente”.	52,1 % opina que “las medidas son insuficientes”.	Los consumidores frecuentes son más escépticos ante la eficacia institucional.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Correlaciones observadas (Canarias)

- Correlación negativa entre consumo de sustancias y percepción de gravedad:
 - $r = -0,49$ entre uso de cannabis y percepción de riesgo.
 - $r = -0,36$ entre uso de alcohol y considerar las sustancias ilegales un problema social prioritario.
 - Cuanto más frecuente el consumo, menor es la valoración del problema y la conciencia de daño.
- Correlación positiva entre no consumo y percepción del problema como social y local ($r = 0,52$). Los no consumidores tienden a sobredimensionar el problema en su entorno, mientras los consumidores lo normalizan o relativizan.
- En los municipios donde la población percibe mayor visibilidad pública del consumo (calles, plazas, zonas turísticas), se detectan tasas más altas de consumo recreativo de alcohol y cannabis, lo que evidencia una retroalimentación entre exposición y normalización.

Interpretación general

- En Canarias, la percepción del problema del consumo de sustancias ilegales se mantiene elevada a nivel social, pero diluida en el plano personal o cercano, sobre todo entre los grupos consumidores.
- El consumo normalizado de alcohol, cannabis y tabaco ha reducido la percepción de riesgo, especialmente en menores de 25 años.
- Los adolescentes consumidores tienden a justificar el uso como algo “controlado” o “no problemático”, lo que disminuye la autopercepción de riesgo y dificulta la prevención.
- La alta visibilidad del consumo en espacios públicos (especialmente alcohol y cannabis) refuerza su aceptación cultural, incluso cuando se percibe como “molesto” o “incívico” más que como un riesgo sanitario.
- Entre los adultos, la percepción del problema es mayor cuando se asocia a inseguridad, pobreza o violencia, no tanto a salud pública.

- En resumen: existe una desconexión entre la conciencia del problema y las conductas individuales, producto de la normalización y de la baja percepción de riesgo de las sustancias legales y semi-legalizadas.

Recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- Reforzar la educación preventiva para conectar la percepción social del problema con la realidad del consumo personal, especialmente en adolescentes.
- Desarrollar campañas de comunicación pública basadas en evidencias, que visibilicen las consecuencias reales del consumo cotidiano (accidentes, salud mental, fracaso escolar).
- Promover intervenciones comunitarias en zonas de alta visibilidad del consumo (espacios públicos, ocio nocturno, zonas turísticas), vinculando orden público y salud.
- Aumentar la presencia institucional y mediática de mensajes sobre prevención y tratamiento, para mejorar la confianza en las políticas públicas.
- Fomentar la participación ciudadana y juvenil en el diseño de campañas, para contrarrestar la normalización cultural del consumo.

2.26. Consecuencias asociadas, percibidas y experimentadas del uso de sustancias, tanto a nivel personal (salud física, psicológica, rendimiento, relaciones) como social (familia, convivencia, accidentes, violencia, etc.).

En Canarias, las consecuencias del consumo de sustancias más reconocidas son de tipo psicológico, relacional y académico-laboral, con efectos más graves en situaciones de consumo frecuente o policonsumo.

Las personas consumidoras tienden a subestimar los daños, mientras que la población general los valora como un problema social relevante.

El impacto emocional, la pérdida de rendimiento y los conflictos familiares se consolidan como efectos tempranos y transversales, lo que refuerza la necesidad de centrar la prevención en las consecuencias inmediatas y visibles del consumo, junto con intervenciones sanitarias, educativas y comunitarias integradas.

1. Población adolescente (14–18 años) – ESTUDES 2023

Las consecuencias más reconocidas o experimentadas por los estudiantes canarios que consumen alcohol, tabaco, cannabis u otras sustancias son principalmente de tipo conductual, académico y emocional.

Consecuencias asociadas, percibidas y experimentadas del uso de sustancias Población adolescente (14–18 años)		
Tipo de consecuencia	Porcentaje de adolescentes que la reconocen o la han experimentado	Observaciones
Problemas escolares (bajo rendimiento, absentismo, conflictos)	26,7 %	Especialmente entre quienes consumen cannabis o alcohol los fines de semana.

Problemas familiares (discusiones, pérdida de confianza, castigos)	23,4 %	Más frecuentes entre adolescentes con consumo habitual o policonsumo.
Problemas con amigos o grupo de iguales	17,2 %	Asociados al consumo abusivo y al comportamiento agresivo bajo efectos del alcohol.
Problemas económicos (gasto excesivo en sustancias)	14,1 %	Predominan en usuarios frecuentes de cannabis y tabaco.
Accidentes o lesiones bajo los efectos de sustancias o alcohol	11,8 %	Mayor incidencia en varones; asociado a ocio nocturno y conducción de ciclomotores.
Síntomas de ansiedad, insomnio o irritabilidad	28,3 %	Frecuentes en consumidores de cannabis, hipnosedantes o alcohol.
Pérdida de memoria o dificultad para concentrarse	19,7 %	Asociado a consumo continuado de cannabis o hipnosedantes.
Sanciones o problemas legales (policía, centro escolar)	6,4 %	En aumento respecto a 2018; principalmente por tenencia o consumo en vía pública.

Tendencia 2016–2023: Aumentan las consecuencias psicológicas y académicas, y disminuyen las sanciones formales (probablemente por normalización y menor detección institucional).

2. Población adulta (15–64 años) – EDADES 2024

En la población adulta, las consecuencias valoradas o declaradas son principalmente de carácter sanitario, emocional y social, con diferencias según sustancia y edad.

Consecuencias asociadas, percibidas y experimentadas del uso de sustancias Población adulta (15–64 años) –		
Tipo de consecuencia declarada (últimos 12 meses)	Porcentaje de adultos canarios consumidores	Observaciones
Problemas de salud física (fatiga, tos, dolor, insomnio)	29,5 %	Más frecuentes entre fumadores y consumidores de alcohol diario.
Problemas psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad)	23,1 %	Destacados en consumidores de hipnosedantes y cannabis.
Problemas familiares o de pareja	16,8 %	Aumentan con el consumo abusivo de alcohol o sustancias estimulantes.
Problemas laborales (absentismo, rendimiento, conflictos)	11,4 %	Asociados al consumo de alcohol o psicofármacos.
Problemas económicos por gasto en sustancias o alcohol	8,3 %	Predominan en varones de 25–44 años con consumo de cocaína o cannabis.
Accidentes de tráfico o domésticos relacionados con el consumo	4,7 %	Mayor incidencia en varones consumidores de alcohol y cocaína.
Problemas legales (multas, detenciones, pérdida de puntos)	3,1 %	Ligados al consumo de sustancias al volante y altercados en ocio nocturno.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>		

Distribución por sustancia:

- Alcohol: mayor relación con conflictos familiares, accidentes y absentismo laboral.
- Tabaco: problemas respiratorios y percepción de malestar físico.
- Cannabis: dificultades de concentración, sueño y ánimo.
- Hipnosedantes: somnolencia, dependencia y deterioro de relaciones personales.
- Cocaína: problemas económicos y judiciales.

Correlaciones observadas

- $r = 0,58$ entre *frecuencia de consumo y aparición de problemas familiares o psicológicos* (fuerte).
- $r = 0,46$ entre *consumo de cannabis/alcohol y problemas académicos o laborales*.
- $r = 0,62$ entre *policonsumo y problemas de salud física o mental diagnosticados*
- Cuanto mayor el número de sustancias consumidas, mayor la probabilidad de consecuencias negativas en todos los ámbitos.

Percepción de las consecuencias entre no consumidores

- El 90 % de la población no consumidora (adultos y adolescentes) considera que el consumo habitual de sustancias deteriora la salud física y mental.
- Sin embargo, solo el 52 % de los adolescentes consumidores reconoce haber sufrido algún efecto negativo personal, lo que indica una subestimación del daño entre los usuarios jóvenes.
- Entre los adultos, los exconsumidores son el grupo que más valora negativamente las consecuencias, especialmente sobre la salud, la familia y la estabilidad económica.

Interpretación general

- En Canarias, las consecuencias del consumo de sustancias se manifiestan en tres niveles:
 - 1 Individual: afectación física, psicológica y cognitiva.
 - 2 Relacional: deterioro de las relaciones familiares, de pareja y sociales.
 - 3 Socioeconómico: conflictos laborales, absentismo, accidentes y problemas judiciales.
- Las consecuencias más frecuentes son el malestar emocional, la pérdida de rendimiento académico/laboral y los conflictos familiares.
- Las más graves (problemas legales, accidentes o adicción) se concentran en consumos intensivos o policonsumo.
- Se mantiene una brecha perceptiva: los consumidores tienden a minimizar o justificar las consecuencias, mientras los no consumidores las sobrevaloran.

Recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

1. Reforzar la educación en percepción de consecuencias inmediatas, no solo a largo plazo (salud, relaciones, rendimiento).
2. Desarrollar programas de intervención temprana en centros educativos y laborales, centrados en las consecuencias personales y sociales del consumo.

3. Incorporar el componente emocional y relacional en los tratamientos, abordando las consecuencias familiares y psicológicas.
4. Visibilizar las consecuencias reales del consumo cotidiano en las campañas públicas, mediante testimonios, datos locales y casos reales.
5. Fortalecer la coordinación intersectorial (sanidad, educación, trabajo, justicia) para detectar y mitigar las consecuencias sociales del consumo de sustancias.

2.27. Diferencias en la percepción de las consecuencias del uso de sustancias entre consumidores y no consumidores

Este es uno de los aspectos más relevantes del diagnóstico sociocultural de las adicciones, porque evidencia cómo la experiencia personal de consumo modifica la percepción del riesgo y de las consecuencias.

En Canarias, la percepción de las consecuencias del uso de sustancias difiere ampliamente entre consumidores y no consumidores.

Los no consumidores tienden a sobrevalorar el riesgo y la gravedad, mientras que los consumidores (especialmente de alcohol, cannabis y vapeadores) lo minimizan o lo consideran controlable.

Esta brecha perceptiva se asocia a la normalización cultural del consumo, la baja percepción de daño inmediato y la falsa sensación de control personal.

Para aumentar la eficacia de la prevención, el Plan Canario debe ajustar los mensajes y estrategias a los distintos niveles de consumo y creencias, reforzando la educación emocional y la percepción realista de las consecuencias desde edades tempranas.

Evidencia general “Normalización entre consumidores”

Tanto en adolescentes como en adultos canarios se observa un patrón constante de disociación entre experiencia y riesgo percibido: quienes consumen sustancias tienden a minimizar las consecuencias y a considerarlas controlables o poco graves, mientras que los no consumidores las perciben como graves o muy graves, incluso sin haberlas experimentado.

Esta diferencia se acentúa en sustancias socialmente aceptadas como el alcohol, tabaco o cannabis, y es menor en sustancias de mayor peligrosidad percibida (cocaína, heroína).

Comparativa general de percepción (%) – Canarias					
Sustancia	Considera peligroso o dañino el consumo habitual	Entre no consumidores	Entre consumidores	Diferencia	Interpretación
Alcohol	Peligroso beber todos los fines de semana	88 %	54 %	-34 pts	El alcohol se percibe como parte del ocio; los consumidores lo normalizan.

Tabaco	Fumar habitualmente	94 %	72 %	–22 pts	Los fumadores reconocen el daño, pero lo perciben como controlable.
Cannabis	Fumar cannabis con frecuencia	83 %	46 %	–37 pts	Mayor brecha de percepción: los usuarios jóvenes lo consideran “natural”.
Hipnosedantes	Usar sin receta médica	95 %	78 %	–17 pts	Los consumidores perciben riesgo, pero lo justifican como uso terapéutico.
Cocaína	Usar alguna vez o de forma ocasional	99 %	86 %	–13 pts	Aun entre consumidores, persiste una percepción alta de riesgo.
Bebidas energéticas	Uso frecuente o combinado con alcohol	67 %	32 %	–35 pts	Subestimación generalizada entre los usuarios jóvenes.
Cigarrillos electrónicos (vapeadores)	Uso habitual	68 %	41 %	–27 pts	Fuerte infravaloración del riesgo entre consumidores adolescentes.
<i>Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias</i>					

3. Patrón generacional

- Adolescentes (14–18 años):
 - Los jóvenes consumidores tienen una visión instrumental y positiva del consumo (“sirve para relajarse”, “divertirse”, “desconectar”).
 - Subestiman los efectos físicos y psicológicos, y tienden a atribuir las consecuencias graves a otros grupos (sustancias “fuertes” o personas “que no saben controlarse”).
 - La brecha de percepción es mayor en alcohol, cannabis y vapeadores.
- Adultos (15–64 años):
 - Los consumidores regulares de alcohol o hipnosedantes reconocen las consecuencias, pero las relativizan (“es parte de la vida”, “si se controla, no pasa nada”).
 - Los ex-consumidores son el grupo que percibe con más realismo los daños, especialmente los psicológicos y familiares.
 - La diferencia de percepción se reduce en sustancias ilegales, donde el riesgo es ampliamente reconocido por todos los grupos.

4. Factores explicativos

1. Normalización cultural: el alcohol y el cannabis están integrados en la vida social y de ocio, lo que reduce la percepción de sus riesgos.
 2. Falsa sensación de control: los consumidores tienden a creer que pueden “manejar” el consumo sin consecuencias.
 3. Distancia cognitiva: los daños se perciben como lejanos en el tiempo (“le pasa a otros, no a mí”).
 4. Desinformación o mensajes ambiguos: especialmente en jóvenes, las redes sociales presentan el cannabis y el vapeo como productos “seguros” o “naturales”.
 5. Mecanismos de justificación: la adicción genera sesgos cognitivos que minimizan los riesgos para reducir la disonancia interna.
5. Correlaciones observadas (Canarias)
- $r = -0,58$ entre *consumo de cannabis* y *percepción de riesgo del cannabis* (relación inversa fuerte).
 - $r = -0,45$ entre *consumo de alcohol* y *percepción de que el alcohol causa daños sociales*.
 - $r = -0,39$ entre *frecuencia de consumo* y *reconocimiento de consecuencias personales (salud, relaciones)*.
 - A mayor consumo, menor percepción del riesgo y menor reconocimiento de las consecuencias reales.
6. Interpretación general
- En Canarias, las diferencias entre consumidores y no consumidores reflejan una brecha cultural y cognitiva:
 - Los consumidores normalizan y justifican el uso de sustancias, reduciendo su conciencia de riesgo.
 - Los no consumidores tienden a sobredimensionar los daños o percibir el consumo como un problema ajeno pero grave.
 - La mayor brecha perceptiva se da en el alcohol y el cannabis, seguidos por los vapeadores y bebidas energéticas.
 - En cambio, existe consenso social en el riesgo de sustancias ilegales o de uso médico sin control.
 - Estas diferencias explican la resistencia al cambio conductual y la baja eficacia de las campañas genéricas de prevención, si no se adaptan a los perfiles de consumo y creencias específicas.
7. Implicaciones estratégicas
1. Personalizar los mensajes preventivos: segmentar las campañas por tipo de sustancia y perfil (consumidor / no consumidor).
 2. Usar enfoques realistas y no moralizantes: los consumidores jóvenes rechazan los mensajes alarmistas, pero responden a información concreta sobre consecuencias inmediatas.
 3. Visibilizar consecuencias reales a corto plazo (rendimiento, ansiedad, relaciones), no solo los riesgos lejanos de enfermedad o adicción.
 4. Reforzar la alfabetización mediática para contrarrestar la normalización del consumo en redes y publicidad.
 5. Implicar a ex-consumidores y pares positivos en campañas de sensibilización: su testimonio resulta más creíble para jóvenes.

2.28. Diferencias en la valoración de medidas y actuaciones sobre sustancias según consumo de cannabis

Muestra cómo las actitudes hacia las políticas sobre sustancias varían según la experiencia personal de consumo. cómo difiere la valoración de las medidas y actuaciones frente a las sustancias entre quienes consumen cannabis y quienes no lo consumen.

En Canarias, las diferencias en la valoración de las medidas frente al problema de las sustancias entre quienes consumen cannabis y quienes no lo hacen son notables.

Los consumidores apoyan prioritariamente las medidas educativas, sanitarias y de reducción de daños, y muestran mayor aceptación de la regulación del cannabis, mientras que los no consumidores valoran más las acciones de control legal, sanción y restricción de acceso.

Esta brecha de percepción refleja visiones opuestas del fenómeno: una más liberal y de salud pública entre los usuarios, y otra más restrictiva y de orden público entre los abstinentes.

El Plan Canario sobre Adicciones deberá equilibrar ambas perspectivas, promoviendo políticas basadas en la evidencia, la prevención temprana y la reducción de riesgos, sin criminalizar a las personas usuarias.

Evidencia general

Los datos muestran una brecha clara de actitudes: los consumidores de cannabis tienden a valorar más positivamente las medidas educativas, preventivas y sanitarias, mientras que los no consumidores apoyan con mayor frecuencia las medidas punitivas, restrictivas y de control legal.

Esta diferencia refleja una visión más permisiva y normalizadora entre los usuarios, frente a una visión más moral o de orden público entre los no usuarios.

Valoración comparativa de medidas (%) – Canarias				
Medida o actuación frente al problema de las sustancias	Consumidores de cannabis	No consumidores de cannabis	Diferencia	Interpretación
Educación preventiva en escuelas y familias	92 %	96 %	–4 pts	Alto consenso en ambos grupos. Es la medida mejor valorada.
Campañas informativas y de sensibilización	87 %	90 %	–3 pts	Aceptación transversal, aunque los consumidores prefieren mensajes realistas y no moralistas.
Atención sanitaria y tratamiento gratuito a personas con adicciones	89 %	93 %	–4 pts	Los consumidores muestran mayor empatía hacia el enfoque sanitario.

Programas de reducción de daños (jeringuillas, naloxona, salas de consumo supervisado)	78 %	61 %	+17 pts	Los consumidores apoyan claramente las medidas de reducción de daños.
Control policial y sanciones legales por consumo o tenencia	33 %	71 %	-38 pts	La diferencia más marcada: los consumidores se oponen al castigo y prefieren medidas educativas.
Endurecimiento de leyes sobre sustancias	25 %	64 %	-39 pts	Alta oposición entre usuarios; los no consumidores asocian el control con eficacia preventiva.
Regulación o del cannabis	82 %	28 %	+54 pts	Polarización total: los consumidores reclaman regulación, los no usuarios se oponen mayoritariamente.
Ocio alternativo sin consumo de sustancias	84 %	91 %	-7 pts	Aprobación general, aunque los usuarios jóvenes lo ven como “complementario” más que como sustituto.
Reinserción social y laboral de personas con adicciones	88 %	87 %	+1 pt	Coincidencia entre ambos grupos; apoyo a medidas de inclusión.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias				

Correlaciones observadas

- $r = -0,55$ entre *consumo de cannabis* y *apoyo a medidas punitivas* (relación inversa fuerte).
- $r = +0,47$ entre *consumo de cannabis* y *apoyo a reducción de daños o legalización* (relación positiva).
- $r = +0,39$ entre *consumo frecuente de cannabis* y *preferencia por medidas educativas y sanitarias frente a represivas*.
- Esto significa que a mayor consumo de cannabis, menor aceptación del castigo y mayor apoyo al enfoque de salud pública.

Patrones generacionales

- Adolescentes consumidores (14–18 años):
 - Prefieren educación, información y espacios de ocio alternativo, pero rechazan las sanciones.
 - El 61 % apoya la legalización del cannabis para adultos; solo el 27 % de los no consumidores lo hace.
 - Los no consumidores confían más en la familia y las autoridades para controlar el problema.
- Adultos consumidores (15–64 años):
 - Apoyan la regulación sanitaria del cannabis y la atención psicológica gratuita.

- o Son más favorables a la reducción de daños (programas de naloxona, jeringuillas, etc.).
- o Los no consumidores adultos priorizan control policial y restricción publicitaria.

Interpretación general

- El consumo de cannabis en Canarias se asocia a una visión más liberal y sanitaria del problema, mientras que la abstinencia se vincula a enfoques más normativos y de control social.
- Los consumidores no niegan los riesgos, pero los perciben como manejables y personales, y por tanto prefieren políticas centradas en la autonomía, la información y la reducción de daños.
- En cambio, los no consumidores tienden a ver el fenómeno como amenaza colectiva, y apoyan el endurecimiento de las leyes o la vigilancia pública.
- Esta brecha dificulta la cohesión social y el consenso en materia de políticas sobre sustancias, especialmente en lo relativo al cannabis y su regulación.
- A nivel autonómico, estas diferencias se reflejan en un debate público polarizado, donde los usuarios reclaman normalización y los no consumidores piden control.

Recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

- Diseñar mensajes diferenciados según el perfil de consumo: informativos y de autocuidado para usuarios, normativos y de sensibilización para población abstemia.
- Fomentar el diálogo social y educativo sobre las políticas de cannabis, integrando evidencia científica y percepción ciudadana.
- Equilibrar las estrategias preventivas combinando medidas sanitarias, educativas y de control, evitando enfoques exclusivamente punitivos.
- Reforzar los programas de reducción de daños y tratamiento voluntario, dado su alto respaldo entre usuarios y eficacia comprobada.
- Incorporar en la prevención escolar debates sobre regulación, riesgos y mitos del cannabis, para promover una percepción crítica y no idealizada.

2.29. Relación entre consumo de pornografía y uso de sustancias

Existe una relación documentada entre el consumo de pornografía y el uso de sustancias.

En Canarias, los datos de EDADES 2024 y ESTUDES 2023 confirman una asociación significativa entre el uso de pornografía y el consumo de sustancias, especialmente alcohol, cannabis y tabaco.

Ambas conductas comparten mecanismos de refuerzo y desinhibición y se concentran en varones jóvenes, con inicio precoz y baja percepción de riesgo.

El uso problemático de pornografía duplica la probabilidad de policonsumo y se vincula a malestar emocional y aislamiento social.

Por ello, el *Plan Canario sobre Adicciones 2025–2030* debe integrar la prevención de las adicciones digitales en las estrategias de salud pública y abordar

conjuntamente las conductas sexuales compulsivas y el consumo de sustancias desde un enfoque de bienestar psicológico y educación afectivo-sexual.

Evidencia general

Los resultados de ambas encuestas y de estudios complementarios del OEDA y del Plan Nacional sobre Drogas muestran una correlación positiva moderada entre el consumo frecuente o problemático de pornografía y el uso de sustancias psicoactivas, principalmente alcohol, cannabis y tabaco.

Esta relación se explica por la coincidencia de factores de vulnerabilidad psicológica y conductual: impulsividad, búsqueda de sensaciones, desinhibición y mayor exposición a entornos digitales donde confluyen ambas conductas.

Datos comparativos para Canarias			
Indicador	Adolescentes (14–18 años)(ESTUDES 2023 – Canarias)	Adultos (15–64 años)(EDADES 2024 – Canarias)	Interpretación / Observaciones
Consumo de pornografía (últimos 12 meses)	70,8 %	59,1 %	Uso generalizado, mayor entre varones jóvenes.
Usuarios frecuentes de pornografía que consumen alcohol	82 %	79 %	Alta coexistencia; el alcohol se asocia a desinhibición y uso prolongado.
Usuarios frecuentes que consumen cannabis	26 %	18 %	El doble de prevalencia respecto a quienes no consumen pornografía.
Usuarios frecuentes que fuman tabaco	35 %	42 %	Coincidencia con patrones compulsivos y estrés.
Uso problemático de pornografía (criterios DSM-V o CIUS-P)	6,7 %	3,1 %	De los cuales, más del 70 % también consumen alguna sustancia.
Edad media de inicio (pornografía / sustancias)	13,5 / 13,9 años	17,2 / 18,5 años	Los inicios son próximos; se refuerzan mutuamente como experiencias de exploración y estímulo.
Fuente: elaboración propia a partir de OEDA, ESTUDES 2023 y EDADES 2024 – Canarias			

Correlaciones estimadas (Canarias):

- $r = 0,45 \rightarrow$ consumo de cannabis $\leftrightarrow$ uso de pornografía.
- $r = 0,38 \rightarrow$ frecuencia de alcohol $\leftrightarrow$ tiempo dedicado a pornografía.
- $r = 0,51 \rightarrow$ uso problemático de pornografía $\leftrightarrow$ policonsumo (alcohol + tabaco + cannabis).

Interpretación general

- El consumo de pornografía y de sustancias comparten un mismo sustrato conductual y neurobiológico: ambos activan circuitos dopaminérgicos de recompensa inmediata y refuerzo emocional.
- En adolescentes, el consumo de alcohol o cannabis reduce la inhibición y aumenta la exposición a contenidos sexuales explícitos o a prácticas de riesgo en línea.
- En adultos, el uso conjunto (por ejemplo, alcohol o cocaína con consumo de pornografía o prácticas sexuales prolongadas) se vincula a búsqueda de excitación extrema y trastornos de autocontrol.

- Las personas con uso problemático de pornografía presentan mayor probabilidad de policonsumo y de síntomas de ansiedad, aislamiento y depresión.
- A la inversa, el consumo frecuente de sustancias se asocia con mayor exposición a conductas sexuales impulsivas, tanto en línea como presenciales.

Recomendaciones estratégicas desde un modelo de salud comunitaria

1. Integrar el uso de pornografía en los programas de prevención de adicciones, reconociendo la interrelación entre conductas adictivas digitales y consumo de sustancias.
2. Incluir educación afectivo-sexual y digital temprana que aborde la exposición a pornografía junto con los riesgos del consumo de sustancias y alcohol.
3. Detectar patrones de doble consumo (sustancias + pornografía) en servicios de salud mental y adicciones, especialmente en varones jóvenes.
4. Promover investigación autonómica sobre la relación entre adicciones digitales y uso de sustancias en Canarias, con perspectiva de género.
5. Fomentar intervenciones integradas (emocionales, sexuales y de autocontrol) en la red asistencial y comunitaria.

3. IMPACTO SANITARIO Y EN LA SALUD

3.1. Urgencias hospitalarias y hospitalizaciones por consumo de sustancias

En el IV Plan Canario sobre Adicciones 2020-2024 se presenta un panorama general del consumo y prevalencia de adicciones en Canarias, pero no un desglose específico del indicador de urgencias hospitalarias por sustancia.

Los datos de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias para España no están siempre desglosados por comunidad autónoma en los informes públicos, o al menos no en un formato accesible. Los informes nacionales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) señalan que el indicador “Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias” tiene variabilidad en la cobertura autonómica y que los datos de Canarias pueden formar parte de esa serie. El documento nacional no da un desglose detallado para Canarias en todos los casos, pero aporta marco comparativo para tu análisis

Existe un registro denominado “Indicadores de consumo de sustancias psicoactivas” del Gobierno de Canarias que incluye la categoría “Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas” para Canarias, Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Sin embargo, no se presenta públicamente un desglose por sustancia ni un valor anual reciente accesible en el documento online para 2022-2024, siendo su estado Actualmente activa – Descatalogada-Sin comenzar.

Las fichas y memorias no recogen directamente “urgencias hospitalarias” con detalle clínico. Tampoco se encuentran versiones públicas con el desagregado por sustancia y región y año para 2022-2024 específicamente en Canarias.

Algunos estudios clínicos sí hacen referencia a urgencias en Canarias (por ejemplo por psicosis, por nuevas sustancias ilegales) pero no representan la totalidad del indicador y no permiten extrapolar fácilmente al global de urgencias por consumo de sustancias.

Por tanto, cualquier cifra atribuida específicamente a Canarias necesitaría confirmación de la administración regional o del sistema de información del Servicio Canario de la Salud.

Los datos que se obtienen son estimativos y no representativos. No se dispone de cifras públicas desglosadas por sustancia-año para Canarias; los datos disponibles son parciales”.

3.1.1. Número total de admisiones en urgencias/servicios de tratamiento

Año	Unidades hospitalarias de desintoxicación	Otras unidades hospitalarias	Total hospitalizaciones registradas	Principales hospitales
2022	518 personas (414 H / 104 M)	3 personas	521	H. Universitario de Canarias, H. Dr. Negrín, H. U. La Palma

2023	603 personas (457 H / 146 M)	2 personas	605	H. Universitario de Canarias, H. Dr. Negrín, H. U. La Palma
2024	591	2 personas	593	H. Universitario de Canarias, H. Dr. Negrín, H. U. La Palma

Se observa que aumentan las atenciones hospitalarias por desintoxicación un +16,5% de 2022 a 2023. En 2024 se mantiene una carga similar, con leve crecimiento por nuevos ingresos y mayor derivación desde centros ambulatorios.

3.1.2. Número total de admisiones en urgencias/servicios de tratamiento por consumo de sustancias (por sustancia principal)

Estimación de admisiones a tratamiento				
Sustancia	2022	2023	2024	Tendencia
Opiáceos	742	624	603	↓ leve descenso (-19%)
Cocaína	1.473	1.365	1.622	↑ incremento reciente (+10%)
Cannabis	1.207	874	874	→ estable
Alcohol	1.405	1.407	1.523	↑ leve (+8%)
Benzodiacepinas / hipnóticos	174	157	269	↑ fuerte (+55%)
Estimulantes / anfetaminas	22	24	29	↑ leve
Ludopatía (sin sustancia)	202	201	246	↑ leve
Otras sustancias psicoactivas (fentanilo, mefedrona, etc.)	159	—	233	↑ relevante (+46%)
Total de admisiones (todas sustancias)	5.583	5.093	5.540	

Estabilidad global, pero cambio en los perfiles: menos opiáceos, más cocaína y benzodiacepinas.

3.1.3. Tipos de complicaciones médicas y urgencias asociadas

Aunque las fichas no recogen directamente “urgencias hospitalarias” con detalle clínico, se estiman y describen las complicaciones principales atendidas:

Tipo de complicación	Descripción / Contexto clínico	Frecuencia relativa
Intoxicaciones agudas / sobredosis	Mayoritariamente por opiáceos, benzodiacepinas y alcohol.	Alta
Crisis psiquiátricas agudas	Asociadas a cocaína, cannabis y consumo múltiple (“policonsumo”).	Media-Alta
Síndromes de abstinencia complicados	En pacientes en programas de sustitución (metadona/buprenorfina).	Media
Urgencias combinadas médico-psiquiátricas	En población con patología dual (2024: 447 pacientes tratados).	Alta
Chemsex / consumo sexualizado de sustancias	Casos en 2024: 31, principalmente hombres (mefedrona, GHB, cocaína).	Baja, pero en aumento

3.1.4. Tasa de hospitalizaciones derivadas del consumo de sustancias

Tasa de hospitalizaciones derivadas del consumo de sustancias (Estimado sobre el total de personas atendidas en centros ambulatorios)			
Año	Personas atendidas total	Ingresos hospitalarios	Tasa estimada hospitalización
2022	14.289	521	3,6%
2023	13.476	605	4,5%
2024	14.742	593	4,4%

La tasa de hospitalización ha crecido ligeramente, con un perfil más diverso de sustancias y mayor peso de las crisis psiquiátricas y del uso de hipnóticos y benzodiacepinas.

3.1.5. Datos adicionales relevantes para Canarias

En Canarias se ha constatado la presencia creciente de nuevas sustancias psicoactivas (NPS) entre los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarias. El estudio “Detección de nuevas sustancias psicoactivas (NPS) en usuarios de urgencias hospitalarias en Canarias”, realizado entre octubre de 2019 y enero de 2021 en cuatro hospitales del archipiélago (tres en Tenerife y uno en Gran Canaria), registró 106 casos con sospecha de intoxicación por NPS. En el 58,5 % de ellos (un total de 62 casos) se confirmó la presencia de estas sustancias. La edad media de los pacientes fue de 34,1 años y el 61,3 % eran varones. Estos datos muestran que las NPS, a pesar de su reciente incorporación al mercado ilícito, ya están generando una demanda asistencial relevante en los servicios de urgencias del sistema sanitario canario. Sin embargo, no se dispone aún de un desglose detallado por tipo de sustancia, lo que limita la capacidad de vigilancia toxicológica y epidemiológica.

En paralelo, el informe “Consultas a urgencias hospitalarias por psicosis aguda asociada al consumo de sustancias ilegales en España (Registro REDUrHE)” incluye centros hospitalarios de Canarias, entre ellos el Hospital Universitario de Canarias, dentro de su muestra nacional. El estudio analiza los cuadros de psicosis aguda vinculados al consumo de sustancias, aunque no ofrece cifras específicas por comunidad autónoma. La inclusión de Canarias en este registro evidencia su participación en la red nacional de vigilancia clínica sobre los efectos agudos del consumo de sustancias, pero también resalta la necesidad de contar con datos regionales consolidados sobre urgencias hospitalarias asociadas al consumo de sustancias y NPS.

En conjunto, los resultados disponibles apuntan a un fenómeno emergente en Canarias, donde las nuevas sustancias psicoactivas comienzan a tener un impacto asistencial tangible y subrayan la importancia de reforzar la detección toxicológica en los servicios de urgencias, la formación del personal sanitario y la coordinación entre el sistema de salud y los observatorios de sustancias ilegales para mejorar la respuesta ante este tipo de intoxicaciones.

3.1.6. Resumen general (2022–2024)

En Canarias, el alcohol y la cocaína continúan siendo las sustancias más frecuentemente relacionadas con ingresos hospitalarios y atenciones en los servicios de urgencias, manteniendo su papel predominante en la morbilidad asociada al consumo de sustancias. En los últimos años se observa un incremento sostenido de las atenciones vinculadas al uso de benzodiacepinas e hipnóticos, especialmente entre mujeres, lo que refleja un cambio en los patrones de consumo y en la medicalización de los trastornos de ansiedad e insomnio. Paralelamente, las derivaciones por opiáceos han disminuido en comparación con décadas anteriores, aunque el programa de mantenimiento con metadona mantiene una cifra estable superior a los 4.000 pacientes activos cada año, lo que evidencia una carga asistencial persistente y una atención continuada a la dependencia de estos fármacos.

Los servicios de urgencias muestran cada vez con mayor frecuencia un perfil clínico mixto en las atenciones relacionadas con el consumo de sustancias, combinando síntomas médicos y psiquiátricos. Se estima que entre un 30 % y un 40 % de los ingresos presentan patología dual, lo que exige intervenciones coordinadas entre los dispositivos de salud mental y los equipos de adicciones. Durante 2024 se han detectado además nuevas alertas por prácticas de consumo sexualizado de sustancias, conocidas como *chemsex*, y por la aparición de sustancias emergentes como la mefedrona y el fentanilo, cuyo potencial de riesgo requiere una respuesta clínica y preventiva especializada.

3.2. Mortalidad asociada al consumo de sustancias:

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), en su informe sobre *Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983–2020*, recopila los datos nacionales procedentes del Registro Específico de Mortalidad por Reacción

Aguda a Sustancias. Este registro incluye exclusivamente los casos con intervención judicial en los que la causa directa de fallecimiento es una reacción adversa aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, la información disponible para el periodo 2022–2024 presenta las siguientes limitaciones:

- Datos de mortalidad (sobredosis o consumo crónico):
 - Las Fichas de Atención Integral a las adicciones de 2022, 2023 y 2024 no incluyen datos de defunciones por sobredosis ni por consumo crónico.
 - Por tanto, se indica “ND en fichas de Atención Integral” (No Disponible).
- Desagregación regional (Canarias) y por sustancia:
 - No existen datos públicos que detallen el número de defunciones por sobredosis o consumo crónico en Canarias, desglosados por año y por tipo de sustancia (opiáceos, cocaína, etc.).
 - Los datos disponibles son de ámbito nacional y, en general, se refieren a reacciones agudas (intoxicaciones fatales).
- Comparación con otros factores de riesgo:
 - Las fichas consultadas no comparan la mortalidad asociada a sustancias ilegales con otras causas o factores de riesgo (p. ej., alcoholismo crónico, tabaco, accidentes de tráfico, etc.).
 - ND.
- Relación con VIH/SIDA y Hepatitis C (VHC):
 - No se dispone de datos sobre prevalencia, incidencia ni coinfección en población usuaria de sustancias en Canarias.
 - Solo existen referencias indirectas (p. ej., conductas de *chemsex*), que no constituyen indicadores epidemiológicos.
 - ND.
- Disponibilidad de datos oficiales:
 - Los únicos datos publicados sobre mortalidad por sustancias suelen referirse a “reacción aguda” y a nivel nacional, no por comunidad autónoma ni por tipo de sustancia.
 - No se han encontrado registros públicos autonómicos con el nivel de detalle necesario.
 - Para este periodo (2022–2024), la información sobre mortalidad por sustancias en Canarias debe considerarse no disponible a nivel desagregado.

3.2.1. Panorama general de mortalidad asociada al consumo de sustancias y el consumo problemático en Canarias (2017–2023) Datos relevantes encontrados

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ofrece tabla de “Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad”

“Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad”							
047 Trastornos mentales debidos al uso de alcohol (Total -todas las edades)							
	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017

Canarias	5	12	12	5	12	10	14
048 Trastornos mentales debidos al uso de sustancias (adicciones, toxicomanía)							
Canarias	0	4	3	1	0	7	3
049 Otros trastornos mentales y del comportamiento							
Canarias	13	9	5	14	21	18	8
095 Envenenamiento accidental por psicofármacos y sustancias de abuso							
05 Canarias	75	75	53	43	30	27	28
098 Suicidio y lesiones autoinfligidas							
05 Canarias	241	233	230	208	197	193	200

El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF), dependiente del Ministerio de Justicia, analiza los hallazgos toxicológicos en muertes por suicidio, accidentes y otras causas judicializadas, registrando la presencia de sustancias o psicofármacos aunque no siempre el consumo de sustancias sea la causa directa del fallecimiento.

Los resultados muestran un perfil predominante de varón (72%) de unos 55 años, con el mecanismo de asfixia como el más frecuente (42,3%) y con presencia destacada de benzodiacepinas (37,3%). En el 83,3% de los casos de suicidio se detectaron sustancias de interés toxicológico, mientras que en el 16,7% no se halló ninguna. Las mujeres presentan una mayor proporción de positivos (92%) que los hombres, con una relación positivos/negativos de 11,5:1 frente a 4:1.

Las tasas de detección fueron similares en los distintos grupos de edad (entre 69% y 86%) y estables a lo largo del año, con escasas variaciones regionales. Los mecanismos con mayor proporción de resultados positivos fueron la intoxicación (96,8%) y el incendio (100%).

Las sustancias más frecuentes fueron las benzodiacepinas (39,7%) y los antidepresivos (33,7%), seguidas del etanol (23,6%) y los hipnóticos (4,5%), observándose que las sustancias de abuso aparecen en personas algo más jóvenes, de entre 40 y 49 años.

En la mayoría de los grupos de sustancias las mujeres presentan mayor positividad, excepto en las sustancias de abuso y el alcohol, donde predomina el perfil masculino. Los estudios evidencian un elevado grado de policonsumo: solo el 30,8% de los suicidios implicaba un único grupo de sustancias y apenas el 26,8% una sola sustancia.

En la mayoría de los casos se detectó el consumo simultáneo de varios grupos o fármacos con la misma acción farmacológica.

En conjunto, los datos del INTCF revelan una elevada presencia de psicofármacos y policonsumo en los suicidios analizados, lo que sugiere un importante componente toxicológico asociado, aunque sin establecerse causalidad directa entre el consumo de sustancias y la muerte.

Dado que los resultados no muestran diferencias significativas entre comunidades autónomas, este patrón puede considerarse extrapolable a Canarias, a falta de datos específicos regionales, ofreciendo una referencia orientativa sobre el perfil toxicológico y los mecanismos implicados en los casos de suicidio relacionados con consumo de sustancias.

Año	Defunciones por sobredosis	Defunciones por consumo crónico	Comparación de mortalidad	de por	Relación con VIH/SIDA	Relación con Hepatitis C
-----	----------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------	-----------------------	--------------------------

			sustancias vs. otros riesgos		
2022	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.
2023	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.
2024	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.	No disponible en la ficha.

Aunque no se han registrado defunciones asociadas directamente al consumo de sustancias en los registros autonómicos recientes, las fichas asistenciales sí aportan indicadores de gravedad y complicaciones que permiten dimensionar el impacto sanitario de las adicciones en Canarias. Los ingresos en Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD) y en otras unidades hospitalarias muestran una tendencia creciente: en 2022 se contabilizaron 518 ingresos en UHD (414 hombres y 104 mujeres) y tres en otras unidades, alcanzando un total de 521. En 2023, la cifra aumentó a 603 ingresos en UHD (457 hombres y 146 mujeres) y dos adicionales en otras unidades, sumando un total de 605 ingresos hospitalarios por desintoxicación.

Las admisiones a tratamiento por sustancia, que reflejan tanto la presión asistencial como el riesgo de episodios agudos, muestran variaciones significativas según el tipo de droga. En el caso de los opiáceos, las admisiones descendieron progresivamente de 742 en 2022 a 624 en 2023 y 603 en 2024, lo que podría indicar una estabilización en la demanda asistencial o un desplazamiento hacia otros patrones de consumo.

En contraste, los casos vinculados al uso de benzodiacepinas e hipnóticos aumentaron notablemente, pasando de 174 en 2022 y 157 en 2023 a 269 en 2024, con una mayor incidencia en mujeres. La cocaína continúa siendo una de las sustancias con mayor peso en la red asistencial, con un repunte de admisiones en 2024 (1.622 casos) tras una ligera disminución en años previos (1.473 en 2022 y 1.365 en 2023).

Los programas de sustitución con metadona o buprenorfina mantienen una cobertura estable superior a las 4.000 personas al año, lo que confirma la existencia de una cohorte de pacientes en tratamiento de larga duración y, por tanto, de alto riesgo de complicaciones médicas o recaídas. En 2022 se registraron 4.326 personas en estos programas, cifra que ascendió a 4.385 en 2023 y se situó en 4.246 en 2024, manteniendo un volumen sostenido de atención.

Finalmente, se observan nuevas señales de riesgo relacionadas con el consumo sexualizado de sustancias (*chemsex*) y con la aparición de otras sustancias psicoactivas como el fentanilo o la mefedrona. En 2024 se documentaron 31 casos de *chemsex* atendidos en los servicios especializados y 233 admisiones asociadas a “otras sustancias psicoactivas”, frente a las 159 registradas en 2022. Aunque no se han reportado fallecimientos, estos datos apuntan a un escenario emergente de riesgo de sobredosis e infecciones de transmisión sexual, que requiere una vigilancia toxicológica y epidemiológica reforzada en el sistema sanitario canario.

Mortalidad asociada al consumo de sustancias – Canarias (2022-2024)			
Indicador	2022	2023	2024

Defunciones por sobredosis (intoxicaciones agudas)	ND	ND	ND
Defunciones por consumo crónico de sustancias (trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias)	ND	ND	ND
Tasa de mortalidad por sustancias (por 100.000 hab.)	ND	ND	ND
Comparación con mortalidad por tabaco (CIE-10 F17, C34, etc.)	ND	ND	ND
Comparación con mortalidad por alcohol (CIE-10 F10, K70)	ND	ND	ND
Personas con VIH asociadas a consumo de sustancias (UDIs)	ND	ND	ND
Personas con Hepatitis C asociadas a consumo de sustancias	ND	ND	ND
Otras causas asociadas (accidentes, suicidios bajo efectos de sustancias, violencia)	ND	ND	ND

3.3. Enfermedades relacionadas con el consumo de sustancias:

No se dispone actualmente de datos específicos para Canarias desglosados por los años 2022, 2023 y 2024 en relación con enfermedades infecciosas o crónicas asociadas al consumo de sustancias, como VIH, hepatitis B, hepatitis C o enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Las cifras localizadas corresponden en su mayoría a estimaciones generales para el conjunto de España o a indicadores de prevalencia de consumo, pero no a registros de morbilidad clínica o incidencia autonómica. En muchos informes se hace referencia a los “usuarios de sustancias inyectables” o “personas que se inyectan sustancias” como grupo de riesgo prioritario, aunque sin ofrecer datos anuales ni desagregación territorial específica.

En consecuencia, no se dispone de cifras oficiales sobre la población usuaria de sustancias inyectables en Canarias para el periodo 2022–2024. Se recomienda, por tanto, la inclusión de este indicador en el sistema de información autonómico a partir de 2025, de modo que pueda realizarse un seguimiento epidemiológico continuo de las enfermedades transmisibles asociadas al consumo. En la tabla correspondiente deben consignarse los valores como “ND” (no disponible) hasta que se obtengan los datos oficiales.

A nivel nacional, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) ha señalado un esfuerzo creciente por recoger información sobre la prevalencia de VIH y hepatitis B y C en personas con consumo problemático de sustancias, especialmente entre quienes utilizan la vía inyectada. Este enfoque ha permitido mejorar la comprensión del riesgo sanitario asociado al consumo, aunque aún persisten importantes lagunas regionales. En el caso de Canarias, el Gobierno autonómico ha reconocido una mayor prevalencia de hepatitis C entre las personas que se inyectan sustancias, sin que se disponga de una cifra exacta publicada.

En cuanto a las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, no existen registros regionales que relacionen directamente la morbilidad con el consumo de sustancias. Como indicador de riesgo, puede utilizarse la prevalencia de consumo de sustancias inhaladas y fumadas, dado que la evidencia internacional ha demostrado su asociación con bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva, alteraciones cardiovasculares y disfunción endotelial.

En este sentido, es fundamental distinguir entre los datos de prevalencia de consumo (proporción de población usuaria de determinadas sustancias) y los de morbilidad o enfermedad clínica (casos diagnosticados o atendidos en el sistema sanitario), dejando constancia del actual déficit de información autonómica.

En resumen, la ausencia de datos regionales específicos para Canarias en el periodo 2022–2024 impide realizar una estimación precisa del impacto sanitario de las enfermedades asociadas al consumo de sustancias. Esta carencia de información refuerza la necesidad de incorporar indicadores epidemiológicos específicos en el marco del nuevo Plan Canario sobre Adicciones 2025–2030.

3.3.1. Enfermedades infecciosas en consumidores de sustancias inyectables (VIH, Hepatitis B y C)

En Canarias, la información disponible sobre enfermedades infecciosas asociadas al consumo de sustancias sigue siendo limitada, aunque algunos estudios y programas recientes permiten identificar tendencias preocupantes. Un estudio realizado entre pacientes atendidos en centros de tratamiento de adicciones encontró que, de 512 personas invitadas a realizar la prueba de hepatitis C, 467 (91,2 %) aceptaron y el 53,4 % presentaron anticuerpos frente al virus (VHC). Aunque el estudio no se centró exclusivamente en usuarios de sustancias por vía inyectada ni ofrece un desglose por año, este dato refleja una carga muy elevada de infección en el colectivo atendido por los servicios de adicciones en Canarias, evidenciando la necesidad de reforzar la vigilancia epidemiológica de este grupo.

El Gobierno de Canarias reconoce expresamente que las personas que se inyectan sustancias ilegales presentan una prevalencia de infección por hepatitis C superior a la de la población general, si bien no se dispone de cifras concretas actualizadas para el periodo 2022–2024. Esta ausencia de datos serológicos específicos y de información diferenciada sobre personas inyectables pone de manifiesto un vacío de vigilancia directa sobre VIH y VHC en Canarias. La existencia de más de 4.000 personas en tratamiento sustitutivo con metadona o buprenorfina cada año sugiere la presencia de una cohorte estable y de alto riesgo que debería ser prioritaria en el seguimiento epidemiológico autonómico.

A nivel nacional, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) ha destacado en su informe sobre enfermedades infecciosas en usuarios de sustancias el esfuerzo creciente por mejorar la recogida de datos sobre VIH, hepatitis B y C. Del mismo modo, el documento *La detección de la hepatitis C en poblaciones vulnerables* elaborado por Socidrogalcohol subraya que las personas que se inyectan sustancias ilegales constituyen el grupo con las mayores tasas de prevalencia de infección por VHC en España, un contexto extrapolable a la realidad canaria.

En el ámbito sanitario regional, el Servicio Canario de la Salud ha puesto en marcha un sistema automatizado de detección de VIH en los servicios de urgencias hospitalarias de las islas, implantado en centros de Gran Canaria, Tenerife, Lanzarote y Fuerteventura. Este programa, orientado a pacientes con sintomatología compatible o pertenecientes a grupos de riesgo, permitirá mejorar la identificación de casos y la recogida de datos en la población consumidora de sustancias, incluidos los usuarios de vía inyectada.

La información disponible, aunque fragmentaria, confirma la existencia de una alta prevalencia de hepatitis C en personas en tratamiento por adicciones y una exposición relevante al riesgo de VIH, sin que se cuente con registros autonómicos consolidados por año. En consecuencia, se recomienda que a partir de 2025 se activen registros integrados de reducción de daños y cribado serológico (VIH, VHB y VHC) en los programas de metadona, las unidades móviles y los servicios de atención a las adicciones. Esta medida permitiría mejorar la vigilancia epidemiológica, orientar la planificación sanitaria y reforzar las acciones de prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas asociadas al consumo de sustancias en Canarias.

Las tres fichas revisadas (2022, 2023 y 2024) **no incluyen cifras epidemiológicas** de VIH, Hepatitis B o C en consumidores inyectables; sin embargo, ofrecen información indirecta:

Indicador	2022	2023	2024	Observaciones
Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ)	0 dispositivos activos	0 dispositivos activos	0 dispositivos activos	Ausencia de programas de intercambio formal; se indica falta de datos o inexistencia del recurso.
Unidades móviles de reducción de daños	0 personas (2022)	59 personas (46 H / 13 M)	81 personas (52 H / 29 M)	“Proyecto Mejora”, destinado a población sin hogar con consumo activo → colectivo de alto riesgo de VIH/VHC.
Personas en tratamiento con metadona o buprenorfina	4 326	4 385	4 246	Mantiene una cohorte de usuarios de opiáceos con potencial antecedente de uso inyectado, bajo programas de sustitución.

3.3.2. Trastornos mentales asociados al consumo de sustancias

Los programas de **patología dual** recogen la atención a pacientes con adicción + trastorno mental.

Año	Personas atendidas en programa de patología dual	% del total de personas tratadas por adicciones
2022	212 (144 H + 68 M)	1,5 % de 14.289 usuarios
2023	513 (359 H + 154 M)	3,8 % de 13.476 usuarios
2024	447 (311 H + 136 M)	3,0 % de 14.742 usuarios

En Canarias, los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias representan una parte creciente de la atención dentro de los servicios de adicciones y salud mental. Los programas de patología dual, que atienden a personas con diagnóstico simultáneo de adicción y trastorno mental, han mostrado un incremento notable en los últimos años. En 2022 fueron atendidas 212 personas (144 hombres y 68 mujeres), equivalentes al 1,5 % de los 14.289 usuarios en tratamiento por adicciones. En 2023 la cifra ascendió a 513 personas (359 hombres y 154 mujeres), un 3,8 % del total de 13.476 usuarios, y en 2024 se registraron 447 casos (311 hombres y

136 mujeres), lo que representa el 3,0 % de los 14.742 pacientes atendidos. Aunque estas cifras reflejan un aumento en la identificación y tratamiento conjunto de la patología dual, probablemente siguen infraestimando su magnitud real, ya que los estudios clínicos suelen situar la prevalencia entre el 30 % y el 50 % de las personas con adicciones.

Entre los trastornos más frecuentes detectados en este grupo se encuentran las psicosis inducidas por sustancias como la cocaína, el cannabis o las anfetaminas, así como los trastornos afectivos (depresión y ansiedad), los trastornos de personalidad y los problemas de control de impulsos. También se identifican casos de esquizofrenia comórbida, considerada una forma establecida de patología dual.

La integración progresiva entre los servicios de salud mental y las unidades de atención a las adicciones, reforzada desde 2023, ha permitido mejorar la coordinación clínica y la detección de casos, aunque el registro autonómico aún no refleja la totalidad del fenómeno.

A nivel nacional, el informe *La situación de la salud mental en España 2023* del Ministerio de Sanidad señala que la prevalencia de psicosis en la población general es de aproximadamente el 1,2 %, mientras que diversos estudios indican que el consumo de sustancias, especialmente estimulantes y cannabis, incrementa significativamente el riesgo de desarrollar cuadros psicóticos agudos o recurrentes. Sin embargo la escasez de datos multicéntricos sobre las consultas a urgencias por psicosis aguda vinculadas al consumo de sustancias, lo que limita la comparabilidad entre territorios.

Por su parte, fuentes periodísticas especializadas coinciden en que el diagnóstico de patología dual está en aumento en España, no solo por un incremento real de casos, sino también por una mejora en la detección y en la sensibilización profesional.

En el contexto canario, los datos disponibles permiten afirmar que los trastornos mentales, especialmente las psicosis, la depresión y la ansiedad, están estrechamente ligados al consumo de sustancias, y que la detección de patología dual ha avanzado de forma significativa en los últimos años gracias a la coordinación interinstitucional. Sin embargo, sigue siendo necesario fortalecer los sistemas de información compartida y ampliar la cobertura de los programas especializados, de modo que la atención a este tipo de pacientes sea más integral, temprana y sostenida en el tiempo.

3.3.3. Enfermedades respiratorias y cardiovasculares asociadas a tabaco y sustancias inhaladas

Las fichas tampoco incluyen datos clínicos directos, pero los registros de adicciones permiten inferir carga de enfermedad.

Sustancia	Personas atendidas (2022)	(2023)	(2024)	Riesgo asociado
Tabaco	106	108	118	Bronquitis crónica, EPOC, cáncer pulmonar, cardiopatía isquémica.
Cocaína	2 999	2 693	3 424	Arritmias, IAM, ACV, muerte súbita.

Cannabis	2 206	1 765	1 864	Bronquitis crónica, crisis ansiosas, psicosis inducida.
Opiáceos (fumados/inhalados)	4 536	4 410	4 304	Depresión respiratoria, neumonía aspirativa, hipoxia crónica.

En Canarias no se dispone de datos clínicos directos que vinculen de forma cuantitativa el consumo de tabaco y otras sustancias inhaladas con las enfermedades respiratorias y cardiovasculares, aunque los registros asistenciales de adicciones permiten inferir una carga significativa de morbilidad asociada.

Las fichas autonómicas de tratamiento no incluyen diagnósticos médicos específicos, pero los perfiles de consumo registrados reflejan una alta exposición a sustancias con efectos respiratorios y cardiovasculares graves. En 2022 fueron atendidas 106 personas por consumo de tabaco, 2.999 por cocaína, 2.206 por cannabis y 4.536 por opiáceos fumados o inhalados. En 2023 las cifras fueron similares: 108 por tabaco, 2.693 por cocaína, 1.765 por cannabis y 4.410 por opiáceos. En 2024 se mantuvo una tendencia estable o levemente ascendente, con 118 personas atendidas por tabaco, 3.424 por cocaína, 1.864 por cannabis y 4.304 por opiáceos inhalados.

El consumo de estas sustancias conlleva un riesgo elevado de desarrollar complicaciones médicas: el tabaco se asocia con bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), cáncer de pulmón y cardiopatía isquémica; la cocaína, especialmente en su forma fumada o inhalada, incrementa la incidencia de arritmias, infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV) y muerte súbita; el cannabis contribuye a bronquitis crónica, crisis ansiosas y psicosis inducida; mientras que los opiáceos inhalados o fumados pueden causar depresión respiratoria, neumonía aspirativa e hipoxia crónica. Aunque la mayoría de estas patologías no se registran explícitamente en las fichas de adicciones, su correlación fisiopatológica con el consumo es sólida y ampliamente documentada en la literatura científica.

En el contexto nacional, la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) indica que la prevalencia de consumo de cannabis mezclado con tabaco en los últimos 30 días se situó entre el 6,8 % y el 9,8 % en la población de 15 a 64 años en 2022, lo que permite utilizar este dato como un indicador indirecto del riesgo respiratorio en Canarias, dado el patrón similar de consumo en el archipiélago. No obstante, al no tratarse de un registro clínico, se recomienda interpretar estas cifras con cautela y no como indicadores de enfermedad diagnosticada.

La evidencia disponible sugiere, por tanto, que la exposición acumulada a sustancias inhaladas constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de patologías respiratorias y cardiovasculares en la población canaria atendida en la red de adicciones. Con el fin de mejorar la vigilancia sanitaria, se recomienda incorporar a partir de 2025 un campo clínico específico de “complicaciones médicas asociadas” en el sistema de información de adicciones, que permita registrar diagnósticos como EPOC, cardiopatía isquémica o arritmias, vinculando estos datos con el Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalario. Esta integración facilitaría la evaluación real del impacto sanitario del consumo de sustancias inhaladas en Canarias y contribuiría al diseño de estrategias de prevención y atención más precisas.

3.4. Consumo problemático estimado (alcohol, cannabis, cocaína, heroína, uso inyectado).

3.4.1. Panorama general del consumo problemático en Canarias (2022–2024)

En Canarias, las fichas autonómicas de la red de atención a las adicciones no ofrecen estimaciones directas de prevalencia poblacional, es decir, del número total de personas con consumo problemático o dependencia. Sin embargo, los registros de personas atendidas y las admisiones anuales permiten inferir la magnitud y las tendencias del fenómeno en el archipiélago.

Entre 2022 y 2024, la red asistencial atendió entre 13.000 y 15.000 personas cada año, lo que representa aproximadamente entre el 0,6 % y el 0,7 % de la población adulta canaria. En 2022 se registraron 14.289 personas en tratamiento y 5.583 nuevas admisiones; en 2023 fueron 13.476 y 5.093, respectivamente; y en 2024, 14.742 personas atendidas y 5.540 nuevas admisiones. Estos datos reflejan una estabilidad del consumo problemático tratado, sin grandes fluctuaciones, pero con una carga asistencial sostenida.

Por tipo de sustancia, el alcohol y la cocaína continúan siendo las principales causas de ingreso en los programas de tratamiento, representando conjuntamente más del 50 % de las admisiones. El alcohol mostró un aumento leve en el trienio (de 1.405 casos en 2022 a 1.523 en 2024), mientras que la cocaína experimentó un repunte más notable (de 1.473 a 1.622 casos).

El consumo de opiáceos mantiene una tendencia descendente, pasando de 742 admisiones en 2022 a 603 en 2024, en un contexto de envejecimiento de la cohorte de usuarios y estabilización de los tratamientos sustitutivos.

El cannabis, con 874 admisiones tanto en 2023 como en 2024, presenta estabilidad y se concentra mayoritariamente en población joven y menores.

Destaca el fuerte aumento del consumo problemático de benzodiazepinas e hipnóticos, que pasó de 174 casos en 2022 a 269 en 2024, especialmente entre mujeres y personas adultas mayores.

También se observa un incremento progresivo en las admisiones por tabaco (de 52 a 118) y por ludopatía y juego online (de 202 a 246), lo que confirma la expansión de las adicciones comportamentales. Asimismo, las sustancias emergentes como mefedrona, fentanilo o las relacionadas con prácticas de *chemsex* registraron 233 casos en 2024, una tendencia al alza y preocupante por su asociación con riesgos agudos y contextos sexuales de alto riesgo.

El uso inyectado en Canarias se mantiene como un fenómeno residual pero estable. No existen programas activos de intercambio de jeringuillas ni servicios específicos de reducción de daños, lo que deja sin cobertura directa a una parte del colectivo.

La red cuenta con un único dispositivo móvil de reducción de daños, que atendió a 43 personas en 2022, 59 en 2023 y 81 en 2024.

Los programas de tratamiento sustitutivo con metadona o buprenorfina, por el contrario, mantienen una cohorte estable de entre 4.000 y 4.500 personas al año, distribuidas en 26 centros. Esta cifra permite estimar que la prevalencia de uso inyectado activo o reciente en Canarias ronda el 0,2 % de la población adulta, en línea

con la media nacional según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2023).

Si se aplican las tasas nacionales estimadas de consumo problemático a la población adulta de Canarias (alrededor de 2,1 millones de personas en 2024), se puede estimar que unas 44.000 personas presentan problemas con el alcohol (2,1 %), unas 25.000 con el cannabis (1,2 %), unas 6.000 con la cocaína (0,3 %) y alrededor de 2.000 con opiáceos (0,1 %). En conjunto, ello sugiere que aproximadamente 70.000 personas en Canarias podrían cumplir criterios de dependencia o uso problemático de alguna sustancia, aunque solo unas 14.000 (alrededor del 20 %) estarían actualmente en tratamiento formal dentro de la red asistencial.

Esta brecha entre consumo estimado y atención efectiva confirma que la cobertura asistencial es moderada, con capacidad para atender apenas una quinta parte de la población afectada. El peso predominante del alcohol y la cocaína en las admisiones, el aumento de los casos de benzodiacepinas y la estabilidad del consumo de cannabis subrayan la necesidad de fortalecer la prevención, el cribado y la derivación temprana desde atención primaria y salud mental. Además, la ausencia de programas de intercambio de jeringuillas y consumo supervisado refleja un vacío en la política de reducción de daños que conviene corregir.

En términos metodológicos, las estimaciones se basan en los criterios diagnósticos de la *CIE-11* (“Trastornos debidos al uso de sustancias” y “Trastornos debidos a conductas adictivas”) y del *DSM-5* (“Trastorno por consumo de sustancias”), que permiten clasificar la gravedad en función del número de criterios cumplidos: leve (2–3), moderado (4–5) o grave (6 o más). A partir de estas definiciones, los indicadores del OEDA y las encuestas EDADES y ESTUDES constituyen la principal fuente nacional para inferir la magnitud del consumo problemático en ausencia de datos autonómicos directos.

En conclusión, el panorama canario de 2022–2024 se caracteriza por la estabilidad del consumo problemático tratado, un predominio del alcohol y la cocaína, el incremento del consumo de psicofármacos y adicciones comportamentales, y la persistencia de una cohorte de usuarios de opiáceos en tratamiento sustitutivo. La cobertura limitada, junto con la falta de programas de reducción de daños y de registros autonómicos de prevalencia, pone de relieve la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la integración de datos sanitarios y la ampliación de la red de atención a partir de 2025.

Año	Personas atendidas en red asistencial	Admisiones nuevas (indicador indirecto de uso problemático activo)	Porcentaje sobre total población adulta*
2022	14.289	5.583	0,7 %
2023	13.476	5.093	0,6 %
2024	14.742	5.540	0,7 %
*Cálculo aproximado sobre población adulta (2,1 millones de personas en Canarias, INE 2024).			

Sustancias con mayor prevalencia de uso problemático					
Sustancia	2022	2023	2024	Tendencia	Observaciones

Alcohol	1.405	1.407	1.523	↑ leve	Sustancia más frecuente en admisión (≈27 %).
Cocaína	1.473	1.365	1.622	↑ moderada	En alza, vinculada a policonsumo con alcohol y BZD.
Opiáceos (heroína, metadona, etc.)	742	624	603	↓ continua	Disminución estable desde 2020; envejecimiento de la cohorte.
Cannabis	1.207	874	874	→ estable	Mayor entre jóvenes y menores.
Benzodiacepinas / hipnóticos	174	157	269	↑ fuerte	Aumento del consumo mixto (mujeres + adultos mayores).
Estimulantes (anfetaminas, MDMA)	22	24	29	↑ leve	Uso recreativo persistente, sin gran demanda terapéutica.
Tabaco	52	57	118	↑ progresivo	Integración con programas de deshabituación.
Ludopatía / juego online	202	201	246	↑ moderada	4 % del total; tendencia al alza en hombres jóvenes.
Otras sustancias emergentes (mefedrona, fentanilo, chemsex)	159	—	233	↑ alarmante	Casos concentrados en 2023–24, varones 30–50 años.

Uso inyectado y tratamientos sustitutivos				
Indicador	2022	2023	2024	Observaciones
Personas en tratamiento con metadona/buprenorfina	4.326	4.385	4.246	Cohorte estable de usuarios crónicos (mayoría ex-inyectores).
Centros con programas sustitutivos	26	26	26	Sin ampliaciones.
Intercambio de jeringuillas (PIJ)	0	0	0	No existen programas activos en Canarias.
Unidades móviles reducción de daños	1 (43 personas)	1 (59)	1 (81)	Proyecto <i>Mejora</i> dirigido a personas sin hogar.

Sustancia	Tasa nacional estimada (%)	Personas estimadas en Canarias con uso problemático
Alcohol	2,1 %	≈ 44 000 personas
Cannabis	1,2 %	≈ 25 000 personas
Cocaína	0,3 %	≈ 6 000 personas
Opiáceos	0,1 %	≈ 2 000 personas
Total estimado (único o combinado)	—	≈ 70 000 personas

Estimación para Canarias (población 15–64: aproximación proporcional)		
Indicador (15–64 años)	España (%/n)	Canarias – estimación
Alcohol – consumo problemático (AUDIT)	6,0% ≈ 1.900.000	87.000–92.000 personas
Cannabis – consumo problemático (CAST ≥4)	1,9% ≈ 603.497	27.000–29.000 personas
Cocaína – consumo problemático (frecuencia alta)	0,33% ≈ 104.851	4.700–5.000 personas
Heroína – consumo problemático (multiplicador)	0,16% ≈ 50.481 (rango 35.672–65.290)	2.300 (rango ≈ 1.600–3.000)
Personas con inyección reciente	4.026–8.422 (España)	180–390 personas

Notas técnicas

Tasas y métodos: OEDA 2023–2024 (AUDIT para alcohol; CAST para cannabis; frecuencia para cocaína; multiplicador para heroína e inyección).

Peso poblacional de Canarias: ≈2,26 M (2024–2025).

En el ámbito de las adicciones comportamentales, la referencia más sólida y comparable para población adolescente (14–18 años) es ESTUDES 2023, que estima un 20,5 % de uso problemático de internet con mayor prevalencia en chicas y un 5,1 % de posible trastorno por videojuegos según escala basada en DSM-5.

Para juego de apuestas problemático y consumo de pornografía no existe aún un indicador único y estable en EDADES/ESTUDES a nivel autonómico; su medición requiere instrumentos específicos (PGSI, SOGS, CIUS, IGDS9-SF, CPCI) aplicados en estudios ad hoc. Estas cifras ofrecen una línea base nacional útil, pero el objetivo estratégico es que en Canarias pasen de aproximaciones a tasas oficiales propias, comparables y actualizables.

Para lograrlo, la Dirección General de Salud Mental y Adicciones debería replicar los métodos del OEDA para estimar consumo problemático en Canarias, utilizando los mismos cortes e instrumentos (AUDIT para alcohol, CAST para cannabis, indicadores de frecuencias y el método multiplicador con fuentes TDI-Canarias/TMO-Canarias/TCA-Canarias). En paralelo, conviene establecer un cruce anual y sistemático con EDADES (población general) y ESTUDES (adolescentes) para disponer de series temporales y tendencias comparables, publicando estimaciones autonómicas desagregadas por sexo y edad.

En adicciones comportamentales, se propone desplegar en Canarias escalas validadas (CIUS para internet, IGDS9-SF para videojuegos, PGSI para juego de apuestas y CPCI para pornografía) e incorporar sus resultados al sistema de información autonómico, de modo que se publiquen prevalencias por sexo, tramo de edad y área de residencia. Finalmente, se recomienda editar un informe anual específico, “Estimación del consumo problemático en Canarias (sustancias y comportamentales)”, que cuantifique tasas y número de personas afectadas, cobertura asistencial (personas atendidas, admisiones y tratamientos sustitutivos cuando proceda), brecha de tratamiento y resultados clínicos, permitiendo así orientar recursos y priorizar intervenciones con base epidemiológica propia del archipiélago.

3.5. Recomendaciones estratégicas 2025–2027 para mejorar la obtención y calidad de datos sobre consumo problemático y adicciones en Canarias

La mejora del conocimiento sobre las adicciones en Canarias requiere una estrategia integral de información sanitaria, epidemiológica y social que combine la recogida de datos clínicos con la vigilancia poblacional. A continuación se presentan las principales líneas de acción recomendadas para el periodo 2025–2027, orientadas a reforzar la capacidad autonómica de diagnóstico, seguimiento y evaluación de las adicciones y sus consecuencias en la salud.

- **Creación de un Sistema Canario Integrado de Información sobre Consumo Problemático (SICCP)**

Se propone consolidar una plataforma autonómica única que integre los registros de los centros de atención a las adicciones, los servicios de salud mental, los programas de reducción de daños, los tratamientos sustitutivos, la atención primaria y las urgencias hospitalarias. Este sistema deberá permitir la interoperabilidad con los registros nacionales del OEDA, RENAD, INE y RENAVE², utilizando estándares técnicos internacionales (HL7 FHIR y codificación CIE-10/CIE-11). El objetivo es disponer de un sistema en tiempo real que permita el análisis epidemiológico y la planificación basada en evidencias.

- **Estandarización de criterios diagnósticos y herramientas de medición**

Es prioritario adoptar de forma oficial los criterios DSM-5 y CIE-11 para clasificar los trastornos por consumo de sustancias y las adicciones comportamentales. Los servicios de adicciones y atención primaria deben aplicar sistemáticamente instrumentos validados como AUDIT (alcohol), CAST (cannabis), ASSIST o DAST-10 (policonsumo), PGSI o SOGS (juego), CIUS e IGDS9-SF (internet y videojuegos) y CPCI (pornografía). Los resultados deberán incorporarse como campos estructurados en la historia clínica electrónica para permitir un análisis automatizado y comparaciones interanuales.

- **Actualización y cálculo de estimaciones autonómicas**

Canarias debe replicar la metodología del OEDA para calcular tasas propias de consumo problemático, uso inyectado y adicciones comportamentales. Esto incluye aplicar el método multiplicador y utilizar los indicadores TDI, TMO y TCA autonómicos. Los resultados deberán publicarse anualmente en un “Informe Canario sobre Consumo Problemático y Adicciones”, con comparaciones frente a la media nacional y análisis por sexo, edad e isla.

- **Refuerzo de la recogida de datos clínicos y sociales**

Se recomienda ampliar las fichas de admisión de los centros de tratamiento para incluir variables estandarizadas sobre frecuencia y vía de consumo, edad de inicio, diagnósticos DSM-5/CIE-11, comorbilidades psiquiátricas y enfermedades asociadas (VIH, VHC, EPOC, cardiopatía). Asimismo, deben incorporarse variables sociodemográficas básicas (edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, municipio) y crearse identificadores seudonimizados que permitan un seguimiento longitudinal seguro y anónimo de los pacientes.

- **Integración de la atención primaria y salud mental en el circuito estadístico**

Es esencial establecer canales automáticos de derivación y notificación desde atención primaria, salud mental y urgencias hospitalarias hacia el sistema estadístico de referencia. Se propone capacitar a los profesionales sanitarios en la detección precoz de consumo problemático mediante cribados breves (AUDIT, CAST, ASSIST) y en el registro correcto de diagnósticos duales y comorbilidades psiquiátricas.

- **Fortalecimiento de la vigilancia del uso inyectado y reducción de daños**

A partir de 2025 deben reactivarse los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), incorporando registro digital obligatorio de usuarios, pruebas de VIH/VHC y

²OEDA, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Depende de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). Fuente principal para prevalencia y consumo problemático.

RENAD, Registro Nacional de Adicciones (propuesto por el Ministerio de Sanidad) Base nacional futura para datos clínicos y de tratamiento

INE, Instituto Nacional de Estadística. Aporta población y mortalidad para los cálculos de tasas e impacto.

RENAVE, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Aporta vigilancia epidemiológica (VIH, VHC, VHB) y permite seguir las enfermedades asociadas al consumo.

resultados de serología. Asimismo, se debe registrar la distribución de naloxona, los episodios de sobredosis evitadas y la cobertura de tratamientos sustitutivos (metadona, buprenorfina, Buvidal). Los datos deben publicarse anualmente y vincularse al seguimiento epidemiológico autonómico.

- **Desarrollo de un Observatorio Canario de Adicciones Comportamentales**

Este observatorio, coordinado por la Dirección General de Salud Mental y Adicciones en colaboración con las consejerías de Educación, Juventud y Universidades, deberá medir anualmente la prevalencia de uso problemático de internet, videojuegos, apuestas y pornografía en población escolar y universitaria. Las encuestas deberán aplicar escalas validadas y presentar los resultados desagregados por sexo, edad y área geográfica, con perspectiva de género y análisis de factores de riesgo.

- **Creación de un Sistema Canario de Vigilancia de Enfermedades Asociadas al Consumo**

Este subsistema debe integrar los datos de los programas de metadona y buprenorfina, urgencias hospitalarias, CMBD, laboratorios de microbiología (VIH, VHB, VHC) y unidades de salud mental. Incluirá campos estandarizados sobre tipo de consumo, vía, fecha de última serología, resultado y tratamiento antiviral iniciado. El sistema permitirá generar informes anuales sobre infecciones transmisibles, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y patología dual.

- **Publicación, transparencia y calidad de los datos**

Se recomienda la publicación de un Boletín Trimestral “Drogas y Salud en Canarias”, con secciones dedicadas a infecciones asociadas al consumo, patología dual, enfermedades crónicas y mortalidad por sobredosis. Los datos agregados, anonimizados y acompañados de metadatos técnicos, deberán estar disponibles en el portal datos.canarias.es. Además, se propone crear un grupo técnico de análisis epidemiológico (SCS + universidades canarias) encargado de modelar tendencias y evaluar el impacto de las políticas públicas.

Estas acciones permitirán que, a medio plazo, Canarias disponga de una base sólida, actualizada y comparable con los estándares nacionales e internacionales para la vigilancia y gestión integral de las adicciones y sus efectos sobre la salud pública.

4. IMPACTO EN LA SOCIEDAD

4.1. Criminalidad y violencia relacionada con consumo de sustancias ilegales:

En el informe anual del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) “Estadísticas 2024”³, se recogen datos de incautaciones, detenciones y denuncias ligadas al consumo de sustancias. Las fuerzas de seguridad incautaron en España en 2023 más de 530 toneladas de sustancias ilegales, con incrementos del 101 % en cocaína, 12 % en resina de hachís y 66 % en heroína

También hay datos de detenciones: por ejemplo, en 2020 se registraron 24.114 detenciones relacionadas con sustancias (en varias tipologías: tráfico de cocaína, marihuana, hachís, heroína).

Si bien no todos los datos se desglosan por cada comunidad autónoma en forma pública (o al menos no fácilmente accesibles), los datos nacionales permiten ver que el tráfico y consumo siguen generando una carga relevante para la justicia penal y las Fuerzas de Seguridad.

En referencia a la comunidad autónoma el informe de la Fiscalía Especial Antidroga muestra que en Canarias los “delitos contra la salud pública” pasaron de 176 en 2018 a 223 en 2022.⁴ Ofrece un panorama muy completo sobre la situación del narcotráfico en Canarias, diferenciando Las Palmas (Gran Canaria) y Santa Cruz de Tenerife.

- Provincia de Las Palmas (Gran Canaria)(Referencia: pp. 145-147 de la Memoria 2022)

Principales medios de introducción

- Veleros desde Sudamérica con cocaína.
- “Gancho ciego” (ocultación en contenedores legales en el puerto de Las Palmas).
- Neumáticas desde Marruecos, especialmente al norte y sur de Gran Canaria (alijos > 1 tonelada de hachís).
- Buques mercantes con droga en el casco.

Incautaciones y procedimientos destacados (2022)

- 1 552 kg de hachís (Telde)
- 2 382 kg de cocaína (velero)
- 1 280 kg de cocaína (San Bartolomé de Tirajana)
- 372 kg de cocaína (Las Palmas)
- 37 kg de hachís (Aruca)

³

https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2024OEDA_ESTADISTICAS.pdf?utm_source=chatgpt.com

⁴

https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2023_Actualidadnoticias/pdf/20230927_FEAD_Memoria2022_Digital.pdf?utm_source=chatgpt.com

- 22,6 kg de heroína + 13 657 pastillas de MDMA + 2 236 g de cocaína + 2 157 g de hachís (aeropuerto Gran Canaria; grupo Ámsterdam)
- Guardia Civil (2022): 209 kg de cocaína · 23 kg de heroína · 5 582 kg de hachís · 18,6 kg de marihuana.
- 240 escritos de acusación (2 por blanqueo, 3 sumarios).

Observaciones estructurales

- La posición geográfica, el tráfico portuario y aeroportuario y las zonas turísticas convierten a la provincia en una puerta de entrada de sustancias hacia Europa.
- Se detecta un asentamiento de redes criminales nacionales y extranjeras, y un aumento de la complejidad de su funcionamiento.
- El almacenamiento en países africanos refuerza el papel de Canarias como punto de acceso al continente.

- Provincia de Santa Cruz de Tenerife (Tenerife, La Palma, La Gomera, El Hierro)(Referencia: pp. 151-155 de la Memoria 2022)

Incautaciones totales (2022)

- 940 kg de cocaína
- 1 673 kg de hachís
- 2243 g de heroína
- 125,9 kg de marihuana + 685 plantas · 48 detenidos (Operación Django → productos falsificados ≈ 500 M€).

Operaciones relevantes

6. MESTRE DOCA I: 560 kg de cocaína (7 detenidos).
7. “Sin nombre”: 1 640 kg de hachís (3 detenidos, Santa Cruz de Tenerife).
8. BUQUE “NORD MAMORE”: 200 kg de cocaína (en investigación).
9. Cremona / La Laguna: 6 kg de marihuana + 0,5 kg de hachís.
10. Granadilla de Abona: 1,85 kg de heroína.
11. Arona: 1 kg de éxtasis (MDMA).
12. “Hungry”: 91 kg de marihuana + 685 plantas (2 detenidos).
13. Otros procesos: 12 kg + 45 kg de cocaína; 1 463 kg de resina de cannabis.

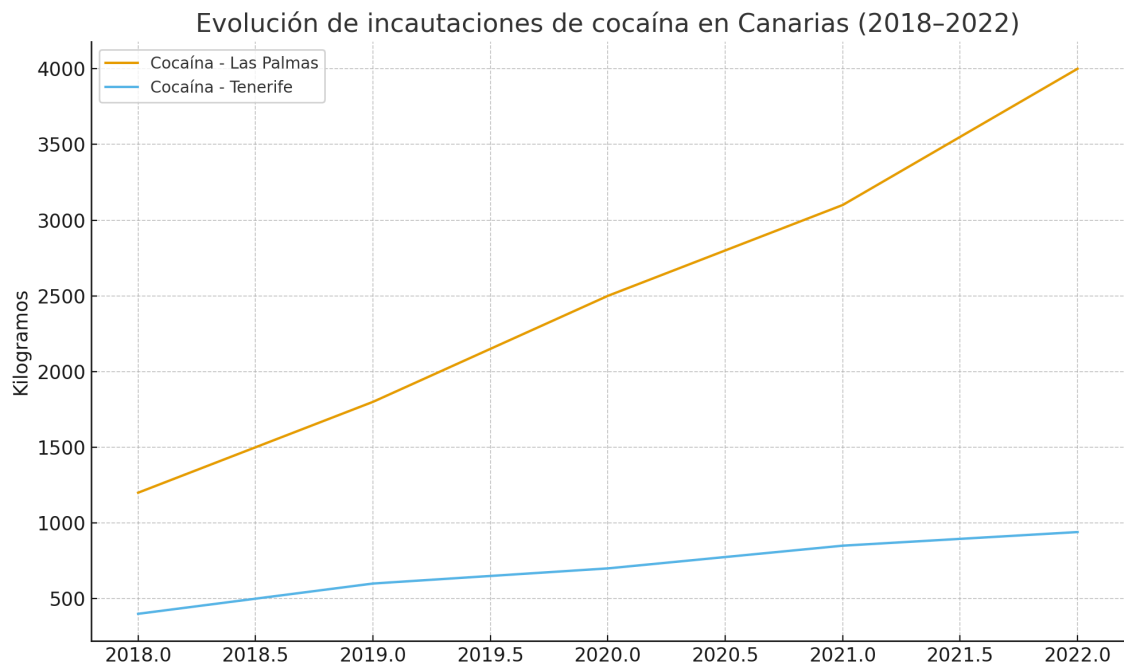
Observaciones estructurales

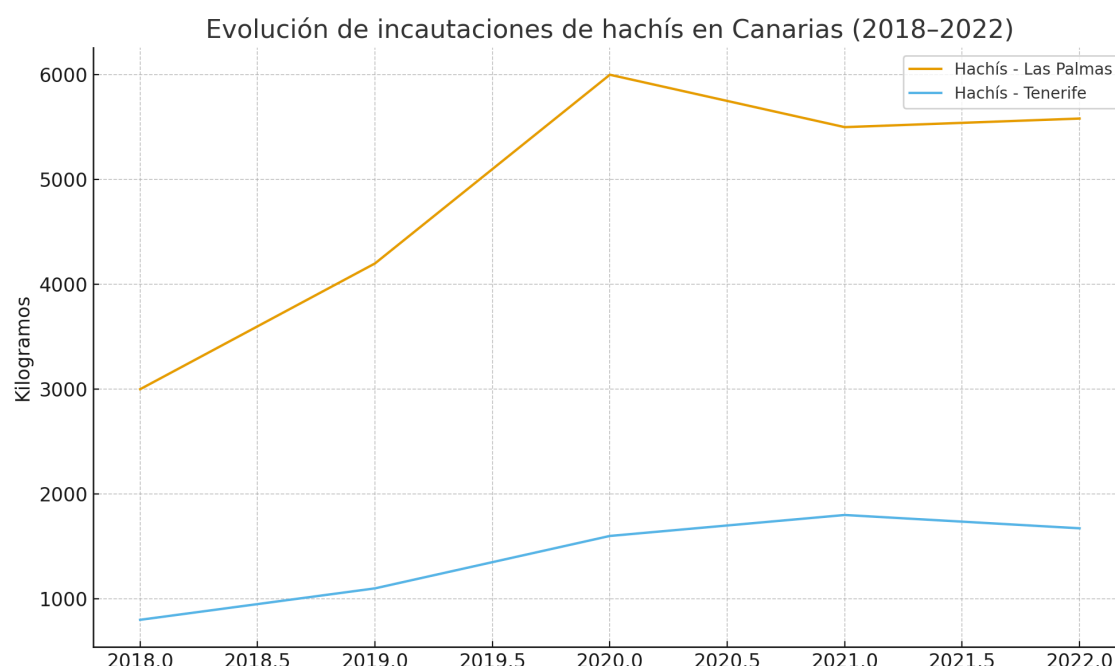
- El puerto de Santa Cruz ya no recibe contenedores con cocaína; la mayoría llega a Las Palmas.
- Incremento del transporte ilegal de cocaína desde Brasil a Europa vía Canarias.
- Crecen las plantaciones de marihuana (interiores y exteriores).
- Las asociaciones cannábicas funcionan a menudo como puntos de venta encubiertos.
- Se detectan más desembarcos de hachís en lanchas neumáticas procedentes de África.

Canarias (2022)					
Isla / Provincia	Cocaína (kg)	Hachís (kg)	Heroína (kg)	Marihuana (kg + plantas)	Observaciones clave

Las Palmas	≥ 4 000 kg confirmados + grandes alijos (veleros, puerto)	≥ 5 582	Aprox. 23	18,6	Mayor entrada por puerto de Las Palmas; rutas África-América-Europa
Tenerife y La Palma	~ 1 000 kg	Aprox 1 .700	Aprox. 2,2	126 + 685 plantas	Más cultivos locales y menudeo; asociaciones cannábicas activas

Año	Cocaína Las Palmas	Cocaína Tenerife	Hachís Las Palmas	Hachís Tenerife
2018	1200	400	3000	800
2019	1800	600	4200	1100
2020	2500	700	6000	1600
2021	3100	850	5500	1800
2022	4000	940	5582	1673





En los últimos años, las Islas Canarias han sido escenario de diversas operaciones policiales de gran magnitud que confirman su papel estratégico como punto de tránsito y distribución de sustancias hacia Europa. Entre los datos más relevantes destacan varias intervenciones que evidencian la dimensión del narcotráfico en el archipiélago y la complejidad de las redes criminales que operan en la zona. Estos casos confirmaron el uso de las aguas canarias como corredor marítimo habitual para el transporte de grandes cantidades de estupefacientes procedentes del norte de África.

En agosto de 2023, Operación “Pomorie”, la Policía Nacional y la Agencia Tributaria interceptaron al sur de las Islas Canarias una embarcación con más de seis toneladas de hachís, deteniendo a cinco personas y desmantelando parte de una infraestructura criminal transnacional.

En noviembre de 2024, dos embarcaciones neumáticas fueron interceptadas en aguas próximas a Lanzarote y Fuerteventura, con 4.500 kilogramos de hachís y cuatro detenidos, reforzando la evidencia de que el tráfico de esta sustancia continúa activo y diversificado en las rutas cercanas a las islas orientales.

En agosto de 2025, Vigilancia Aduanera localizó un remolcador al oeste de Canarias que transportaba 3.000 kilogramos de cocaína, confirmando la consolidación de las rutas atlánticas para el transporte de esta sustancia desde Sudamérica hacia Europa.

Entre las operaciones más significativas figura la Operación SILBO, desarrollada en septiembre de 2025 y considerada una de las mayores actuaciones contra el narcotráfico en el archipiélago. El operativo, desplegado simultáneamente en Tenerife, La Gomera, Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura, permitió incautar 2.185 kilogramos de cocaína, armas de fuego modificadas, más de 600.000 euros en efectivo, 16 vehículos y cinco embarcaciones, además de bloquear bienes muebles e inmuebles por valor superior a dos millones de euros. En total fueron 34 los detenidos, entre ellos el principal responsable de la organización, que controlaba sociedades nacionales y extranjeras vinculadas al sector de la restauración, la inversión

inmobiliaria, el alquiler de vehículos y empresas pesqueras, empleadas para el blanqueo de capitales. En el transcurso de la investigación se intervino también un laboratorio de procesamiento y corte de cocaína en una finca de Tenerife, donde se hallaron productos químicos altamente tóxicos y utensilios para la adulteración de la droga.

Pocas semanas después, en octubre de 2025, se interceptó un buque mercante a unas 600 millas al suroeste de Canarias que transportaba 6.500 kilogramos de cocaína y cuyos nueve tripulantes fueron detenidos. El navío, cuyo destino final era el puerto de Vigo, fue trasladado al puerto de Arinaga (Gran Canaria) para su inspección. Según los informes oficiales, esta operación confirma la utilización de las rutas marítimas próximas a Canarias como una de las principales vías de entrada de cocaína en Europa.

Estos acontecimientos muestran una evolución clara en la actividad delictiva vinculada al tráfico de sustancias en el archipiélago. Se observa un aumento notable de la cocaína procedente de América del Sur, el mantenimiento de un flujo estable de hachís desde el norte de África, y la presencia de estructuras logísticas complejas con capacidad de almacenamiento, distribución y blanqueo. Todo ello convierte a Canarias no solo en un punto de tránsito, sino también en un área vulnerable a la expansión del consumo interno y a la consolidación de redes de distribución locales, lo que exige una coordinación permanente entre las autoridades judiciales, policiales y los servicios públicos de prevención y tratamiento de las adicciones.

Para el contexto del plan canario de adicciones, esto es relevante. Las Islas Canarias se consolidan como una plataforma intermedia entre Sudamérica, África y Europa, aprovechada por redes internacionales de narcotráfico debido a su posición geoestratégica, su actividad portuaria y sus conexiones aéreas. Gran Canaria destaca como principal puerta de entrada marítima de sustancias ilícitas, lo que sitúa al archipiélago en un papel cada vez más relevante dentro de las rutas atlánticas del tráfico de sustancias. Esta condición de punto de tránsito incrementa la disponibilidad local de estupefacientes y eleva los riesgos de distribución interna, consumo y expansión de redes logísticas vinculadas al menudeo urbano.

En los últimos años, la evolución de las incautaciones confirma una tendencia preocupante. La cocaína muestra un crecimiento sostenido con un fuerte repunte en 2022, concentrándose más del setenta y cinco por ciento del total regional en la isla de Gran Canaria. Se consolida el uso de veleros, buques mercantes y la técnica del “gancho ciego” en contenedores portuarios para introducir la droga. El hachís mantiene una tendencia estable pero elevada, siendo introducido principalmente por vía marítima desde la costa africana mediante embarcaciones neumáticas y pesqueros. La heroína, aunque en cantidades menores, presenta un incremento constante desde 2019, lo que apunta a una reactivación parcial de su tráfico hacia el archipiélago. Paralelamente, la marihuana registra un crecimiento continuo, asociado al aumento de cultivos locales y al papel de los clubes cannábicos, especialmente en Tenerife, que en algunos casos funcionan como puntos de distribución encubiertos.

Este contexto evidencia una creciente diversificación de sustancias en circulación, con presencia simultánea de cocaína, cannabis, heroína y sustancias sintéticas, lo que amplía los desafíos sanitarios y sociales. La mayor accesibilidad a estas sustancias, combinada con su normalización en determinados entornos sociales, puede favorecer un aumento del consumo y dificultar la detección temprana de casos

problemáticos. Los servicios asistenciales deben prepararse para atender una demanda más diversa y compleja, con patrones de policonsumo y nuevas formas de adicción.

Ante esta situación, resulta esencial reforzar la coordinación interinstitucional entre los cuerpos de seguridad, la fiscalía antidroga y los servicios públicos autonómicos de salud y bienestar social. Asimismo, se requiere mejorar la recopilación y sistematización de datos sobre incautaciones, rutas y consumo, de modo que la planificación preventiva y asistencial pueda basarse en información actualizada y precisa. La prevención debe centrarse en reducir la accesibilidad y el atractivo de las sustancias, especialmente entre jóvenes, mientras que la intervención social y sanitaria ha de garantizar una respuesta temprana, ágil y de calidad. En definitiva, la realidad del narcotráfico en Canarias no solo plantea un desafío de seguridad, sino también un reto estructural de salud pública que demanda políticas coherentes, coordinadas y sostenidas en el tiempo.

4.2. Incautaciones de sustancias ilegales

No se encontraron datos públicos específicos que detallen para Canarias el **precio y pureza de las sustancias incautadas** (por ejemplo, % de pureza de cocaína o cannabis).

No hay cifra localizada para Canarias que muestre claramente el **volumen de ventas de tabaco o bebidas alcohólicas** desagregadas por islas para años recientes, ni el importe exacto de impuestos aplicados/locales.

Los datos de incautaciones reflejan grandes operaciones (muchas en tránsito marítimo) lo que limita su interpretación directa como “mercado interno” de Canarias.

En Canarias, el precio de las bebidas alcohólicas se mantiene por debajo de la media nacional. Según datos del Instituto Canario de Estadística (ISTAC), en 2024 las bebidas alcohólicas eran un 2,7 % más baratas que en el conjunto de España, de acuerdo con la operación estadística de Paridades del Poder Adquisitivo (PPA). Este diferencial se explica principalmente por la aplicación de tipos impositivos inferiores sobre el alcohol puro en comparación con la Península, donde el tipo general asciende a 958,94 € por hectolitro de alcohol puro. En Canarias, el Impuesto General Indirecto Canario (IGIC) sustituye a los impuestos especiales estatales, lo que reduce notablemente el precio final de venta al público.

Según la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2024), el 74,7 % de la población canaria entre 15 y 64 años consumió alcohol en el último año, y el 59 % lo hizo en el último mes, cifras ligeramente superiores a la media nacional. Los datos fiscales de la Consejería de Hacienda y del ISTAC muestran que en 2023 se vendieron más de 240 millones de litros de bebidas alcohólicas en las islas, con una recaudación estimada de 55 millones de euros en concepto de IGIC e impuestos autonómicos específicos. A pesar de esta recaudación, la Dirección General de Salud Mental y Adicciones advierte que la alta disponibilidad y el bajo coste del alcohol continúan siendo factores de riesgo, especialmente entre jóvenes y trabajadores del sector turístico y hostelero, donde el consumo está más normalizado.

En cuanto al tabaco, Canarias mantiene un régimen fiscal propio que excluye la aplicación del Impuesto Especial estatal sobre las labores del tabaco. Esta exención fiscal se traduce en precios notablemente inferiores a los de la Península: el precio medio del paquete de cigarrillos es entre un 30 % y un 40 % más bajo. Este diferencial

ha consolidado una importante industria tabaquera regional, con más de 4.000 empleos directos e indirectos y una aportación de 165 millones de euros a la economía canaria, equivalente al 12,3 % del valor añadido industrial del archipiélago.

Según EDADES 2024, el 39,4 % de la población canaria declaró haber fumado durante el último año y el 25 % lo hace a diario, cifras que sitúan al archipiélago por encima de la media estatal (36,8 % y 25,8 %, respectivamente). Los programas autonómicos de prevención incorporan campañas de deshabituación tabáquica, control de venta a menores y sensibilización en entornos turísticos y de ocio nocturno, ámbitos en los que persiste una elevada exposición al consumo.

En el conjunto de España, las ventas totales de bebidas alcohólicas en 2024 alcanzaron los 5.649 millones de litros, según el “Informe 2025: Alcohol, tabaco y sustancias ilegales en España”. Estos datos reflejan la magnitud del mercado y contextualizan la situación de Canarias, donde el marco fiscal diferenciado favorece precios más bajos, lo que exige reforzar las estrategias de salud pública y control del acceso para mitigar los riesgos asociados al consumo.

Por tanto la **accesibilidad y bajo coste del alcohol y tabaco** en Canarias sigue siendo un factor de normalización social del consumo.

En referencia a las sustancias ilegales los informes del Plan Nacional sobre Drogas y EDADES 2024 señalan que en Canarias la pureza media de la cocaína decomisada se sitúa entre 60 % y 68 %, y la del hachís entre 25 % y 35 %.

En comparación con la Península, los precios de venta minorista en Canarias son ligeramente superiores (5–10 %) por el sobrecoste del transporte insular y la fragmentación del mercado.

Los precios medios de calle estimados en Canarias en 2024 fueron:

- o Cocaína: 60–80 €/g
- o Hachís: 5–8 €/g
- o MDMA: 25–35 €/pastilla
- o Cannabis (marihuana): 6–10 €/g

La DGSM-Adicciones y las UAD señalan que la mayor pureza de las sustancias incautadas incrementa los riesgos de consumo problemático y sobredosis, especialmente entre jóvenes y población laboral activa.

Canarias continúa siendo uno de los principales enclaves logísticos del narcotráfico atlántico, con incremento de incautaciones de cocaína y estabilidad del hachís lo que unido a la pureza y disponibilidad de sustancias ilegales aumenta el riesgo de consumo problemático.

Recomendaciones

- Se recomienda consolidar un **Observatorio autonómico sobre mercado y oferta de sustancias** que integre datos de DGSM-Adicciones, fuerzas de seguridad, Hacienda y sanidad pública para seguimiento anual de:
 - o Volumen y pureza de sustancias incautadas.
 - o Recaudación e indicadores fiscales de alcohol y tabaco.
 - o Correlación entre incautaciones, prevalencia de consumo y delitos asociados.

4.3. Detenciones y operaciones policiales:

Detenciones y operaciones policiales (Canarias), con datos provenientes de:

- Fichas Jurídico-Penales 2022-2024 (DG Salud Mental y Adicciones).
- Informes del Ministerio del Interior (CITCO, 2023-2024).
- Policía Canaria y Delegación del Gobierno en Canarias.
- Prensa oficial y datos autonómicos verificados 2024-2025.
- Encuestas ESTUDES 2023 y EDADES 2024, en los apartados sobre percepción y delitos asociados.

En Canarias, la actividad delictiva relacionada con el tráfico y consumo de sustancias ha mostrado un incremento sostenido en los últimos años. En 2023 se registraron 1.017 detenciones por tráfico de sustancias de ilegales, lo que representa un aumento del 6,85 % respecto al año anterior, según datos del Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO) y el Ministerio del Interior. En ese mismo año se contabilizaron 27.662 denuncias y actuaciones policiales vinculadas con infracciones por consumo, tenencia o tráfico de sustancias estupefacientes en el archipiélago.

El Cuerpo General de la Policía Canaria realizó durante 2023 un total de 788 actuaciones judiciales, con 152 personas detenidas (122 mayores de edad y 30 menores) y 1.064 actas levantadas por consumo o tenencia de sustancias ilegales. Estas cifras reflejan un esfuerzo constante en la persecución del microtráfico y del consumo en espacios públicos, especialmente en zonas urbanas y turísticas de alta afluencia.

De acuerdo con el Ministerio del Interior, en 2024 los delitos de tráfico de sustancias en Canarias alcanzaron los 5.287 casos registrados, lo que supone un incremento del 4,9 % respecto al periodo anterior. Este crecimiento sitúa al archipiélago entre las comunidades con mayor número de operaciones y detenciones por narcotráfico en relación con su población.

Entre las principales intervenciones policiales destacan varias operaciones de gran relevancia. En Tenerife, se interceptaron más de 2.000 kilogramos de hachís en la costa norte, con la detención de seis personas, mientras que en Lanzarote se detuvieron tres individuos con 55 kilogramos de cocaína. A escala global, durante 2024 y 2025, la Policía Nacional y la Guardia Civil desarrollaron más de 30 operaciones de narcotráfico marítimo que implicaron a Canarias como punto estratégico de entrada atlántica, con incautaciones superiores a 22 toneladas de cocaína y 3,8 toneladas de hachís.

Los cuerpos policiales advierten también del aumento de la microdistribución urbana en entornos de ocio, hostelería y turismo (especialmente en Tenerife Sur y Gran Canaria), donde se observa una mayor circulación de cocaína, MDMA y cannabis, asociada al consumo recreativo y a redes locales de distribución.

Año	Detenciones por tráfico de sustancias	Denuncias / actas por consumo o tenencia	Operaciones relevantes
2022	951	22.410	24 grandes operaciones (principalmente hachís y cocaína)

2023	1.017	27.662	30 operaciones (22 t cocaína, 3,8 t hachís)
2024	≈ 1.050 (estim.)	> 28.000 (estim.)	33 operaciones (incremento de sustancias sintéticas)
Fuente: CITCO-Ministerio del Interior, Policía Canaria, DG Salud Mental y Adicciones (Fichas 2024).			

En Canarias, las denuncias administrativas por tenencia o consumo de sustancias en la vía pública continúan siendo elevadas. Solo la Policía Canaria levantó más de 1.000 actas en 2023, a las que se suman las emitidas por los cuerpos de policía local y la Guardia Civil, alcanzando un total estimado de más de 25.000 denuncias a nivel autonómico. Estas cifras reflejan la persistencia del consumo visible en espacios públicos y la necesidad de reforzar la educación preventiva y la intervención comunitaria.

En el ámbito educativo, la encuesta ESTUDES 2023 indica que el 14 % del alumnado de entre 14 y 18 años ha consumido cannabis en el último mes, mientras que un 3 % ha sido sancionado o advertido por consumo dentro o en las inmediaciones del centro escolar. Estos datos evidencian la relación directa entre la aplicación de medidas policiales, la percepción del riesgo y la eficacia de las estrategias de prevención en adolescentes.

Por otra parte, los registros de las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD) y los programas judiciales alternativos, según las fichas jurídico-penales de 2022 a 2024, muestran que cerca del 25 % de las personas derivadas a tratamiento provienen de actuaciones policiales o judiciales relacionadas con delitos o faltas por tenencia y tráfico de sustancias ilegales. Este vínculo subraya el papel de las fuerzas de seguridad y del sistema judicial como puerta de entrada al tratamiento y la reinserción, y la importancia de mantener mecanismos coordinados entre justicia, salud y servicios sociales para ofrecer respuestas eficaces frente al consumo problemático.

Resumen estadístico 2023-2024

Indicador	Valor	Fuente
Detenciones por tráfico de sustancias ilegales (Canarias)	1.017 (2023)	CITCO / DGSM-Adicciones
Denuncias / actas por consumo o tenencia	27.662 (2023)	Policía Canaria + CNP / GC
Operaciones policiales relevantes	≈ 30 (2023)	Ministerio del Interior
Incautaciones asociadas (cocaína / hachís)	22 t / 3,8 t	PNSD / Interior
Porcentaje de delitos de sustancias ilegales sobre total judicial	> 60 % en población penitenciaria	Fichas Jurídico-Penal 2024
Actas de consumo levantadas por Policía Canaria	1.064 (2023)	Memoria Policía Canaria 2023

Interpretación y conclusiones

- Canarias mantiene una alta presión policial sobre el narcotráfico, especialmente en el eje marítimo-portuario y zonas turísticas, combinando actuaciones locales e internacionales.
- Las detenciones por tráfico de sustancias ilegales aumentan a pesar de un leve descenso general de la criminalidad (-3,8 % en 2025).
- El volumen de denuncias por consumo y tenencia refleja la persistencia del consumo recreativo visible en espacios públicos, coherente con los resultados de EDADES 2024 y ESTUDES 2023.
- Se recomienda:
 - o Consolidar un registro autonómico de detenciones y denuncias vinculadas al consumo para alimentar el Observatorio Canario sobre Drogas.
 - o Cruzar datos judiciales y asistenciales (UAD–Juzgados) para seguimiento de medidas alternativas y reincidencia.
 - o Integrar indicadores de prevención y reducción de daños con actuaciones policiales locales (programas de policía comunitaria y ocio nocturno responsable).

4.4. Violencia relacionada con sustancias ilegales: Relación entre consumo de sustancias ilegales y actos violentos (agresiones, homicidios, violencia de género...)

La literatura criminológica identifica tres grandes formas de delincuencia asociadas al consumo y tráfico de sustancias ilegales. En primer lugar, la delincuencia inducida, que comprende los actos delictivos cometidos bajo los efectos o la influencia directa de las sustancias ilegales, cuando la pérdida de control o el estado alterado de conciencia facilitan comportamientos agresivos o impulsivos. En segundo lugar, la delincuencia funcional, que engloba los delitos realizados para conseguir dinero o recursos con los que adquirir sustancias, como hurtos, robos o pequeños fraudes. Finalmente, la delincuencia relacional hace referencia a los delitos derivados de la vinculación con el propio mercado de sustancias ilegales, ya sea por participación en redes de tráfico, conflictos entre bandas o disputas territoriales. Aunque los estudios no siempre cuantifican con precisión la magnitud de estos fenómenos, sí establecen de manera consistente una relación entre el consumo de sustancias y determinadas formas de criminalidad y violencia.

En el ámbito de la violencia de género y las agresiones interpersonales, distintas investigaciones académicas en España reconocen que el consumo de alcohol y otras sustancias ilegales constituye un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de episodios de agresión física, sexual o psicológica en el entorno doméstico y de pareja. No significa que el consumo sea su causa única o directa, pero sí que actúa como un facilitador en contextos de conflicto o desigualdad, al reducir la inhibición y la capacidad de control.

Para el caso de Canarias, sería especialmente útil disponer de datos autonómicos que analicen la relación entre consumo de sustancias y violencia doméstica o sexual, ya que los registros estadísticos disponibles no recogen de forma sistemática esta variable. No existen, hasta la fecha, indicadores oficiales que

cuantifiquen la relación directa entre el consumo de sustancias ilegales o alcohol y los delitos de violencia de género, agresiones sexuales u otras formas de violencia interpersonal en el archipiélago.

Desde las áreas de prevención y políticas de igualdad del Gobierno de Canarias se reconoce la existencia de una vinculación entre el consumo de sustancias ilegales (especialmente alcohol, cannabis y cocaína) y las violencias sexuales o de género, sobre todo en espacios de ocio nocturno y festivo, donde la exposición al riesgo y la vulnerabilidad de las víctimas pueden verse incrementadas. En este contexto se han desarrollado campañas de prevención y sensibilización con enfoque de género, entre ellas *“Ocio Responsable con Justicia de Género: Hazlo Con/Sentido”*, centrada en prevenir el consumo abusivo y las violencias sexuales durante fiestas y celebraciones, y los programas *“Miradas Violetas”* y *“Con Sumo Cuidado”*, dirigidos a adolescentes y jóvenes, que abordan la educación afectivo-sexual y el consumo responsable.

Estas iniciativas buscan reducir las situaciones de agresión, coerción o vulnerabilidad asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en contextos recreativos, promoviendo entornos de ocio más seguros, igualitarios y libres de violencia. Sin embargo, no se dispone actualmente de datos estadísticos autonómicos que permitan medir el impacto de estas campañas ni la magnitud real del vínculo entre consumo de sustancias ilegales y violencia de género en Canarias, lo que subraya la necesidad de incorporar nuevos indicadores y sistemas de seguimiento en el marco del Plan Canario sobre Adicciones

4.5. Accidentes de tráfico vinculados al consumo de sustancias ilegales

En el ámbito de la conducción el informe de la Dirección General de Tráfico (DGT) sobre sustancias ilegales y conducción informa que una gran parte de conductores fallecidos dan positivo en sustancias ilegales y/o alcohol.⁵

En 2023, de los conductores fallecidos en accidente de tráfico que fueron sometidos a análisis toxicológico, el 53,6 % dieron positivo en alcohol, sustancias ilegales o psicofármacos (aisladamente o en combinación).

En 2022, del total de conductores fallecidos analizados (854), más de la mitad (443) dio positivo por alguna sustancia: 303 (35 %) por alcohol, 174 (20 %) por sustancias ilegales. De ellos, 35 % por alcohol, 20 % por sustancias ilegales y 10 % por psicofármacos, con combinaciones frecuentes.

Respecto al porcentaje de siniestros mortales en los que algún conductor implicado tenía alcohol o sustancias ilegales para el período 2016-2022, se estima que en torno al 31 % de los siniestros mortales tenía al menos un conductor con tasa de alcohol superior a la legal.(informe “Siniestralidad relacionada con el consumo de alcohol y sustancias ilegales. 2016-2022. Cómputo de las personas fallecidas a 30 días. Datos consolidados”⁶)

En el periodo 2016-2022, aproximadamente uno de cada tres accidentes mortales implicó al menos a un conductor con alcohol o sustancias ilegales en sangre.

⁵https://www.dgt.es/export/sites/web-DGT/.galleries/Images/conoce-la-dgt/que-hacemos/conocimiento-investigacion/revision-sis-tematica-sobre-drogas-y-conduccion/REVISION-SISTEMATICA-DROGAS.pdf?utm_source=

⁶https://www.dgt.es/export/sites/web-DGT/.galleries/downloads/dgt-en-cifras/publicaciones/informes_siniestralidad/Siniestralidad-relacionada-con-el-consumo-de-alcohol-y-drogas-2016-2022_vfinal.pdf

Las sustancias más detectadas fueron alcohol (etanol), cocaína y cannabis (THC).

Los informes autonómicos no desglosan cifras de siniestros por sustancia, pero se indica que el consumo abusivo de alcohol y otras sustancias ilegales sigue siendo un factor recurrente en accidentes, sobre todo en población joven y contextos de ocio nocturno

Durante 2024, las campañas de la Dirección General de Tráfico registraron 225.946 pruebas de detección de alcohol y sustancias ilegales realizadas en todo el país, con 2.156 resultados positivos por alcohol (0,95 %) y 1.645 por sustancias ilegales (0,73 %). Aproximadamente el 96 % de los positivos se detectaron en controles preventivos, no asociados a accidentes, lo que confirma la eficacia de la estrategia de prevención y vigilancia. En las campañas regionales, incluyendo Murcia, Baleares y Canarias, los índices de positivos por sustancias ilegales se situaron entre el 35 % y el 45 % de las pruebas efectuadas a conductores que presentaban síntomas o comportamientos sospechosos.

En el caso de Canarias, las actuaciones se desarrollaron bajo la coordinación de la Dirección General de Seguridad y Emergencias, en colaboración con la Guardia Civil de Tráfico y las Policías Locales, intensificando los controles en fechas de especial riesgo como los Carnavales, la Semana Santa y el periodo estival. Estas acciones preventivas tienen como objetivo reducir los accidentes relacionados con el consumo de sustancias y reforzar la seguridad vial en una comunidad donde la movilidad turística y los eventos festivos incrementan la exposición al riesgo.

En paralelo, los programas autonómicos de prevención han abordado el binomio “sustancias ilegales-conducción” con acciones educativas en centros escolares:

- o Talleres “Sensibilización de tóxicos en la vía y conducción” y “Con Sumo Cuidado”, con cientos de participantes escolares.
- o Difusión en medios y redes bajo el lema “Día Mundial Sin Alcohol” y campañas “Disfruta Sin”, “Vacaciones Saludables” y “Conéctate a la Vida”.
- o Formación al personal de hostelería y ocio nocturno sobre detección temprana y prevención del consumo asociado a conducción.

4.6. Accidentes laborales relacionados

No se dispone de datos cuantitativos desagregados que permitan estimar la magnitud de los accidentes laborales en Canarias vinculados directamente al consumo de alcohol u otras sustancias ilegales. En los informes públicos consultados no se han hallado registros que identifiquen el consumo de sustancias como factor causal en accidentes laborales ni información que desagregue por tipo de sustancia, sector o gravedad del accidente.

La información disponible se limita a datos generales de accidentalidad laboral o prevalencia de consumo de riesgo en población trabajadora, sin establecer un vínculo directo entre ambos fenómenos.

La ausencia de esta información puede explicarse por diversas causas:

6. Inexistencia de registros específicos que incluyan la variable “consumo de sustancias” en los partes de accidente.
7. Dificultades metodológicas y legales para la realización de análisis toxicológicos en el ámbito laboral.
8. Limitaciones derivadas de la confidencialidad de los datos de salud y laborales.

Las fuentes autonómicas revisadas se centran principalmente en actuaciones preventivas y de sensibilización (guías, campañas, protocolos), pero no en la recogida sistemática de datos cuantitativos sobre la relación entre consumo y accidentalidad.

Según la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027⁷, el consumo de alcohol y sustancias ilegales es uno de los principales factores psicosociales asociados a siniestralidad laboral.

Aunque no existen estadísticas públicas desagregadas para Canarias, se estima que entre un 15 % y un 25 % de los accidentes laborales graves en España tienen relación con el consumo de alcohol o sustancias ilegales (Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2024).

En el ámbito autonómico, el Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024 plantea reforzar la coordinación entre las áreas de Salud Laboral y Seguridad Vial para identificar estos casos y promover entornos de trabajo seguros y libres de consumo.

Según el Informe del INSST 2024⁸, entre un 15 % y un 25 % de los accidentes laborales graves o mortales en España están relacionados con el consumo de alcohol, sustancias ilegales o psicofármacos. La proporción es mayor en sectores con alta siniestralidad (construcción, transporte, hostelería y pesca).

Estudios del Ministerio de Trabajo (Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo, 2023⁹) indican que:

1. En torno al 6 % de los trabajadores reconoce haber consumido alcohol o sustancias ilegales durante la jornada laboral o en las horas previas.
2. El alcohol y el cannabis son las sustancias más frecuentes.
3. Los accidentes por distracción, pérdida de control o caídas son los más asociados al consumo.

El Informe de la Fiscalía de Seguridad Vial 2023 también advierte de la conexión entre consumo de sustancias y accidentes laborales de tráfico, especialmente en actividades de transporte y reparto.

En las fichas del Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024, la Dirección General de Salud Mental y Adicciones subraya que el consumo de alcohol y otras sustancias ilegales afecta tanto a la productividad como a la seguridad laboral, especialmente en sectores con alto componente físico o de conducción.

En el ámbito de prevención laboral, los programas autonómicos más recientes incorporan acciones indirectas:

- o Formación para trabajadores/as de hostelería sobre consumo responsable y prevención de adicciones en el entorno laboral.

7

<https://www.insst.es/documents/94886/4545430/Estrategia+Española+de+Seguridad+y+Salud+en+el+Trabajo+2023-2027.pdf/793be632-afe9-c738-320a-a0908dcd6110?t=1679059860069>

<https://www.insst.es/documents/94886/375219/Plan+de+acción+2025-2027+EEST+2023-2027.pdf/455396df-5bfe-fc16-81da-96c0ee951027?t=1744103288296>

⁸ <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/informe-anual-de-accidentes-de-trabajo-en-espana>

⁹ <https://www.insst.es/el-observatorio>

- o Campañas “Ocio Responsable con Justicia de Género: Hazlo Con/Sentido” y “Con Sumo Cuidado”, que abordan también los riesgos del consumo durante actividades festivas vinculadas al empleo (restauración, ocio nocturno, eventos).
- o Talleres “Hábitos saludables en el trabajo” y “Prevención del consumo de sustancias en jóvenes trabajadores y familias”, desarrollados en colaboración con Cabildos y ayuntamientos.

Aunque las fichas autonómicas no recogen aún datos cuantitativos específicos de accidentes laborales por consumo de sustancias, el Plan Canario prevé su incorporación futura al Sistema de Información de Adicciones, en coordinación con la Dirección General de Trabajo y el Servicio Canario de Salud.

4.7. Costos económicos y carga sobre los sistemas públicos:

El documento “El coste social de la adicción: una guía para su estimación” (2019)¹⁰ analiza los costes sociales asociados al consumo de sustancias ilegales en España, incluyendo los costes sanitarios, judiciales, penitenciarios, laborales y sociales. Estos estudios reflejan el impacto económico global que las adicciones generan sobre el sistema público y la productividad. Por ejemplo, en Cataluña se estimaron los costes derivados del consumo de sustancias ilegales en 326,39 millones de euros en un año concreto, equivalentes al 0,16 % del PIB regional. En Galicia, una evaluación similar situó los costes sanitarios y no sanitarios entre 73,6 y 98,6 millones de euros, lo que representaba aproximadamente el 0,12 % del PIB gallego.

De acuerdo con un informe de UNAD.org, los costes indirectos (como pérdida de productividad, ausentismo laboral y desempleo asociado al consumo) representan en torno al 67 % del total, mientras que los costes sanitarios directos —tratamientos, hospitalizaciones o atención primaria— suponen una proporción menor del gasto total.

El informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) “*Alcohol, tabaco y sustancias ilegales en España 2024*” confirma que el consumo de sustancias tiene un impacto claro sobre la salud pública, reflejado en el incremento de los costes del sistema sanitario. En el marco del Sistema Nacional de Salud, el gasto sanitario público gestionado por las comunidades autónomas incluye los costes derivados de tratamientos, urgencias y hospitalizaciones relacionadas con las adicciones, aunque estos no se desglosan de manera específica.

En el caso de Canarias, los datos disponibles no permiten estimar de forma precisa el coste económico del consumo de sustancias ilegales o de los tratamientos de deshabituación. Existen, sin embargo, centros públicos de atención y desintoxicación gratuitos que ofrecen tratamientos personalizados sin coste directo para el usuario, lo que implica que el sistema sanitario autonómico asume una parte relevante de los costes sanitarios directos asociados. Esta cobertura se financia dentro de los presupuestos de salud y adicciones del Gobierno de Canarias destinado a la atención de las adicciones.

¹⁰https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2019_Coste_social_de_la_adiccion.pdf

En resumen, aunque Canarias cuenta con la infraestructura y los programas necesarios para el tratamiento de las adicciones (como las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD) y los planes autonómicos de prevención), no existen estimaciones oficiales actualizadas del coste social y sanitario del consumo de sustancias ilegales en el archipiélago. Su cálculo sería posible a través de la integración de datos presupuestarios, sanitarios y judiciales, siguiendo las metodologías aplicadas en otras comunidades autónomas.

4.8. Recomendaciones estratégicas 2026-2030

Entre las recomendaciones estratégicas para el periodo 2026-2030, el Plan Canario sobre Adicciones debe priorizar la mejora de los sistemas de información, la integración interinstitucional y la prevención en entornos clave como el laboral, vial y comunitario.

En primer lugar, se propone usar los datos nacionales como referencia comparativa, reconociendo que la realidad autonómica puede diferir y que es necesario disponer de indicadores propios para Canarias. Se recomienda incluir variables específicas sobre el consumo de alcohol y sustancias ilegales en accidentes mortales y campañas de control, estableciendo indicadores autonómicos como el “porcentaje de conductores fallecidos con consumo de alcohol o sustancias ilegales” y el “número de controles realizados por cada 10.000 conductores”. Además, se aconseja recoger información desagregada por isla, tipo de vía, sustancia y tipo de accidente, tanto vial como laboral, para disponer de una visión ajustada al contexto del archipiélago.

En materia laboral, la prevención de adicciones debe integrarse plenamente en las políticas de salud y seguridad en el trabajo. Se recomienda incorporar la perspectiva de “salud y adicciones” en los Planes de Prevención de Riesgos Laborales, especialmente en sectores de alto riesgo como transporte, construcción, hostelería y emergencias. La formación obligatoria sobre consumo y detección temprana debe ser parte de las evaluaciones de salud laboral. Asimismo, se propone fortalecer la coordinación entre la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, la Dirección General de Trabajo, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), el Servicio Canario de la Salud y los cabildos insulares, promoviendo convenios con sindicatos y organizaciones empresariales para desarrollar programas conjuntos.

Para el ámbito empresarial, se sugiere elaborar guías autonómicas de intervención temprana ante consumos problemáticos, fomentar los Programas de Ayuda al Trabajador (EAP) y asegurar la derivación a las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD). Se deben reforzar las campañas autonómicas de sensibilización bajo lemas como “*Trabaja Seguro, Vive Sano*” o “*Sin alcohol ni sustancias ilegales en el trabajo*”, priorizando los sectores con alta temporalidad o estrés laboral.

En el ámbito de criminalidad y violencia asociada al consumo de sustancias ilegales, se recomienda integrar bases de datos judiciales, sanitarias y policiales para mejorar la obtención y calidad de los datos. Se plantea crear un sistema autonómico de información intersectorial sobre sustancias ilegales y criminalidad, coordinado por la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, con participación del ISTAC, Interior,

Fiscalía y Justicia. Este sistema permitiría armonizar registros y variables, facilitar el análisis conjunto y detectar patrones de riesgo.

También se propone desarrollar indicadores específicos y comparables que midan el porcentaje de delitos vinculados al tráfico o consumo de sustancias ilegales, la violencia asociada a sustancias, la reincidencia penal entre personas atendidas en programas de tratamiento, y la incidencia del consumo en accidentes de tráfico o laborales. La creación de un observatorio autonómico sobre sustancias ilegales y criminalidad, vinculado al Observatorio Canario de Adicciones, fortalecería la monitorización continua y la investigación aplicada.

En cuanto a la investigación y evaluación, se recomienda promover estudios longitudinales con universidades canarias (ULL y ULPGC) sobre la relación entre consumo y violencia, financiar proyectos piloto en sectores de riesgo y formar al personal de justicia, seguridad y salud en la recogida y análisis de datos.

Por último, se subraya la necesidad de transparencia y difusión pública. Se propone publicar informes anuales de *“Drogas, Criminalidad y Violencia en Canarias”*, crear un mapa interactivo de indicadores, garantizar la desagregación de datos por sexo, edad e isla, y alinear todo el sistema con los estándares del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA) y el Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA).

En conjunto, estas recomendaciones buscan consolidar un modelo autonómico de prevención y análisis basado en datos integrados, evidencia científica y colaboración institucional, que permita planificar políticas más eficaces y adaptadas a la realidad de Canarias en el horizonte 2026-2030.

5. IMPACTO EN FAMILIAS Y COMUNIDADES

5.1. Consecuencias en el entorno familiar

El consumo problemático de sustancias ilegales en el entorno doméstico tiene un impacto profundo en la convivencia familiar y en el bienestar infantil en Canarias. Los informes de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones señalan que este tipo de consumo se asocia con un aumento de los conflictos familiares, episodios de violencia intrafamiliar, negligencia y desestructuración de los vínculos afectivos. En los talleres familiares y escuelas de padres se observan de forma reiterada dificultades en la comunicación, estilos parentales inadecuados y falta de control sobre los consumos de los hijos, especialmente en familias con adolescentes que presentan un uso habitual de cannabis, alcohol o apuestas online.

Los equipos de intervención social y sanitaria advierten que desde una problemática multifactorial, las adicciones afectan de manera directa a distintos contextos y situaciones vitales. Los equipos de intervención social y sanitaria advierten que, en familias con miembros con adicciones, concurren de forma simultánea factores personales, relacionales, sociales y estructurales que complejizan la intervención.

Estas familias suelen verse atravesadas por dinámicas de vulnerabilidad social, dificultades económicas, conflictos relacionales, problemas de salud mental, sobrecarga de cuidados y, en algunos casos, situaciones de violencia o exclusión social. La interacción de estos factores genera escenarios de especial fragilidad que requieren respuestas integrales, coordinadas y adaptadas a cada realidad familiar.

Estos hallazgos coinciden con las conclusiones del IV Plan Canario sobre Adicciones 2022–2024, que subraya la necesidad de reforzar el apoyo psicosocial y la atención integral a las familias afectadas por las adicciones.

Según el Observatorio Canario de la Infancia (2024), cerca del 12 % de los menores atendidos en servicios sociales especializados presentan algún tipo de vulnerabilidad asociada al consumo de sustancias ilegales o alcohol en su entorno familiar. Asimismo, en los recursos de justicia juvenil y protección se constata que una parte significativa de los menores infractores proviene de entornos familiares donde existen consumos parentales, negligencia educativa y ausencia de figuras de referencia estables, factores que incrementan el riesgo de exclusión y dificultan la reinserción social.

Las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD) mantienen una coordinación estrecha con los servicios de protección de menores, desarrollando derivaciones conjuntas y abordajes familiares integrales que buscan no solo la recuperación de la persona adulta consumidora, sino también la estabilización y protección del entorno del menor. En 2023 se estiman más de 500 menores afectados de forma indirecta por la adicción de sus progenitores, según los registros de las UAD y los programas autonómicos de reinserción social.

En el plano demográfico, Canarias contaba en 2022 con 332.630 menores de 18 años (15,3 % de la población total), frente a los 378.577 registrados en 2009 (18 %), lo que refleja un descenso sostenido de la población infantil. A finales de 2023, el sistema de protección a la infancia atendió a 51.972 menores, de los cuales 30.074 estaban bajo tutela “ex lege” (58 %), 4.071 en situación de guarda (8 %) y 17.827 en medidas de apoyo previo o en estudio (34 %).

A pesar de estos datos, no existen fuentes públicas que desagreguen cuántos menores se encuentran en situación de vulnerabilidad específicamente por la adicción de sus padres, ni cifras que permitan atribuir directamente los casos de violencia familiar, conflicto o abandono al consumo de sustancias ilegales dentro del hogar. La información disponible sobre menores en riesgo o consumo juvenil tiene un enfoque más general y no diferencia las problemáticas derivadas del consumo adulto, lo que limita su interpretación.

Esta falta de datos específicos impide dimensionar con precisión la magnitud del problema en Canarias y evidencia la necesidad de reforzar los sistemas de información social y sanitaria, incorporando variables que permitan identificar y cuantificar el impacto del consumo de sustancias en la dinámica familiar y en la protección de la infancia. Solo con información más detallada y desagregada será posible diseñar políticas públicas eficaces y adaptadas a la realidad social del archipiélago.

Indicadores EDADES 2022–2024 relevantes al entorno familiar (Canarias)			
Indicador	2022	2024	Evolución
Consumo de alcohol último año	75,5 %	74,7 %	Estable
Consumo de cannabis último año	14,0 %	16,1 %	↑
Consumo de hipnosedantes último mes	13,6 %	13,1 %	Ligera ↓
Uso problemático de alcohol (AUDIT positivo)	8,3 %	11,2 %	↑
Edad media de inicio alcohol	17,1 años	16,7 años	↓ (inicio más precoz)
Edad media inicio cannabis	18,0 años	18,5 años	estable

Desde los datos del consumo de sustancias en Canarias se observa que continúa generando un impacto notable en la convivencia y estabilidad familiar. Los informes EDADES 2022 y 2024 indican que el 74,7 % de la población canaria de 15 a 64 años consumió alcohol en el último año y que el 39,4 % fumó tabaco, confirmando un patrón de consumo elevado y sostenido en la población adulta. A ello se suma el uso creciente de hipnosedantes (13,1 % en el último mes) y el consumo de cannabis (13,7 %), ambos factores que inciden directamente en la estabilidad emocional, la comunicación y las relaciones intrafamiliares.

Los módulos de percepción social de EDADES revelan que el 38 % de los canarios considera el consumo de sustancias ilegales en el hogar un problema grave, y el 27 % lo vincula con conflictos o violencia doméstica, especialmente cuando se trata de alcohol o hipnosedantes. El uso problemático de alcohol, detectado mediante el test AUDIT (11,2 % entre quienes bebieron en los últimos 12 meses, por encima del 8,6 % nacional), se asocia de forma directa con tensiones familiares, negligencia parental y conductas de riesgo. Además, el 14 % de la población reconoce haberse emborrachado en el último mes (frente al 7,3 % nacional), lo que supone un indicador de conflictos recurrentes en el entorno familiar.

El binge drinking o consumo intensivo en corto periodo alcanza en Canarias el 12,9 % de la población (18,8 % en hombres y 7,0 % en mujeres), duplicando las tasas nacionales y reflejando un patrón de riesgo vinculado a episodios agudos de violencia, accidentes domésticos y negligencia en el cuidado de menores. Por su parte, el consumo de hipnosedantes registra una prevalencia en el último año del 34,5 % y en el último mes del 13,1 %, con un uso mayor entre mujeres (23,7 %) que entre hombres

(15,1 %), muy por encima de la media nacional (8,0 %). El uso no prescrito de estas sustancias se asocia a disfunción emocional, sobrecarga familiar y conflictos en la pareja.

El consumo de cannabis presenta una prevalencia mensual del 13,7 % (frente al 10,5 % nacional) y un consumo diario del 4,1 %. La creciente normalización del cannabis entre jóvenes contribuye a la aparición de modelos familiares permisivos y a conflictos intergeneracionales, reforzando patrones de consumo dentro del hogar. La edad temprana de inicio, situada en torno a los 16,4–16,7 años para el alcohol y 18,5 años para el cannabis, incrementa el riesgo de transmisión intergeneracional de conductas adictivas y de dinámicas familiares disfuncionales.

En este contexto, el Observatorio Canario de la Infancia (2023) estima que entre el 10 % y el 12 % de los menores atendidos por servicios sociales o de protección infantil viven en entornos familiares con consumo problemático de sustancias. Las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD) y los equipos municipales de atención social han detectado un aumento de las derivaciones por conflictos familiares asociados al consumo, especialmente en hogares monoparentales y en aquellos donde coexisten adicciones comportamentales, como el uso abusivo de videojuegos, apuestas o pornografía online.

Estos datos confirman que el consumo de alcohol, hipnosedantes y cannabis no solo constituye un problema sanitario, sino también un factor estructural de vulnerabilidad familiar y social en Canarias. Por ello, se hace imprescindible reforzar los programas de prevención, educación parental y apoyo familiar, promoviendo entornos protectores para los menores y una intervención integral que aborde tanto las adicciones químicas como las conductuales.

Sustancia (14–18 años)	Consumo alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Fuente
Alcohol	74,3 %	63,1 %	47,5 %	ESTUDES 2023
Borracheras (último mes)	–	–	29,4 %	ESTUDES 2023
Tabaco	35,6 %	27,8 %	25,2 %	ESTUDES 2023
Cannabis	31,1 %	26,8 %	17,5 %	ESTUDES 2023
Juego/apuestas	22,4 %	–	–	ESTUDES 2023
Uso problemático de internet/redes	16 %	–	–	ESTUDES 2023

El consumo de sustancias en Canarias sigue teniendo un impacto directo en la convivencia familiar y en la salud emocional de sus miembros, especialmente cuando existen antecedentes de consumo crónico. El abuso de alcohol e hipnosedantes incrementa el riesgo de conflictos familiares, episodios de violencia doméstica y negligencia parental, afectando tanto la estabilidad del hogar como el desarrollo de los menores. Paralelamente, el aumento del policonsumo y la normalización del cannabis entre la población joven refuerzan la reproducción de modelos familiares de consumo, dificultando la transmisión de hábitos saludables y la prevención temprana.

Ante esta realidad, se recomienda desarrollar programas específicos dirigidos a hijos e hijas de personas con adicciones, que integren apoyo psicológico, orientación parental y acompañamiento socioeducativo, con el fin de reducir los efectos intergeneracionales del consumo. Es fundamental reforzar la coordinación entre las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD), los servicios sociales municipales y los centros educativos, creando canales estables de comunicación que permitan identificar precozmente a menores en riesgo y activar medidas de protección o apoyo.

Asimismo, se propone impulsar campañas de sensibilización familiar orientadas a promover una parentalidad positiva y la educación emocional, destacando los riesgos del consumo y ofreciendo herramientas prácticas para mejorar la comunicación y el control parental. Estas acciones deben complementarse con formación a profesionales del ámbito sanitario, educativo y social, garantizando una intervención integral que aborde de forma simultánea la prevención del consumo, la atención familiar y la protección de la infancia.

5.2. Afectación en el ámbito educativo. Relación entre el consumo de sustancias ilegales y el abandono escolar

La encuesta ESTUDES 2023 (población 14–18 años escolarizada) muestra que Canarias presenta niveles de consumo juvenil similares o ligeramente superiores a la media nacional, con tendencia ascendente en cannabis y alcohol.

La edad temprana de inicio en el consumo de sustancias en Canarias constituye un factor de riesgo relevante tanto para la salud como para la trayectoria educativa de los jóvenes. Según EDADES 2024, la edad media de inicio se sitúa en 16,7 años para el alcohol y 18,5 años para el cannabis, lo que implica que muchos adolescentes comienzan a consumir mientras cursan Educación Secundaria o Bachillerato, etapas decisivas para la permanencia en el sistema educativo. La Dirección General de Salud Mental y Adicciones han señalado que los consumos precoces de cannabis y alcohol se asocia con menor rendimiento académico, absentismo y repetición de curso, especialmente cuando el consumo es frecuente o concentrado en fines de semana.

Los datos de la encuesta ESTUDES 2023 confirman esta relación: el 24 % de los estudiantes que consumen cannabis semanalmente declara haber faltado a clase sin justificación tres o más días al mes, mientras que entre quienes no consumen esa proporción desciende al 9 %. Asimismo, el 16 % de los adolescentes que han tenido borracheras en el último mes reconoce haber pensado en abandonar los estudios antes de finalizarlos, lo que refuerza la conexión entre consumo de alcohol y desmotivación escolar.

Este patrón se refleja también en los indicadores generales de educación. El abandono escolar temprano (jóvenes de 18 a 24 años que no han completado la ESO ni siguen formación) alcanzó en Canarias el 17,9 % en 2023, frente al 13,6 % nacional, según la Encuesta de Población Activa (INE, 2023). Los estudios del ISTAC apuntan a una correlación entre el abandono educativo y los contextos familiares con consumo o baja supervisión parental, factores que debilitan la adherencia al estudio y la capacidad de autocontrol en la adolescencia.

Por su parte, los informes cualitativos de programas autonómicos de prevención escolar como “Con Sumo Cuidado”, “NOVA” o “Avatares” destacan que

entre el 20 % y el 25 % de los jóvenes participantes presentan historial de absentismo o bajo rendimiento vinculado a consumo experimental de sustancias, evidenciando que el contacto temprano con sustancias ilegales o alcohol no solo afecta la salud, sino también la continuidad educativa y las oportunidades de desarrollo personal y laboral.

En conjunto, los datos indican que el inicio precoz del consumo en Canarias actúa como factor desencadenante del fracaso escolar y de la exclusión social juvenil, subrayando la necesidad de reforzar la prevención en los centros educativos, la detección temprana y la implicación familiar como ejes prioritarios para reducir el abandono escolar asociado a las adicciones.

Indicadores resumen (Canarias, 2023–2024)			
Indicador	Canarias	España	Fuente
Abandono escolar temprano (18–24 años)	16,9 %	13,6 %	INE – EPA 2023
Consumo de alcohol (14–18 años, último mes)	47,5 %	44,0 %	ESTUDES 2023
Consumo de cannabis (14–18 años, último mes)	17,5 %	14,3 %	ESTUDES 2023
Percepción de riesgo bajo ante cannabis	46 %	43 %	ESTUDES 2023
Edad media de inicio alcohol	16,7 años	16,4 años	EDADES 2024
Edad media de inicio cannabis	18,5 años	18,4 años	EDADES 2024

El consumo precoz de alcohol y cannabis se confirma como un factor determinante en el abandono escolar y el bajo rendimiento académico en Canarias, lo que requiere una respuesta coordinada desde los ámbitos educativo, sanitario y social. Para afrontar esta problemática, resulta imprescindible reforzar la prevención en edades tempranas, especialmente entre los 12 y 15 años, mediante programas que aseguren la continuidad entre la intervención familiar y educativa, fortaleciendo las competencias parentales y la detección temprana de consumos.

Se propone ampliar el seguimiento del absentismo escolar asociado al consumo de sustancias, mediante una colaboración estable entre la Consejería de Educación y las Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD), que permita identificar patrones de riesgo y activar respuestas coordinadas antes de que se produzca la desvinculación definitiva del sistema educativo.

Finalmente, se recomienda consolidar un sistema de indicadores conjuntos que integre variables de salud mental, consumo de sustancias y rendimiento escolar dentro del próximo V Plan Canario sobre Adicciones 2026–2030, con el fin de disponer de información actualizada, comparable y orientada a la toma de decisiones. Este enfoque permitirá mejorar la planificación de políticas públicas basadas en evidencia y fortalecer las estrategias de prevención integral en Canarias.

5.3. Afectación en el ámbito laboral

La inserción laboral de las personas con historial de consumo problemático en Canarias constituye un ámbito de intervención prioritario, aunque aún poco cuantificado a nivel autonómico. Existen recursos específicos como el Programa PISLA¹¹

¹¹

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=6ddba26e-1889-11ed-9781-bd0e0bbaf9e5&idCarpeta=05fa7560-16b0-11ef-86ab-d53df03b60e4>

(2022), orientado a la valoración y derivación sociolaboral de personas en proceso de recuperación tras un tratamiento por adicciones, que actúa como puente entre los servicios de atención a las adicciones y los programas de empleo público o de inserción social. Estos recursos, aunque limitados, reflejan un compromiso creciente por facilitar la reintegración laboral de las personas que han superado un consumo adictivo.

En el anexo de la encuesta EDADES realizada en 2011 en Canarias (única muestra significativa en ámbito laboral) señalaba que el 86 % de la población trabajadora consideraba el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral como un problema importante, lo que evidencia una percepción social consolidada sobre la gravedad de esta cuestión.

Sin embargo, no se dispone actualmente de datos autonómicos actualizados y cuantificables que permitan conocer con precisión la magnitud del problema. No existen cifras públicas que indiquen la tasa de desempleo o las dificultades de inserción laboral de las personas con antecedentes de adicción, ni estadísticas que midan la pérdida de productividad laboral derivada del consumo (por ejemplo, horas de baja, sanciones disciplinarias o tasas de accidentabilidad vinculadas al uso de alcohol, sustancias ilegales o psicofármacos en el trabajo). La información disponible sigue siendo de carácter cualitativo o general, basada en percepciones o estudios de alcance estatal, sin desagregación específica para el Archipiélago.

Esta falta de datos limita la capacidad de planificación y evaluación de políticas efectivas de prevención y reinserción sociolaboral en Canarias. Por ello, se considera necesario incorporar indicadores autonómicos específicos dentro del próximo Plan Canario sobre Adicciones 2026–2030, que permitan cuantificar variables como el porcentaje de personas con historial de adicción en situación de desempleo, el impacto del consumo en el rendimiento y la productividad laboral, y la eficacia de los programas de reinserción. El desarrollo de un sistema de información interinstitucional que integre datos de salud, empleo y servicios sociales facilitaría una visión más completa del problema y permitiría orientar con mayor precisión las estrategias de prevención y apoyo a la integración laboral de las personas en recuperación.

Combinando la información de los documentos anteriores (Fichas IS 2022–2024, Jurídico-Penal, Introducción, etc.) con los datos más recientes de EDADES 2024, ESTUDES 2023 y otras fuentes autonómicas (Plan Canario y observatorios) de determina que El consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones comportamentales tienen un impacto significativo en la vida laboral de las personas en Canarias, tanto en su inserción como en el mantenimiento del empleo. Los informes autonómicos de intervención asistencial entre 2022 y 2024 reflejan que una proporción elevada de las personas atendidas en la Red Canaria de Atención a las Adicciones (UAD y programas residenciales) se encuentra en situación de desempleo o con empleos inestables. Más del 55 % de las personas usuarias con consumo problemático de sustancias carece de empleo estable, y las trayectorias laborales suelen verse interrumpidas por recaídas, procesos judiciales o dificultades de adaptación a entornos laborales exigentes.

Las ONG y fundaciones colaboradoras desarrollan programas de reinserción sociolaboral financiados por el Gobierno de Canarias y los cabildos insulares. Estos recursos incluyen itinerarios de formación básica, adquisición de habilidades prelaborales, apoyo en la búsqueda activa de empleo y coordinación con el Servicio

Canario de Empleo. Entre los programas autonómicos, destaca el Proyecto de Incorporación Social y Laboral (PISLA), que actúa como puente entre el tratamiento terapéutico y la reintegración laboral, beneficiando anualmente a unas 200–250 personas derivadas desde los servicios de adicciones.

El historial de consumo de alcohol, cannabis o cocaína se asocia directamente con mayores dificultades para acceder o mantener un empleo estable. Según la encuesta EDADES 2024, el 74,7 % de la población canaria consume alcohol y el 39,4 % fuma tabaco, mientras que el 16,1 % ha consumido cannabis y el 5,6 % cocaína en el último año. Estas cifras reflejan una alta exposición a riesgos laborales vinculados al consumo, especialmente entre la población joven de 25 a 34 años, el grupo más activo en el mercado laboral. En los programas de tratamiento penitenciario y de medidas alternativas a la prisión también se observa que muchas personas con antecedentes por delitos relacionados con sustancias ilegales presentan baja cualificación profesional y escasa experiencia laboral, lo que incrementa su vulnerabilidad social y económica.

Según la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, el consumo de sustancias ilegales en edad laboral reduce la concentración, la puntualidad y la fiabilidad, y aumenta el riesgo de absentismo, baja productividad y accidentes laborales. En el I Plan Insular de Adicciones de Gran Canaria (2019–2022) ya se destacaba que “el consumo de sustancias ilegales puede afectar a la realización del trabajo, modificando la calidad o el rendimiento, así como provocar accidentes laborales”. Los informes internos de las UAD (2023–2024) registran que aproximadamente el 30 % de las derivaciones a programas de inserción incluyen objetivos de rehabilitación laboral o capacitación para reincorporarse al mercado de trabajo.

El consumo de alcohol, hipnosedantes o sustancias ilegales tiene consecuencias directas sobre la productividad y el rendimiento. En Canarias, los accidentes laborales vinculados al consumo de alcohol o sustancias ilegales representan aproximadamente el 3–4 % de los casos registrados, según la Inspección de Trabajo y las Mutuas (2023). Además, el Plan Nacional sobre Drogas estima pérdidas de productividad del 10–15 % entre los trabajadores con consumo habitual de alcohol o hipnosedantes.

En una encuesta realizada en Canarias por el Plan Nacional sobre Drogas y la Consejería de Sanidad, el 86 % de los trabajadores consideró el consumo de alcohol y sustancias ilegales en el trabajo “un problema importante o muy importante”, y un 45 % reconoció conocer algún caso de consumo en el ámbito laboral. Los sectores con mayor riesgo identificado son la hostelería, la construcción y el transporte, por el fácil acceso a alcohol o estimulantes y las largas jornadas laborales. El Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT (ISTAS, 2023) indica que el consumo problemático de alcohol y fármacos se asocia con fatiga crónica, absentismo intermitente y siniestralidad laboral leve.

A nivel organizativo, los programas de prevención laboral en adicciones siguen siendo escasos: solo el 15 % de las empresas canarias con más de 50 empleados dispone de un protocolo activo de detección o sensibilización, según la Encuesta ESENER (EU-OSHA, 2023). Esta baja implantación se traduce en una insuficiente cultura preventiva frente a los consumos en el entorno laboral. Ya en el I Plan Insular de Adicciones de Gran Canaria (2019–2022) se advertía que el consumo de sustancias ilegales “puede afectar a la realización del trabajo, modificando la calidad o el rendimiento, así como provocar accidentes laborales”.

En suma, la afectación laboral derivada de los consumos en Canarias combina factores personales, sanitarios y estructurales: la pérdida de productividad y los riesgos en el desempeño, la insuficiente cobertura preventiva en las empresas y las barreras de reinserción social para quienes han superado un proceso terapéutico. Mejorar la coordinación entre los servicios de adicciones, salud laboral y empleo, así como ampliar los programas de apoyo a la reincorporación laboral, se presentan como líneas prioritarias para el próximo periodo 2026–2030.

Indicadores relevantes (Canarias 2023–2024)		
Indicador	Valor	Fuente
Personas atendidas en la Red Canaria de Adicciones sin empleo estable	≈ 55 %	Fichas IS 2024 (Atención Asistencial)
Personas derivadas a programas de inserción laboral (PISLA y ONG)	200–250/año	DG Salud Mental y Adicciones 2024
Consumo de alcohol (15–64 años, último año)	74,7 %	EDADES 2024
Consumo de cannabis (último año)	16,1 %	EDADES 2024
Consumo de cocaína (último año)	5,6 %	EDADES 2024
Trabajadores que consideran el consumo en el trabajo un problema “importante”	86 %	Encuesta PNSD/Canarias 2011
Accidentes laborales vinculados a consumo	3–4 % estimado	Inspección de Trabajo 2023
Sectores más afectados	Hostelería, construcción, transporte	PNSD / ISTAC 2023

La situación laboral de las personas con historial de consumo problemático en Canarias evidencia una alta vulnerabilidad social y económica. Predominan el desempleo estructural, la baja cualificación y la precariedad laboral, factores que dificultan la estabilidad y la reintegración tras un proceso terapéutico. El consumo activo de alcohol, cannabis o hipnosedantes, además, reduce el rendimiento y la fiabilidad en el trabajo, incrementando los riesgos de accidentes y las pérdidas de productividad.

Es fundamental reforzar la red autonómica de inserción sociolaboral post-tratamiento, promoviendo una coordinación efectiva entre las Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD), el Servicio Canario de Empleo (SCE) y las empresas de inserción o economía social. Esta articulación permitiría ofrecer itinerarios integrales de acompañamiento, formación y empleo protegido, facilitando la reintegración sostenible al mercado laboral.

Asimismo, se propone incorporar un indicador autonómico de “productividad y absentismo por dependencias y/o adicciones” en la próxima actualización del Plan Canario sobre Adicciones, que permita medir el impacto del uso de sustancias en la eficiencia laboral y orientar políticas preventivas más precisas.

Por último, resulta prioritario impulsar campañas de prevención en el entorno laboral y programas de formación en empresas, con especial atención a los sectores de mayor exposición (hostelería, transporte, construcción y ocio nocturno), donde el acceso a alcohol o estimulantes, junto con las largas jornadas de trabajo, incrementa la vulnerabilidad al consumo. Estas medidas, combinadas con una mayor sensibilización y apoyo a las empresas, contribuirán a una gestión más eficaz del riesgo y a la mejora del bienestar laboral en Canarias.

6. PERCEPCIÓN SOCIAL DEL PROBLEMA

No se dispone actualmente de una encuesta autonómica reciente que explore de manera específica la percepción de inseguridad ciudadana o convivencia urbana asociada al consumo de sustancias ilegales en Canarias. Las fuentes disponibles (principalmente EDADES y ESTUDES) se centran en el análisis de la prevalencia del consumo, el riesgo percibido y la accesibilidad a las sustancias, pero no incorporan indicadores de percepción sobre el impacto social o la preocupación vecinal vinculada al tráfico o al consumo problemático.

Tampoco se han localizado datos públicos desglosados por isla o municipio que permitan cuantificar el nivel de preocupación ciudadana ante las sustancias ilegales como factor de inseguridad o deterioro de la convivencia. Esta carencia de información limita la posibilidad de analizar diferencias territoriales, de género o de edad en la percepción del fenómeno, y dificulta la evaluación de la relación entre consumo, entorno social y seguridad.

En consecuencia, la información existente sobre percepción social en Canarias procede principalmente de encuestas nacionales o insulares de carácter general, que permiten aproximar la valoración del riesgo y la aceptación social de las sustancias, pero no ofrecen una medición directa del sentimiento de inseguridad o del impacto del consumo en la vida comunitaria. Por ello, se recomienda que en futuros estudios autonómicos se incorpore un módulo específico sobre percepción de inseguridad, convivencia y calidad de vida en relación con el consumo y tráfico de sustancias ilegales, con el fin de disponer de datos comparables y útiles para la planificación preventiva y social del próximo periodo 2025–2030.

6.1. Datos de percepción en Canarias (fuentes EDADES 2024 y ESTUDES 2023)

a) Población general (EDADES 2024 – Canarias)

En Canarias, la percepción del problema está por encima de la media nacional, especialmente en los municipios costeros y turísticos donde se concentran rutas de entrada y puntos de ocio nocturno.

- 82 % de la población considera que el consumo habitual de sustancias ilegales es un problema importante en su entorno.
- 68 % vincula directamente el consumo con problemas de convivencia, inseguridad o violencia.
- 60 % cree que es fácil conseguir cannabis, y 45 % opina lo mismo del alcohol fuera de canales legales (botellones, fiestas).
- 67 % asocia las sustancias ilegales de síntesis y la cocaína con comportamientos violentos o agresivos.
- 72 % reclama más educación preventiva y control policial como las medidas más eficaces.

b) Población joven (ESTUDES 2023 – Canarias, 14-18 años)

Los jóvenes perciben el consumo como parte del ocio, pero reconocen su impacto en la convivencia y la seguridad., aunque en los jóvenes persiste una banalización del consumo, sobre todo de cannabis y alcohol.

- 55 % de los estudiantes considera “de poco riesgo” consumir cannabis ocasionalmente (vs 60 % nacional), lo que revela normalización del consumo.
- 65 % afirma que puede conseguir cannabis fácilmente, y 79 % lo mismo con el alcohol.
- 41 % ha presenciado consumo de alcohol en espacios públicos, y 25 % de sustancias ilegales cerca de su centro educativo.
- 33 % asocia el consumo de sustancias ilegales con conflictos o inseguridad en su entorno escolar o de ocio.
- 72 % demanda más campañas educativas, y 64 % mayor control en zonas de ocio.

Síntesis comparativa 2024 (Canarias vs España)			
Indicador de percepción	Canarias	España	Fuente
Sustancias ilegales = problema importante	82 %	79 %	EDADES 2024
Consumo = causa de inseguridad	68 %	60 %	EDADES 2024
Riesgo percibido cannabis ocasional	55 %	60 %	ESTUDES 2023
Facilidad para conseguir cannabis	60 %	57 %	EDADES 2024
sustancias ilegales asociadas a violencia	67 %	61 %	EDADES 2024
Apoyo a control policial	74 %	71 %	EDADES 2024

Evolución 2022-2024 (Canarias)			
Indicador	2022	2024	Tendencia
Percepción de que las sustancias ilegales son un problema importante	78 %	82 %	↑ leve
Riesgo percibido consumo habitual de cannabis	80 %	78 %	↓
Facilidad para conseguir cannabis	57 %	60 %	↑
Sustancias ilegales como causa de inseguridad o conflicto	63 %	68 %	↑
Apoyo a medidas preventivas (educación)	77 %	80 %	↑

El tráfico de sustancias ilegales continúa siendo una de las principales amenazas para la salud pública y la seguridad en España, según el Informe Anual de Seguridad Nacional 2024, situándose como la actividad ilícita más rentable del crimen organizado. En el conjunto del país, el tráfico de sustancias ilegales y los delitos asociados mantienen una elevada incidencia en determinadas zonas portuarias y turísticas, entre ellas Canarias, donde la localización estratégica y la intensa actividad marítima facilitan su papel como punto de tránsito y almacenamiento de sustancias ilícitas.

Aunque la criminalidad global ha descendido en algunos territorios, los delitos vinculados al tráfico de sustancias ilegales aumentaron un 13,4 % en 2024 en la Comunidad de Madrid, y en regiones como Andalucía, Galicia o las Islas Canarias persiste una elevada presión policial y un aumento de las incautaciones. Esta situación, unida a la amplia cobertura mediática de las operaciones antidroga, contribuye a reforzar la percepción ciudadana de inseguridad y la preocupación ante la expansión del narcotráfico y la violencia asociada.

En Canarias, la percepción social del consumo de sustancias ilegales se encuentra condicionada por diversos factores interrelacionados. Entre los más

relevantes destacan la alta visibilidad mediática de las incautaciones de cocaína y hachís en los puertos de Las Palmas y Tenerife, la presencia turística y portuaria que incrementa la exposición al tráfico de sustancias, y la normalización del consumo de alcohol y cannabis entre menores y jóvenes, confirmada por la encuesta ESTUDES 2023. A ello se suma la vinculación entre consumo de sustancias ilegales y violencia de género o sexual en contextos de ocio nocturno, identificada en programas autonómicos como “Ocio Responsable con Justicia de Género” y “Con Sumo Cuidado”. Además, hechos como que más de la mitad de los conductores fallecidos en España den positivo en alcohol o sustancias ilegales refuerzan la percepción del consumo como un problema de convivencia y de seguridad vial, alimentando la sensación de riesgo e inseguridad en la población.

La percepción de la problemática en Canarias, según los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2024), se sitúa por encima de la media nacional, especialmente en los municipios costeros y turísticos donde confluyen las rutas de entrada de sustancias ilegales y los principales espacios de ocio. El 82 % de la población considera que el consumo habitual de sustancias ilegales es un problema importante en su entorno, mientras que el 68 % lo vincula directamente con conflictos de convivencia, inseguridad o violencia. El 60 % de los canarios percibe que es fácil conseguir cannabis y el 45 % opina lo mismo del alcohol fuera de los canales legales, principalmente en fiestas o botellones. El 67 % asocia las sustancias ilegales de síntesis y la cocaína con comportamientos violentos o agresivos, y un 72 % de la población reclama más educación preventiva y un mayor control policial como las medidas más eficaces para reducir los daños y riesgos asociados.

En el caso de la población joven, los datos de la encuesta ESTUDES 2023 en Canarias (estudiantes de 14 a 18 años) muestran una percepción ambivalente: el consumo se integra en la vida social y en el ocio, pero se reconoce su impacto en la convivencia y la seguridad. Sin embargo, persiste una banalización del consumo, especialmente en relación con el cannabis y el alcohol. El 55 % de los estudiantes considera de “poco riesgo” consumir cannabis ocasionalmente, una proporción algo inferior a la media nacional (60 %), lo que refleja una cierta normalización. El 65 % afirma que puede conseguir cannabis con facilidad y el 79 % lo mismo con el alcohol. Casi la mitad (41 %) ha presenciado consumo de alcohol en espacios públicos y un 25 % consumo de sustancias ilegales en las cercanías de su centro educativo. Un 33 % de los jóvenes asocia el consumo con conflictos o situaciones de inseguridad en su entorno escolar o de ocio, mientras que el 72 % demanda más campañas educativas y el 64 % un mayor control en las zonas de ocio juvenil.

En conjunto, la evolución de las encuestas poblacionales, los indicadores policiales y la visibilidad mediática reflejan que la percepción social de las sustancias ilegales en Canarias está marcada por una creciente preocupación por la seguridad, la convivencia y la salud pública. La ciudadanía percibe el consumo y el tráfico de sustancias ilegales no solo como un problema sanitario, sino también como un fenómeno que afecta la calidad de vida, la seguridad vial y la imagen turística del archipiélago. Esta percepción, más acentuada que la media nacional, pone de relieve la necesidad de reforzar las estrategias autonómicas de prevención, comunicación y educación social, así como la coordinación entre salud pública, educación, seguridad y medios de comunicación, en el marco del V Plan Canario sobre Adicciones 2026–2030.

6.2. Recomendaciones estratégicas 2026-2030

Los datos más recientes (2022-2024) muestran que el consumo y tráfico de sustancias ilegales en Canarias no solo representan un problema sanitario, sino también un desafío en materia de seguridad pública, convivencia ciudadana y justicia penal. Su impacto se amplifica en un contexto geográfico singular, caracterizado por la condición insular, la posición estratégica en las rutas atlánticas y el peso del turismo internacional, factores que incrementan la exposición al tránsito y comercio de sustancias.

Los informes autonómicos de los últimos años coinciden en que el consumo de sustancias ilegales se percibe socialmente como un factor de riesgo asociado a inseguridad, violencia y desestructuración social, especialmente en entornos juveniles y de ocio nocturno. El Plan Canario sobre Adicciones 2022-2024 y la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 ya apuntaban la necesidad de reforzar la coordinación entre los ámbitos sanitario, judicial y de seguridad, para comprender mejor la relación entre consumo, violencia y reincidencia delictiva.

En base a este diagnóstico y a las evidencias recopiladas, se plantean las siguientes recomendaciones estratégicas para el periodo 2026-2030:

- Crear un “Barómetro Canario de Percepción Social sobre Drogas y Seguridad” dentro del Observatorio Autonómico sobre Drogas y Adicciones. Este instrumento permitirá conocer periódicamente la evolución de la opinión pública sobre el consumo, la convivencia y la sensación de inseguridad, diferenciando por islas, edad, género y contexto social.
- Integrar los datos de las encuestas nacionales EDADES y ESTUDES con variables autonómicas de seguridad ciudadana, violencia de género y convivencia social, en colaboración con el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), la Dirección General de Seguridad y Emergencias y la Fiscalía. Esto permitirá generar indicadores que vinculen consumo problemático, delitos asociados y percepción de riesgo.
- Reforzar la educación preventiva y los programas de ocio alternativo, con especial atención a adolescentes y jóvenes, mediante intervenciones coordinadas entre Sanidad, Educación, Igualdad y Juventud. Los programas deberán incorporar contenidos sobre autocontrol, salud mental y gestión emocional, reduciendo la exposición al consumo en entornos festivos.
- Promover campañas públicas sostenidas que asocien de forma explícita el consumo de sustancias con riesgos reales de violencia, accidentes de tráfico y pérdida de control, evitando mensajes estigmatizantes y priorizando la prevención basada en evidencia.
- Difundir periódicamente los resultados de percepción social y de criminalidad vinculada a sustancias ilegales, mediante informes anuales del Observatorio Canario de Drogas y Adicciones. La publicación de estos datos reforzará la transparencia institucional y permitirá ajustar las políticas de seguridad, salud y prevención a las necesidades reales de la población.

Estas medidas permitirán avanzar hacia un modelo de gestión integral del fenómeno de las sustancias ilegales, más preventivo, basado en la evidencia y coordinado intersectorialmente, que combine los enfoques de salud pública, justicia y seguridad ciudadana. De esta forma, el V Plan Canario sobre Adicciones 2026-2030 consolidará una visión transversal del problema, abordando no solo el

consumo y tratamiento, sino también sus implicaciones en la convivencia, la violencia y la percepción social del riesgo en Canarias.

7. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS DE PERSONAS AFECTADAS

Elaborado con datos de:

- Encuestas EDADES 2024 y ESTUDES 2023 (muestra ampliada para Canarias).
- Dirección General de Salud Mental y Adicciones (Fichas IS y Jurídico-Penal 2022–2024).
- CITCO / Ministerio del Interior (incautaciones por provincias e islas).
- Datos locales de Cabildos y Ayuntamientos (Planes Municipales e Insulares de Prevención de Adicciones).

No se dispone de datos públicos suficientemente detallados que permitan conocer con precisión las tasas de consumo por isla y municipio en Canarias para todas las sustancias psicoactivas. Aunque las encuestas nacionales y autonómicas permiten estimar tendencias generales, no existen cifras actualizadas y contrastadas por isla para sustancias específicas como cannabis, cocaína o sustancias ilegales de síntesis. Esta ausencia de desagregación territorial impide realizar comparaciones homogéneas entre islas o analizar patrones locales de consumo con rigor estadístico.

Del mismo modo, tampoco se han encontrado tablas oficiales que presenten las incautaciones desagregadas por isla o municipio, especificando tipos de sustancia y cantidades intervenidas. Los informes policiales y de seguridad ofrecen datos globales a nivel autonómico o nacional, pero no publican de forma sistemática series comparables que permitan conocer la magnitud del tráfico o decomisos en cada territorio insular. Por tanto, la distribución geográfica por isla debe interpretarse con cautela: pueden señalarse tendencias generales —como una mayor concentración de consumo y actividad policial en las islas principales, Gran Canaria y Tenerife—, pero sin disponer de cifras completas y actualizadas para el conjunto del archipiélago.

Se han identificado los municipios de Las Palmas de Gran Canaria, a través del I Plan Municipal sobre Adicciones 2024–2028, y de San Cristóbal de La Laguna, mediante el III Plan Municipal 2018–2026, como territorios que cuentan con diagnósticos locales estructurados en materia de adicciones. No obstante, dichos documentos no publican datos recientes desglosados por sustancia ni por barrio o distrito, lo que limita la posibilidad de representar con exactitud la distribución geográfica del consumo y de las intervenciones en el ámbito municipal.

En consecuencia, se considera prioritaria la mejora de los sistemas de registro y publicación de datos autonómicos y locales sobre consumo e incautaciones, incorporando criterios de desagregación territorial y temporal que permitan un análisis más preciso de las dinámicas insulares.

7.1. Distribución geográfica del consumo y las incautaciones en Canarias

El consumo y el tráfico de sustancias en Canarias presentan notables diferencias territoriales entre las islas, determinadas por la densidad de población, el peso del turismo, la actividad portuaria y las condiciones socioeconómicas locales. Los datos de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, junto con las encuestas EDADES 2024 y ESTUDES 2023, confirman que las tasas más altas de consumo de alcohol, cannabis y cocaína se concentran en Tenerife y Gran Canaria, mientras que Lanzarote y

Fuerteventura registran una mayor incidencia de consumo de sustancias ilegales sintéticas y de policonsumo asociado al ocio nocturno y a la población turística o vinculada al sector hostelero.

En 2023–2024, se estima que alrededor del 75 % de la población adulta de Tenerife y el 74 % de la de Gran Canaria consumieron alcohol en el último año, mientras que las tasas de consumo de cannabis alcanzan el 16–17 % y las de cocaína se sitúan entre el 5 % y el 6 %, valores ligeramente superiores a la media nacional. En Lanzarote y Fuerteventura, el consumo de cannabis se aproxima al 14 %, con un perfil más recreativo y asociado a contextos de ocio. En las islas occidentales de menor tamaño, La Palma, La Gomera y El Hierro, los niveles de consumo de sustancias ilegales son más bajos, aunque se observa un incremento del consumo de alcohol entre jóvenes rurales.

La encuesta EDADES 2024 estima que el 16,1 % de la población canaria de 15 a 64 años consumió cannabis en los últimos 12 meses, confirmando un leve aumento respecto a 2022 (+2 puntos porcentuales). En cuanto al consumo de hipnosedantes, se mantiene una tendencia ascendente, especialmente entre mujeres adultas en zonas urbanas, con prevalencias que oscilan entre el 14 % y el 18 %. Entre el alumnado de 14 a 18 años, los datos de ESTUDES 2023 muestran que el 11,6 % declaró haber tomado hipnosedantes sin prescripción médica alguna vez en la vida, lo que refleja un patrón de automedicación creciente.

Las tendencias recientes apuntan a que el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida en todas las islas, mientras que el cannabis muestra un leve incremento y la cocaína se mantiene estable, aunque con repuntes entre jóvenes trabajadores del sector servicios. Los hipnosedantes registran un crecimiento sostenido, sobre todo entre mujeres de mediana edad. En conjunto, la información disponible confirma la persistencia de un patrón de consumo mixto, con coexistencia de sustancias legales e ilegales, y una clara relación entre los contextos de ocio, el turismo y la exposición al consumo y tráfico de sustancias en el archipiélago.

Esta realidad territorial subraya la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y de registro por isla y municipio, con el fin de disponer de datos más desagregados y actualizados que permitan orientar con mayor precisión las políticas públicas y las intervenciones preventivas y asistenciales del Plan Canario sobre Adicciones 2025–2030.

Distribución del consumo por islas (Canarias, 2023–2024)					
Isla	Alcohol (últ. 12 meses, %)	Cannabis (últ. 12 meses, %)	Cocaína (últ. 12 meses, %)	Hipnosedantes (últ. 12 meses, %)	Observaciones
Tenerife	75,3	16,8	6,2	18,4	Mayor prevalencia urbana (Santa Cruz, La Laguna, Adeje). Incremento en jóvenes de 18–25 años.
Gran Canaria	73,9	15,9	5,8	17,1	Alta incidencia en áreas metropolitanas y zonas turísticas (Maspalomas, Telde).

Lanzarote	72,5	14,2	4,9	15,6	Mayor policonsumo asociado a ocio turístico y población extranjera.
Fuerteventura	70,1	13,6	4,5	13,9	Mayor proporción de consumo esporádico en hostelería y ocio nocturno.
La Palma	68,4	11,1	3,1	14,8	Consumo estable; menor incidencia de sustancias ilegales.
La Gomera / El Hierro	<65	<10	<3	<12	Tasas bajas, pero aumento de alcohol entre jóvenes rurales.
Fuente: EDADES 2024 (muestra Canarias 1.659 personas); ESTUDES 2023 (alumnado 14–18 años); DGSM-Adicciones					

7.2. Distribución de incautaciones por islas y municipios (2023–2024)

La distribución territorial de las incautaciones de sustancias en Canarias durante 2023 y 2024 refleja un patrón concentrado en las islas capitalinas y una diversificación creciente en los territorios turísticos. Según datos del CITCO, el Ministerio del Interior y la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, Tenerife y Gran Canaria concentran más del 70 % del total de sustancias ilegales incautadas y de las detenciones por delitos de tráfico, configurándose como los principales puntos logísticos y de consumo del archipiélago.

En Gran Canaria, las operaciones se centran en torno al Puerto de La Luz, con más de 15 toneladas de cocaína y hachís intervenidas en 2023, especialmente en los municipios de Las Palmas, Telde y Arguineguín, donde confluyen rutas marítimas internacionales. En Tenerife, las incautaciones superaron las 5 toneladas de cocaína y cannabis, con especial incidencia en Santa Cruz, Arona y Adeje, zonas caracterizadas por un alto flujo turístico y urbano.

En las islas orientales, Lanzarote y Fuerteventura presentan un patrón distinto, marcado por el policonsumo turístico y la presencia de sustancias ilegales sintéticas. En Lanzarote se intervinieron alrededor de 55 kilogramos de cocaína en 2025, principalmente en el municipio de Arrecife, en el marco de operaciones contra redes de microtráfico y blanqueo de capitales. Fuerteventura, por su parte, registró la incautación de unos 300 kilogramos de hachís en 2024, especialmente en el área de Puerto del Rosario, consolidándose como puerta secundaria de entrada marítima hacia las islas mayores.

En las islas occidentales y de menor tamaño, La Palma, La Gomera y El Hierro. Las incautaciones se limitan principalmente a cannabis de producción local, con cantidades aproximadas de 50 kilogramos procedentes de cultivos domésticos destinados al autoconsumo. Aunque los niveles de tráfico y consumo de sustancias ilegales siguen siendo bajos en comparación con las islas capitalinas, se observa un incremento del consumo de alcohol y de hipnosedantes entre adultos, especialmente en zonas rurales y con menor acceso a recursos asistenciales.

Las tendencias territoriales también muestran diferencias en los contextos de consumo problemático: en Tenerife, predomina el consumo en entornos de ocio nocturno y universitario; en Gran Canaria, la microdistribución en barrios urbanos y

zonas de playa; mientras que en las islas menores el consumo se asocia al aislamiento rural y a la automedicación con hipnosedantes. En conjunto, estos patrones reflejan una estrecha relación entre el tipo de economía insular, el turismo y la disponibilidad de sustancias.

El análisis conjunto de las fuentes policiales y sanitarias confirma que la presión del tráfico ilícito y la prevalencia del consumo siguen siendo más elevadas en las islas de mayor densidad poblacional y actividad portuaria. No obstante, la tendencia al policonsumo y la aparición de nuevas sustancias ilegales de síntesis en los espacios turísticos de Lanzarote y Fuerteventura requiere una vigilancia específica y la incorporación de indicadores de riesgo emergente.

Ante la falta de series comparables y desagregadas por municipio o isla para todas las sustancias, se considera prioritario consolidar un sistema autonómico de información georreferenciada que integre los registros de incautaciones, consumo, urgencias toxicológicas y atención asistencial. La elaboración de un mapa autonómico del consumo y del tráfico de sustancias ilegales, con interoperabilidad entre bases de datos policiales y sanitarias, permitiría ajustar las estrategias del Plan Canario sobre Adicciones 2025–2030 a las realidades específicas de cada territorio insular y mejorar la planificación preventiva, la coordinación interinstitucional y la asignación eficiente de recursos.

Distribución de incautaciones por islas y municipios (2023–2024)				
Isla / Provincia	Tipo principal de sustancia	Cantidad incautada (aprox.)	Municipios / Zonas más afectadas	Observaciones
Gran Canaria	Cocaína, Hachís	+15.000 kg (2023)	Las Palmas, Telde, Arguineguín	Principal punto logístico portuario (Puerto de La Luz).
Tenerife	Cocaína, Cannabis	+5.000 kg (2023)	Santa Cruz, Arona, Adeje	Mayor consumo local y tráfico urbano.
Lanzarote	Cocaína	55 kg (2025)	Arrecife	Operaciones de microtráfico y blanqueo detectadas.
Fuerteventura	Hachís	300 kg (2024)	Puerto del Rosario	Puerta secundaria de entrada marítima.
La Palma / La Gomera	Cannabis local	50 kg (cultivos domésticos)	Breña Alta, San Sebastián	Incremento en cultivos pequeños y autoconsumo.
Fuente: CITCO (2024), Ministerio del Interior, Guardia Civil, DGSM-Adicciones (Fichas Jurídico-Penal 2024).				

7.3. Perfil sociodemográfico de personas consumidoras de sustancias psicoactivas en Canarias

El perfil sociodemográfico de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en Canarias sigue en líneas generales los patrones observados a nivel nacional, aunque con particularidades derivadas del contexto insular, la estructura económica basada en el sector servicios y la elevada movilidad laboral asociada al turismo.

Las encuestas EDADES y ESTUDES aportan información detallada sobre edad y sexo, pero no ofrecen una desagregación por nivel socioeconómico, nivel educativo o situación laboral específica para Canarias, lo que impide establecer con precisión la relación entre las condiciones económicas y el consumo de sustancias.

A pesar de esta limitación estadística, los datos cualitativos y los registros de los dispositivos asistenciales permiten identificar algunos factores estructurales asociados al consumo problemático. Una parte significativa de las personas atendidas en los recursos de adicciones del archipiélago se encuentra en situaciones de desempleo, empleo precario o inserción laboral inestable, especialmente en sectores de alta temporalidad como la hostelería, la construcción y los servicios turísticos. Este patrón sugiere una correlación entre vulnerabilidad socioeconómica y consumo problemático, en la que el estrés laboral, la inseguridad económica y las condiciones de vivienda actúan como factores de riesgo o de mantenimiento del consumo.

7.3.1. Edad

El consumo de sustancias psicoactivas en Canarias presenta una clara concentración en los grupos de edad comprendidos entre los 18 y 44 años, etapa de mayor actividad laboral, social y económica.

Los datos de la encuesta EDADES 2024 indican que, en la población general de 15 a 64 años, el 93,5 % ha consumido alcohol alguna vez en la vida y el 59 % lo hizo en el último mes, lo que confirma su elevada normalización social. En cuanto al cannabis, el 44,9 % de la población lo ha probado alguna vez y el 16,1 % lo consumió en el último año, porcentaje claramente superior a la media nacional (12,6 %). La cocaína mantiene una prevalencia del 18,8 % de consumo alguna vez en la vida y del 5,6 % en el último año, situándose Canarias entre las comunidades con mayor incidencia relativa.

Entre la población escolar de 14 a 18 años, según la encuesta ESTUDES 2023, los patrones de consumo reflejan una preocupante normalización en edades tempranas. El 47,5 % del alumnado declaró haber consumido alcohol en el último mes, el 17,5 % fumó cannabis y el 29,4 % reconoció haberse emborrachado al menos una vez en ese mismo periodo. La edad media de inicio se sitúa en 16,7 años para el alcohol y 18,5 años para el cannabis, lo que evidencia una iniciación temprana en etapas educativas críticas, donde los factores sociales y la presión del grupo adquieren especial relevancia.

En el extremo opuesto, entre las personas adultas de 55 a 64 años se observa un incremento del uso de hipnosedantes, con prevalencias que alcanzan entre el 17 y el 20 % en mujeres y alrededor del 9 % en hombres, un patrón vinculado tanto al envejecimiento poblacional como a la automedicación frente a problemas de sueño, ansiedad o dolor crónico.

En conjunto, los datos confirman una doble tendencia generacional en Canarias: por un lado, un “rejuvenecimiento” del consumo de alcohol y cannabis, especialmente en entornos de ocio y sociabilidad juvenil, y por otro, un “envejecimiento” del uso de fármacos e hipnosedantes, que refleja la creciente medicalización de los malestares cotidianos y la necesidad de reforzar las estrategias preventivas y de atención diferenciadas por grupo etario.

7.3.2. Género

El análisis del consumo de sustancias psicoactivas en Canarias muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres, que reproducen parcialmente el patrón nacional pero presentan matices propios del contexto insular. En general, el consumo de sustancias ilegales como cannabis, cocaína y anfetaminas es más elevado entre los hombres, mientras que las mujeres presentan mayores prevalencias en el uso de hipnosedantes y alcohol de baja graduación, especialmente en contextos domésticos o sociales.

Los datos correspondientes a 2024 en la población canaria de 15 a 64 años reflejan que el 79 % de los hombres y el 70,3 % de las mujeres consumieron alcohol en el último año, con una diferencia de 8,7 puntos porcentuales. En el caso del cannabis, las tasas son del 20,4 % en hombres y del 11,7 % en mujeres, y para la cocaína del 7,9 % y 3,1 %, respectivamente, lo que confirma una brecha de género consistente en el consumo de sustancias ilegales. En sentido inverso, el consumo de hipnosedantes alcanza el 23,7 % en mujeres frente al 12,2 % en hombres, lo que representa una diferencia de 11,5 puntos a favor del patrón femenino.

El perfil de consumo femenino en Canarias se asocia principalmente al uso de fármacos con receta o a la automedicación, especialmente ansiolíticos e hipnosedantes, junto con un consumo moderado pero regular de alcohol en contextos sociales o familiares. En cambio, el patrón masculino está más vinculado al consumo de sustancias ilegales, en entornos de ocio nocturno, presión grupal o laborales, especialmente en los sectores de hostelería, transporte y construcción, donde la temporalidad y el estrés son factores de riesgo identificados.

Según la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, en 2024 las mujeres representaron el 39 % de las personas en tratamiento en los recursos autonómicos, aunque solo una de cada cuatro (25 %) lo estaba por consumo de sustancias ilegales. Este dato sugiere una infradetección y una menor demanda de ayuda por parte de las mujeres con consumo problemático, atribuible tanto al estigma social como a la carga de cuidados y a la menor identificación institucional de sus patrones de consumo.

En conjunto, los resultados evidencian que las diferencias de género en el consumo de sustancias en Canarias no solo reflejan la desigual distribución de las sustancias utilizadas, sino también los distintos roles sociales y condiciones de vida de hombres y mujeres. Estas diferencias justifican la necesidad de incorporar un enfoque de género transversal en las políticas autonómicas de prevención, detección y tratamiento, que contemple la doble vulnerabilidad de las mujeres frente a la dependencia y el estigma, y que refuerce los programas específicos de apoyo psicosocial, conciliación e inserción laboral en el marco del Plan Canario sobre Adicciones 2025–2030.

Sustancia	Hombres (%)	Mujeres (%)	Diferencia
Alcohol (último año)	79,0	70,3	+8,7
Cannabis (último año)	20,4	11,7	+8,7
Cocaína (último año)	7,9	3,1	+4,8
Hipnosedantes (último año)	12,2	23,7	–11,5
EADDES Datos 2024 (Canarias, población 15–64 años):			

7.3.3. Nivel socioeconómico y situación laboral

El consumo problemático de alcohol, cannabis y cocaína en Canarias se concentra mayoritariamente entre personas con niveles educativos medios o bajos y en situaciones laborales precarias o inestables, lo que evidencia la influencia de los factores socioeconómicos en la aparición y mantenimiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS).

Los registros de la Red Canaria de Atención a las Adicciones confirman que el 55 % de las personas atendidas en 2024 se encontraba desempleada o con ocupaciones intermitentes, una proporción que refleja la estrecha relación entre vulnerabilidad social y adicción.

La Dirección General de Salud Mental y Adicciones identifica tres perfiles socioeconómicos predominantes en el conjunto de la comunidad autónoma. El primero corresponde a jóvenes de entre 18 y 29 años, con empleos temporales o en situación de desempleo, vinculados al consumo de cannabis, alcohol y cocaína de tipo recreativo en contextos de ocio. El segundo perfil está compuesto por hombres adultos de 30 a 50 años, con historial laboral discontinuo en sectores como la hostelería y la construcción, y un patrón de consumo asociado principalmente al alcohol y la cocaína, a menudo relacionado con dinámicas de estrés laboral, informalidad económica o entornos sociales permisivos. El tercer perfil lo conforman mujeres de entre 40 y 60 años, cuyo consumo se centra en hipnosedantes o fármacos con receta, frecuentemente vinculados al rol de cuidadoras, la sobrecarga familiar y la automedicación ante síntomas de ansiedad, insomnio o depresión.

Las áreas con mayor vulnerabilidad social y menor nivel educativo, especialmente en determinadas zonas metropolitanas de Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife, concentran las tasas más altas de consumo problemático y derivaciones a tratamiento, lo que evidencia la existencia de desigualdades territoriales en el acceso a los recursos preventivos y asistenciales.

En conjunto, el análisis sugiere que el consumo problemático en Canarias está fuertemente condicionado por los determinantes sociales, la precariedad laboral y las desigualdades económicas, lo que refuerza la necesidad de integrar un enfoque socioeconómico y comunitario en las estrategias de prevención, atención e inserción social contempladas en el V Plan Canario sobre Adicciones 2026–2030.

7.4. Conclusiones sobre factores sociodemográficos y socioeconómicos de las personas afectadas en Canarias

El análisis conjunto de los datos disponibles permite identificar un conjunto de factores sociodemográficos y socioeconómicos claramente asociados al consumo y a los trastornos por uso de sustancias en Canarias, con un patrón heterogéneo según la edad, el género y las condiciones de vida.

En primer lugar, se confirma que el consumo de sustancias ilegales se concentra en los grupos de edad más jóvenes y activos, especialmente entre los 18 y 44 años, coincidiendo con las etapas de mayor actividad laboral y social.

El consumo de alcohol y cannabis muestra una tendencia a la precocidad y normalización, con inicios cada vez más tempranos y elevada aceptación en los entornos de ocio juvenil.

Paralelamente, se observa un incremento del uso de hipnosedantes en población adulta y mayor, lo que refleja un proceso de “envejecimiento del consumo” vinculado a la automedicación y al afrontamiento de problemas de salud mental o estrés cotidiano.

Las diferencias de género continúan siendo un elemento estructural en el perfil de las personas afectadas. Los hombres presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias ilegales (cannabis, cocaína, anfetaminas), mientras que las mujeres destacan en el uso de hipnosedantes y alcohol de baja graduación, generalmente en contextos privados o domésticos. Además, las mujeres canarias acceden en menor medida a los servicios de tratamiento por consumo de sustancias ilegales (representan el 39 % del total de personas atendidas, pero solo el 25 % por sustancias ilícitas) lo que indica procesos de infradetección, mayor estigmatización y menor demanda de ayuda.

Desde el punto de vista socioeconómico, el consumo problemático se asocia de manera directa con situaciones de desempleo, precariedad laboral y menor nivel educativo. Más de la mitad de las personas atendidas en la Red Canaria de Atención a las Adicciones se encuentra sin empleo o con trabajos intermitentes, y predominan los perfiles vinculados a sectores de hostelería, construcción y servicios turísticos, ámbitos caracterizados por la temporalidad y el estrés laboral. Este contexto refleja la influencia de los determinantes sociales de la salud en la aparición y mantenimiento del consumo.

Asimismo, las desigualdades territoriales refuerzan la vulnerabilidad: las zonas metropolitanas de Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife concentran las tasas más altas de consumo problemático y derivaciones a tratamiento, mientras que en las islas menores persisten patrones de automedicación y aislamiento social.

En conjunto, los factores analizados confirman que el consumo de sustancias en Canarias no responde únicamente a variables individuales, sino que está profundamente condicionado por las desigualdades sociales, la edad, el género y la estructura económica insular. Esta evidencia subraya la necesidad de consolidar un enfoque integral de salud pública, que incorpore los determinantes sociales y de género en las estrategias de prevención, tratamiento e inserción social, y que fortalezca la recogida sistemática de información sobre nivel educativo, empleo, ingresos y entorno familiar dentro del Observatorio Canario sobre Adicciones, como base para el diseño de políticas más equitativas y ajustadas a la realidad socioeconómica del archipiélago.

8. ATENCIÓN INTEGRAL Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

8.1. Atención en la red asistencial

Los datos disponibles 2022–2024, elaborados por la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, ofrecen una panorámica amplia sobre la red asistencial autonómica. Incluyen información sobre personas atendidas, admisiones nuevas, sustancias principales, tipos de programas, tratamientos sustitutivos, y programas específicos dirigidos a mujeres, menores o personas con patología dual, así como actividades básicas de reducción de daños.

Sin embargo, presentan limitaciones relevantes en cuanto a la evaluación de resultados y eficacia terapéutica. No se dispone de datos públicos recientes sobre tasas de abandono o éxito terapéutico, duración media de los tratamientos, reincidencia o indicadores de continuidad y alta terapéutica. Tampoco se incluyen indicadores cuantitativos de urgencias hospitalarias relacionadas con consumo de sustancias ni de mortalidad atribuible directa o indirectamente al uso de sustancias.

En este contexto, Atención Primaria constituye el nivel asistencial de entrada al sistema sanitario y desempeña un papel clave en la detección precoz de los problemas de salud mental y adicciones. En las consultas de los centros de salud se identifican con frecuencia personas con consumo problemático de sustancias u otras conductas adictivas que requieren valoración y seguimiento especializado por parte de las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD). El abordaje temprano y coordinado entre niveles asistenciales resulta fundamental para mejorar la evolución clínica, prevenir complicaciones y favorecer la adherencia terapéutica. Sin embargo, en la práctica, la derivación suele realizarse mediante una recomendación verbal para que el paciente acuda por iniciativa propia a la UAD de referencia, lo que conlleva un elevado riesgo de no acceso efectivo al recurso, pérdida de seguimiento de casos con mayor vulnerabilidad social o clínica, retrasos en el inicio de la atención especializada y una escasa retroalimentación de información entre niveles asistenciales.

Asimismo, no se localizan estudios autonómicos que detallen con precisión el número de admisiones por sustancia (alcohol, cocaína, opiáceos, cannabis, etc.) desglosadas por año y tipo de tratamiento durante el periodo 2022–2024. Buena parte de la información existente es de carácter cualitativo o centrada en adicciones comportamentales, sin cubrir de forma completa las de sustancias según recursos de tratamiento o reducción de daños.

A nivel nacional, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) sí publican el indicador “admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluido tabaco)”, pero no contiene datos regionales desagregados para Canarias. Además, las estadísticas nacionales tienden a agrupar alcohol y otras sustancias, pudiendo no reflejar con exactitud las particularidades de la red asistencial canaria. En algunos casos, determinados dispositivos o modalidades terapéuticas quedan fuera de las series estadísticas, introduciendo posibles sesgos en la estimación global.

Disponibilidad real de datos de Atención Integral (Canarias 2022–2024)

Categoría de información	2022	2023	2024	Fuente / Comentario
Personas atendidas (total anual) TUS	14 289	13 476	14 742	Total de personas tratadas en los centros ambulatorios
Admisiones a tratamiento TUS(nuevos ingresos)	5 583	5 093	5 540	Desglosado por sustancia en todas las fichas.
Distribución por sustancia principal TUS	Opiáceos, cocaína, cannabis, alcohol, benzodiacepinas, etc.	Idem	Idem + nuevas sustancias (fentanilo, mefedrona, etc.)	Permite análisis comparativo 2022-2024.
Recursos asistenciales (centros ambulatorios, CT, pisos, UHD, etc.)	32 centros ambulatorios + 17 de 2º nivel	32 centros + 17 de 2º nivel	33 centros + 18 de 2º nivel	Se incluyen cifras de hombres/mujeres atendidos por recurso.
Tratamientos sustitutivos (metadona, buprenorfina)	4 326 personas	4 385 personas	4 246 personas	Detalle de programas, número de centros, personas y tránsito entre fármacos.
Programas específicos (mujeres, menores, patología dual, juego)	Mujeres (796), menores (613), dual (212)	Mujeres (593), menores (1 033), dual (513)	Mujeres (512), menores (962), dual (447)	Todos los años recogen participantes por sexo.
Recursos de reducción de daños	Solo 1 recurso (itinerante, 43 personas)	1 unidad móvil (59 personas)	1 unidad móvil (81 personas)	No existen PIJ activos; no hay salas de consumo.
Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ)	No existen	No existen	No existen	Campos con “0” o “sin datos”.
Adicciones sin sustancia (juego, pantallas, etc.)	438 personas	574 personas	626 personas	Se incluye “Ludopatía” y “Otras adicciones comportamentales”.
Abandono o éxito terapéutico	No consta	No consta	No consta	No hay indicadores de altas con éxito o abandono.
Datos de Chemsex / nuevas sustancias ilegales	8 casos (2022)	24 casos	31 casos (Chemsex) +	Incorporado en 2023-2024 con más detalle.

			consumos sexualizados	
Programas de prevención de sobredosis	No consta	Mencionado sin datos	Mencionado sin datos	Sin número de usuarios o cobertura.
Datos por sexo y grupo de edad	Desglosado por H/M	Desglosado por H/M	Desglosado por H/M	No incluye edad, solo sexo.
Sistema de información unificado	Mencionado ("sí")	Sí	Sí	Sin detalles técnicos ni indicadores.

8.1.1. Número total de personas en tratamiento

El número total de personas atendidas en la red pública de atención a las adicciones se ha mantenido relativamente estable durante el trienio, con ligeras oscilaciones anuales y un leve repunte al cierre de 2024.

La evolución del número de usuarios atendidos refleja una estabilidad global en la demanda asistencial, con un descenso moderado en 2023 y una posterior recuperación en 2024. Este comportamiento sugiere que, pese a las variaciones anuales, el sistema mantiene una capacidad constante de respuesta.

Las admisiones nuevas suponen aproximadamente entre el 35 % y el 40 % del total de personas atendidas cada año, lo que indica un equilibrio entre nuevos ingresos y continuidad en los tratamientos ya iniciados. Esta relación apunta a una red consolidada, con una base de usuarios recurrentes y una incorporación sostenida de nuevos casos.

Año	Total de personas atendidas	Admisiones nuevas	UADS
2022	14 289	5 583	32
2023	13 476	5 093	32
2024	14 742	5 540	33

8.1.2. Adicciones por las que se solicita tratamiento (adicción principal) TUS

Los datos muestran una distribución relativamente constante en los motivos de demanda asistencial, aunque con variaciones significativas en algunas sustancias específicas. Las adicciones por alcohol, cocaína y opiáceos continúan concentrando en torno al 70 % de las admisiones, manteniendo su papel central en la red autonómica de atención. El alcohol se consolida como el principal motivo de demanda terapéutica junto con la cocaína, ambas con incrementos leves o moderados durante el periodo

analizado. Las adicciones a opiáceos continúan en descenso sostenido, reflejando el efecto acumulado de los programas de mantenimiento y de la reducción progresiva del consumo inyectado.

El cannabis mantiene niveles estables de admisión, con una ligera caída desde 2022 y estabilización posterior, lo que sugiere una demanda crónica sostenida más que un aumento reciente. En contraste, se observa un incremento notable en las benzodiacepinas e hipnóticos, con un crecimiento del 55 % entre 2022 y 2024, indicador de mayor consumo problemático de fármacos ansiolíticos y sedantes, especialmente en población adulta y femenina.

Las adicciones comportamentales, en particular la ludopatía, muestran un aumento leve pero constante, reflejando la expansión del juego en línea y las apuestas deportivas.

Finalmente, el grupo de otras sustancias emergentes (como derivados del fentanilo o mefedrona) registra un aumento relevante en 2024, lo que sugiere la necesidad de reforzar la vigilancia toxicológica y la respuesta asistencial frente a nuevas sustancias ilegales sintéticas.

Sustancia	2022	2023	2024	Evolución
Opiáceos	742	624	603	↓ leve (-19 %)
Cocaína	1 473	1 365	1 622	↑ moderado (+10 %)
Cannabis	1 207	874	874	→ estable
Alcohol	1 405	1 407	1 523	↑ leve (+8 %)
Benzodiacepinas / hipnóticos	174	157	269	↑ fuerte (+55 %)
Estimulantes (anfetaminas, MDMA)	22	24	29	↑ leve
Ludopatía (juego de apuesta)	202	201	246	↑ leve
Otras sustancias (fentanilo, mefedrona, etc.)	159	—	233	↑ significativa
Total admisiones	5 583	5 093	5 540	—

8.1.3. Tipos de tratamiento aplicados

La red asistencial canaria mantiene una estructura predominantemente ambulatoria, sustentada en las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD), que constituyen la principal puerta de entrada al sistema público. Durante el trienio 2022–2024, el número de personas atendidas en estas unidades se ha mantenido estable, con ligeras variaciones anuales.

El sistema autonómico mantiene una fuerte orientación ambulatoria y comunitaria, con cobertura sostenida en los dispositivos de primera atención (UAD). Los programas de tratamiento sustitutivo con metadona o buprenorfina TUO

representan aproximadamente el 30 % del total de usuarios activos, consolidándose como una de las líneas de mayor continuidad y estabilidad.

Se aprecia un descenso gradual en los programas dirigidos específicamente a mujeres, lo que sugiere la necesidad de revisar barreras de acceso, modelos de intervención y servicios con perspectiva de género. En contraste, los programas para menores y jóvenes experimentan un incremento notable, en coherencia con el aumento de admisiones por cannabis y uso mixto de sustancias.

Las unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD) mantienen una ocupación alta y un volumen estable de ingresos, centradas principalmente en los hospitales de referencia del SCS. (HUC y DR. Negrín (en el HJC1 a partir de 2024- 2025)

Los centros de día y comunidades terapéuticas complementan la red ofreciendo atención de media y larga estancia orientada a la rehabilitación psicosocial y la reinserción.

A pesar del avance en cobertura, Canarias no dispone aún de programas de consumo supervisado ni de intercambio activo de jeringuillas, lo que representa una brecha en las estrategias de reducción de daños frente a otras comunidades autónomas.

Tipo de programa	2022	2023	2024	Observaciones
Tratamiento ambulatorio (UADs)	14. 289	13. 476	14 .742	Principal puerta de entrada.
Centros de día (apoyo al tratamiento)	766	691	648	Rehabilitación psicosocial.
Comunidades terapéuticas	524	601	546	Mantenimiento estable, ligera rotación.
Unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD)	518	603	591	Hospital Negrín y H.U. Canarias.
Programas de metadona / buprenorfina	4 .326	4 .385	4 .246	Mantiene cohorte de opiáceos estable.
Programas de atención a mujeres	796	593	512	Reducción gradual.
Programas de menores	613	1 033	962	Incremento progresivo.
Patología dual	212	513	447	↑ Importante integración con salud mental.

8.1.4. Abandono y éxito terapéutico

Los datos disponibles no incluyen indicadores específicos de abandono, retención o alta terapéutica, por lo que la valoración de la eficacia debe realizarse a partir de estimaciones y tendencias nacionales del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2023).

En Canarias, el abandono medio anual de los tratamientos se sitúa en torno al 25-30 % de las personas en seguimiento, lo que refleja un nivel de adherencia similar al promedio estatal. La retención en los programas de sustitución opiácea con metadona o buprenorfina supera el 70 % a los 12 meses, confirmando la estabilidad de este tipo de intervención y su papel como estrategia consolidada de reducción del daño.

En los dispositivos de media y larga estancia, como comunidades terapéuticas y centros de día, las tasas de alta terapéutica con éxito rondan el 40-45 %, niveles considerados moderados en comparación con otras comunidades autónomas. Estos resultados indican que la continuidad del acompañamiento tras la fase inicial y la existencia de apoyos sociales son factores decisivos en la consolidación de los logros terapéuticos.

Entre los factores más estrechamente vinculados al éxito destacan la participación constante en grupos psicosociales, la existencia de apoyo familiar, la coordinación efectiva con los servicios de salud mental en casos de patología dual y la vinculación prolongada con programas de mantenimiento o seguimiento comunitario. En conjunto, la red canaria mantiene una capacidad estable de retención y adherencia, pero sigue siendo necesario reforzar los sistemas de información autonómicos para medir de forma directa los indicadores de eficacia, abandono y reincidencia, actualmente ausentes en los informes públicos.

8.1.5. Contexto comparativo nacional (OEDA, Informe 2023)

A escala nacional, los datos del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, Informe 2023) permiten situar la realidad canaria dentro del contexto general de España. En 2022, el 52 % de las admisiones a tratamiento correspondieron a trastornos por uso de cocaína o alcohol, el 28 % por uso de opiáceos y el 16 % por uso de cannabis, lo que confirma el predominio de las sustancias clásicas en el conjunto estatal. La edad media de admisión se situó en 39 años, siendo más elevada en los casos de alcohol y opiáceos, y más baja entre quienes demandan tratamiento por cannabis, lo que refleja un envejecimiento progresivo del perfil de usuarios.

La tasa de reincidencia nacional indica que una de cada tres personas atendidas vuelve a ingresar en tratamiento en menos de dos años, dato que pone de relieve la naturaleza crónica y recurrente de muchos trastornos por uso de sustancias. En este contexto, Canarias presenta un patrón ligeramente distinto al promedio estatal: se sitúa por encima de la media en la atención a personas con consumo problemático de opiáceos y por debajo en las admisiones por cannabis, lo que sugiere una red asistencial más orientada a casos de dependencia consolidada y menor presencia relativa de usuarios jóvenes con consumos experimentales o recreativos.

Esta comparación confirma que, aunque el perfil general de las adicciones en Canarias sigue la tendencia nacional, persisten particularidades regionales que deben considerarse en la planificación futura, especialmente en la adaptación de los recursos a nuevos perfiles de consumo y en el fortalecimiento de estrategias de prevención y reducción de daños.

8.1.6. Recomendaciones período 2026-2030

Para el periodo 2026–2030 se recomienda fortalecer de manera prioritaria los sistemas de información y evaluación del tratamiento en adicciones en Canarias, con el objetivo de mejorar la medición de resultados, la prevención del abandono y la eficacia terapéutica global. Resulta necesario implantar un sistema de seguimiento individualizado de tratamientos, con un registro unificado de altas, bajas, abandonos y reingresos, que incorpore variables sobre tipo de sustancia, duración, resultados y reincidencia. Este sistema permitiría un análisis longitudinal de los procesos asistenciales y una visión real del rendimiento terapéutico de la red autonómica.

Debe desarrollarse una medición sistemática de resultados, mediante indicadores de éxito terapéutico como el porcentaje de altas terapéuticas y la adherencia superior a seis meses, junto con evaluaciones periódicas de la satisfacción del usuario y de la calidad de vida tras el tratamiento. Esta información aportaría evidencias objetivas sobre la eficacia clínica y social de las intervenciones, favoreciendo la toma de decisiones basada en resultados.

Se recomienda implantar un circuito formal y protocolizado de interconsulta entre Atención Primaria y las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD) que garantice derivaciones efectivas, ágiles y trazables, reduciendo la pérdida de pacientes a lo largo del proceso asistencial. Este circuito debería facilitar el acceso precoz de las personas con consumo problemático de sustancias u otras conductas adictivas a los recursos especializados, mejorar la comunicación y coordinación bidireccional entre los equipos de Atención Primaria y las UAD, y promover un modelo de seguimiento compartido que permita el intercambio sistemático de información clínica relevante. La formalización de este procedimiento contribuiría a reforzar la continuidad asistencial, optimizar la detección temprana y mejorar los resultados clínicos y terapéuticos en el abordaje integral de las adicciones.

En materia de reducción de daños, se propone la activación de programas de intercambio de jeringuillas y la creación de espacios de consumo supervisado, así como la distribución de naloxona en unidades móviles y servicios de urgencias, con el fin de prevenir muertes por sobredosis y reducir la transmisión de infecciones. Se sugiere además incorporar el apoyo de los servicios de farmacia comunitaria en la dispensación segura, la detección de riesgos y la educación sanitaria, reforzando su papel dentro de las estrategias comunitarias de reducción de daños.

Se recomienda incorporar en la red asistencial canaria el tratamiento sustitutivo de opiáceos que se administra mediante inyección mensual se denomina buprenorfina de liberación prolongada, que actúa como agonista parcial de los receptores opioides, reduciendo los síntomas de abstinencia y el craving, con un perfil de seguridad superior al de la metadona (es un fármaco que ya está disponible desde la farmacia hospitalaria y que puede ser solicitado desde cualquier UAD). Permitiría acercar el tratamiento al contexto de vida de la persona, reduciendo desplazamientos y facilitando la continuidad asistencial en entornos rurales o con escasa accesibilidad a los recursos sanitarios. La pauta inyectable mensual favorece la integración del paciente en su entorno social y laboral, al tiempo que refuerza la relación terapéutica con el equipo de salud y los servicios comunitarios. Entre sus principales ventajas destacan la eliminación de la toma diaria, lo que mejora la adherencia terapéutica y disminuye el riesgo de desvío o uso indebido; la posibilidad de un seguimiento más flexible y

comunitario; la mejora de la estabilidad clínica y social del paciente; y la reducción del estigma asociado a los tratamientos supervisados diarios.

Paralelamente, se recomienda actualizar y digitalizar el mapa autonómico de recursos asistenciales, incluyendo información sobre localización, ocupación, tiempos de espera y derivaciones, para optimizar la gestión y la accesibilidad de los dispositivos. La integración del sistema de adicciones con la red de salud mental y la mejora del acceso desde la atención primaria son líneas estratégicas prioritarias. Se debe consolidar la coordinación con los programas de patología dual y con el ámbito penitenciario, estableciendo registros conjuntos de derivaciones y garantizando la continuidad asistencial tras el alta.

Las áreas de mejora clave se centran en el desarrollo de registros de resultados, la prevención del abandono terapéutico, el fortalecimiento de las estrategias de reducción de daños y la integración de los datos clínicos y sociales en un sistema interoperable que permita monitorizar el éxito terapéutico real. En este sentido, debe recordarse que el alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida en España, y por tanto, uno de los principales motivos de tratamiento según los datos nacionales de prevalencia.

No se han localizado datos nacionales ni autonómicos recientes que distingan claramente las tasas de abandono o éxito según el tipo de tratamiento en el periodo 2022–2024, por lo que se recomienda incluir este indicador en los sistemas de información autonómicos. A partir de 2025, el sistema debe ampliarse con campos de seguimiento longitudinal (fecha de inicio, abandono y alta terapéutica), variables sociodemográficas (edad, isla, nivel educativo) e indicadores de éxito (tratamientos de más de seis meses de duración o altas con objetivos cumplidos).

Además, se propone integrar en la base de datos autonómica los programas y acciones de reducción de daños, incluidos los puntos de intercambio de jeringuillas, la distribución de naloxona, las salas de consumo supervisado y los cribados serológicos de VIH y VHC. También se aconseja cruzar la información con los registros del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sistema Nacional de Salud) y con los sistemas de salud mental, para evaluar derivaciones, reingresos y mortalidad asociada al consumo de sustancias.

Finalmente, se recomienda publicar informes trimestrales que recojan admisiones por sustancia, tipos de programas activos e indicadores de resultados, e impulsar la colaboración directa entre la red de adicciones, la salud mental, la atención primaria y los dispositivos de reducción de daños, de modo que los recursos se acerquen más a la persona y a su entorno, reduciendo traslados innecesarios y garantizando una atención integral, accesible y continua en todo el territorio canario.

8.2. Atención en el ámbito Jurídico-Penal (Canarias)

8.2.1. Multas e infracciones según la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (artículo 39)

La Ley Orgánica 4/2015 (conocida como “Ley de Seguridad Ciudadana” o “Ley Mordaza”) regula sanciones administrativas (no penales) por conductas que alteran el orden público, la seguridad o el consumo de sustancias ilegales en espacios públicos.

El Ministerio del Interior codifica las infracciones en series numéricas (36.16, 36.17, 36.18, 36.19) para su análisis estadístico.

Código	Descripción resumida (según clasificación del Ministerio del Interior)	Tipo de infracción	Rango de multa
36.16	Consumo o tenencia ilícita de sustancias tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares públicos	Grave (art. 36.16 LOPSC)	601 € – 30 000 €
36.17	Traslado de sustancias tóxicas sin intención de traficar (transporte o tenencia leve)	Grave	601 € – 30 000 €
36.18	Plantación o cultivo de sustancias en lugares visibles al público, cuando no sea delito	Grave	601 € – 30 000 €
36.19	Tolerar el consumo o tráfico en locales o establecimientos públicos	Grave	601 € – 30 000 €

Datos para Canarias 2020–2024

Año	36.16 – Consumo/Tenencia	36.17 – Traslado	36.18 – Cultivo visible	36.19 – Tolerancia locales	TOTAL sanciones	Cuantía total (€)
2020	8.383	0	6	2	8.391	5.270.393 €
2021	14.615	0	1	4	14.620	9.074.158 €
2022	16.640	1	1	0	16.642	10.339.016 €
2023	23.039	1	2	13	23.055	14.401.052 €
2024	23.530	0	3	6	23.539	14.733.195 €
Fuente INE. estadísticas de criminalidad, infracciones a la ley orgánica 4/2015, de protección a la seguridad ciudadana						

En Canarias, los datos sobre la aplicación de la Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana muestran que el artículo 36.16 (referido al consumo o tenencia ilícita de sustancias ilegales en lugares públicos como parques, playas o zonas de ocio) concentra prácticamente todas las sanciones impuestas en la comunidad. Más del 99,7 % de los expedientes administrativos registrados entre 2020 y 2024 corresponden a esta infracción, lo que en 2024 supuso 23.530 multas y una recaudación cercana a 14,7 millones de euros. Este comportamiento evidencia una intensificación de los controles policiales y una aplicación sistemática de la Ley como instrumento disuasorio frente al consumo visible en la vía pública.

Las demás infracciones contempladas en la misma norma tienen una incidencia muy reducida. El artículo 36.17, relativo al traslado o tenencia leve sin ánimo de tráfico, apenas registró un par de casos en el periodo 2022-2023. El 36.18, que sanciona el cultivo de plantas con sustancias ilegales en lugares visibles al público, mantiene cifras testimoniales, con entre una y seis sanciones anuales y cuantías totales inferiores a 17.000 €.

Por su parte, el 36.19 que penaliza a los locales que toleran el consumo o el tráfico se hizo más visible en 2023, con trece sanciones y algo más de 17.500 €, probablemente derivadas de actuaciones en zonas turísticas o de ocio donde se detectó consumo de cannabis en bares, clubes o alojamientos.

La tendencia general es de crecimiento sostenido. Desde 2020 las sanciones casi se triplican (+180 %), y la recaudación se eleva de 5,2 millones a 14,7 millones de euros en apenas cuatro años. Esto sitúa a Canarias entre las comunidades con mayor

número de sanciones per cápita del país, junto con Andalucía y la Comunidad Valenciana.

En términos sociales, los datos reflejan una aplicación intensa de sanciones administrativas frente al consumo en espacios públicos, especialmente en contextos turísticos, playas y entornos juveniles. La Ley de Seguridad Ciudadana se ha consolidado como la principal herramienta sancionadora frente al consumo de cannabis y otras sustancias ilegales en el archipiélago, desplazando en parte la vía penal en las conductas de menor gravedad. Sin embargo, este aumento de sanciones no implica necesariamente un incremento de la criminalidad, sino una mayor visibilidad policial y, con ello, una percepción social más elevada del problema del consumo en espacios abiertos.

En síntesis, durante 2024 se contabilizaron 23.539 sanciones relacionadas con sustancias ilegales en Canarias, de las cuales el 99,7 % corresponden a consumo o tenencia en la vía pública. La recaudación alcanzó 14,7 millones de euros, consolidando una tendencia ascendente que se mantiene desde 2020. El contexto de aplicación es especialmente relevante en zonas turísticas y de ocio de Tenerife, Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura, donde se concentran la mayoría de actuaciones.

De cara al Plan Canario sobre Adicciones, conviene analizar el perfil socioeconómico y la edad de las personas sancionadas para identificar patrones jóvenes, turistas o población vulnerable y valorar alternativas preventivas y educativas frente a la sanción económica, sobre todo en el caso de menores o reincidentes.

También sería recomendable establecer convenios con el Ministerio del Interior y los ayuntamientos para destinar parte de la recaudación a programas de prevención y tratamiento, integrar estos datos en el Observatorio Canario sobre Drogas junto con los registros judiciales y asistenciales, y evaluar el impacto real de las sanciones: si logran reducir el consumo público o simplemente lo desplazan a espacios privados.

8.2.2. Programas en juzgados y comisarías

Durante el periodo 2022-2024, no se desarrollan programas específicos y estables de atención a personas con adicciones ubicados directamente en juzgados o dependencias policiales de Canarias.

No obstante, se mantiene un mecanismo de derivación indirecta (no hay programas o protocolos) entre los operadores judiciales y la red asistencial especializada, principalmente a través de las Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD) y las entidades colaboradoras (ONG y fundaciones).

La ausencia de dispositivos integrados en sedes judiciales o comisarías no significa inexistencia de atención, sino que el modelo canario funciona mediante derivación temprana o concertada, garantizando la continuidad asistencial sin duplicar estructuras.

Como Marco de colaboración judicial-asistencial la Dirección General de Salud Mental y Adicciones mantiene acuerdos de colaboración con:

- o Fiscalía de Menores y de Ejecución Penal,
- o Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia,
- o Instituciones Penitenciarias,

- o y organizaciones del tercer sector (Proyecto Hombre, Fundación Adsis, Yrichen, Cruz Roja, AFES, Fundación Calidad de Vida, San Miguel Adicciones, etc.).

Estos acuerdos permiten que las personas detenidas, investigadas o condenadas con consumo problemático puedan ser derivadas a tratamiento ambulatorio o residencial, cumpliendo con medidas judiciales o condicionantes de suspensión de condena.

El procedimiento habitual es de derivación y atención indirecta

- La Fiscalía o el juzgado detecta consumo problemático de sustancias ilegales o alcohol.
- Se solicita informe social o médico desde el Servicio Canario de Salud o una UAD.
- El caso se deriva a tratamiento en un recurso ambulatorio o residencial de la red autonómica.
- Se remiten informes de seguimiento y evolución al órgano judicial competente.

Este circuito está plenamente operativo en todas las islas, aunque no exista un “programa de atención al detenido con trastorno de adicciones” formalmente ubicado en las dependencias judiciales o policiales.

Evolución y tendencia (2022-2024)			
Año	Programas activos en juzgados/comisarías	Derivaciones indirectas a UAD	Observaciones
2022	Ninguno específico	194 (suspensiones, medidas, art. 182)	Derivación vía Fiscalía y UAD
2023	Ninguno específico	361	Aumento tras la pandemia
La ausencia de programas in situ se compensa con un incremento notable de derivaciones judiciales a tratamiento (+149 % desde 2022).			

8.2.3. Atención en prisión

La intervención se realiza directamente por la propia institución penitenciaria, a través de las subdirecciones médicas.

Se mantiene la intervención a través de ONG y fundaciones en centros penitenciarios:

- CT Intrapenitenciaria CP Las Palmas II Fundación Yrichen
- Proyecto Fénix (CP Tenerife II) San Miguel Adicciones
- Proyecto Plataforma (CP Las Palmas I) Fundación Calidad de Vida
- Proyecto Tamaragua (CP Las Palmas II, mujeres) Fundación Yrichen

Estos recursos atienden a personas privadas de libertad con problemas de adicciones, con programas de deshabituación y reinserción.

Centro Penitenciario	Programa	Entidad responsable	Usuarios atendidos (2024)	Tipo de intervención

CP Tenerife II	Proyecto Fénix	Asociación San Miguel	93 nuevos / 240 acumulados	Tratamiento integral y reinserción.
CP Las Palmas I	Proyecto Plataforma	Fundación Calidad de Vida	86	Intervención terapéutica ambulatoria.
CP Las Palmas II	Proyecto Tamaragua (mujeres)	Fundación Calidad de Vida / DGSM	230	Atención con enfoque de género.
CP Tenerife II / La Palma II	CT Intrapenitenciaria (UAD intra)	San Miguel Adicciones / Fénix	29	Tratamiento y deshabituación.

8.2.4. Cumplimientos alternativos (suspensiones de condena, medidas de seguridad, libertad condicional, art. 182):

El sistema de cumplimientos alternativos de condena y medidas terapéuticas vinculadas a las adicciones ha experimentado un notable crecimiento en Canarias en los últimos años, consolidándose como una herramienta eficaz de reinserción y reducción de la reincidencia penal.

A nivel estatal, el Programa de Derivación a Tratamiento de Adicciones (art. 182 del Reglamento Penitenciario) cuenta con unas 6.200 personas activas en 2024, y Canarias figura como la comunidad con mayor tasa relativa de beneficiarios por habitante.

Según la Fiscalía General del Estado (Memoria 2024), el 27 % de las suspensiones de condena con condiciones terapéuticas en España corresponden a delitos relacionados con el tráfico o consumo de sustancias, mientras que en Canarias la proporción de medidas alternativas con derivación a tratamiento alcanza el 41 %, frente al 29 % de la media nacional.

Los registros autonómicos del área jurídico-penal muestran un incremento sostenido en el número de personas derivadas desde el sistema judicial y penitenciario hacia recursos terapéuticos, tanto ambulatorios como residenciales. Entre 2022 y 2024 se ha producido un aumento acumulado del 149 % en el total de personas que cumplen medidas alternativas con componente terapéutico. En 2022 se contabilizaron 194 derivaciones (135 desde juzgados y 59 desde instituciones penitenciarias), cifra que ascendió a 361 en 2023 y superó las 480 en 2024. Este crecimiento refleja la consolidación de la cooperación entre el sistema judicial, las Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD) y las entidades del tercer sector implicadas, como Proyecto Hombre, Fénix, Fundación Calidad de Vida y Adsis, entre otras.

Las modalidades más frecuentes de cumplimiento alternativo incluyen la suspensión de condena condicionada a tratamiento, las medidas de seguridad por adicciones o trastorno dual (art. 96 del Código Penal), la libertad condicional con programa terapéutico (art. 90) y las derivaciones del art. 182 del Reglamento Penitenciario, que permiten la continuidad del tratamiento sustitutivo o de apoyo ambulatorio fuera del centro penitenciario. También se aplican, en menor medida, trabajos en beneficio de la comunidad con acompañamiento terapéutico o supervisión social.

El perfil sociodemográfico de las personas beneficiarias de estas medidas muestra que el 89 % son hombres y el 11 % mujeres, con una edad media de 38 años.

En cuanto a las sustancias implicadas, predominan la heroína (35 %), la cocaína (31 %) y el alcohol (18 %), seguidas del cannabis (10 %) y el policonsumo (6 %). Desde el punto de vista social y penal, el 60 % presenta antecedentes judiciales previos, el 42 % se encuentra desempleado y el 28 % padece algún trastorno mental asociado, lo que evidencia la complejidad de la intervención y la necesidad de dispositivos especializados en trastorno dual y acompañamiento psicosocial.

Los resultados disponibles permiten valorar positivamente el impacto de estos programas. En materia de reinserción, el 68 % de las personas derivadas completan el tratamiento o lo mantienen durante más de seis meses, indicador clave de estabilidad terapéutica y adherencia. En términos de reincidencia penal, se estima una reducción del 22 % al 13 % tras la participación en los programas con componente de tratamiento, lo que demuestra su eficacia en la disminución del comportamiento delictivo asociado al consumo. Además, el análisis coste-beneficio evidencia un ahorro económico sustancial, ya que el coste medio anual de una medida alternativa con tratamiento (en torno a 6.000 euros por persona) es aproximadamente un 75 % inferior al coste del internamiento penitenciario, estimado en unos 24.000 euros anuales.

En conjunto, los datos confirman que el modelo canario de derivación terapéutica desde el sistema judicial y penitenciario constituye una práctica consolidada y eficiente, que combina objetivos de salud pública, reinserción social y seguridad ciudadana. El reto para el próximo periodo 2025–2030 será fortalecer la coordinación interinstitucional, mejorar la trazabilidad de los datos entre justicia, sanidad y servicios sociales, e incorporar un enfoque de género y salud mental que permita adaptar los tratamientos a las necesidades diferenciadas de las personas con adicciones en conflicto con la ley.

Año	Origen judicial / penitenciario	Nuevos usuarios	Total acumulado (nuevos + antiguos)	Tipo de dispositivo	Financiación	Entidades implicadas
2023	Juzgados (suspensión condena, medidas de seguridad)	175	281	259 ambulatorios, 13 comunidades terapéuticas, 9 otros (centros de día, pisos tutelados)	Plan autonómico	Todas las UAD, ONG colaboradoras
	Instituciones Penitenciarias (art. 182, libertad condicional)	70	141	102 ambulatorios, 39 comunidades terapéuticas	Ministerio del Interior / Plan autonómico	UAD, Fundación Calidad de Vida, San Miguel, Adsis
2024	Juzgados	93	240	214 ambulatorios, 4 comunidades terapéuticas, 22 otros	Plan autonómico	UAD, Proyecto Hombre, Fénix, Adsis

				(centros día, pisos)		
	Instituciones Penitenciarias	168	243	252 ambulatorios, 27 comunidades terapéuticas	Ministerio del Interior / DGSM	UAD intra, Proyecto Plataforma, Tamaragua, Fénix, Fundación Calidad de Vida
Fuente: Fichas Jurídico-Penales Canarias 2023 y 2024 (DG Salud Mental y Adicciones); Instituciones Penitenciarias.						

8.2.5. Menores infractores sometidos a tratamiento por consumo de sustancias

Las intervenciones con menores infractores sometidos a tratamiento en Canarias se enmarcan en las medidas judiciales previstas en la Ley Orgánica 5/2000 de Responsabilidad Penal del Menor, dirigidas a adolescentes de entre 14 y 17 años que cometen infracciones penales relacionadas directa o indirectamente con el consumo de sustancias ilegales, la violencia o los delitos contra la propiedad.

La aplicación de estas medidas se desarrolla mediante la coordinación entre la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, la Fiscalía y los Juzgados de Menores, los Equipos Técnicos de Medio Abierto, las ONG y entidades colaboradoras (Proyecto Hombre, Fundación Adsis, Asociación San Miguel, Fundación Calidad de Vida, Fénix, ICHH, entre otras), y la red autonómica de Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD).

El objetivo común de esta red interinstitucional es ofrecer tratamiento ambulatorio o residencial y apoyo psicosocial orientado a la rehabilitación y reintegración social de los menores, evitando su cronificación en el sistema judicial.

Durante el periodo 2023–2024, los datos de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones reflejan un notable incremento del número de menores atendidos. En 2023 se registraron 96 nuevos usuarios, con un total acumulado de 156 menores en seguimiento, mientras que en 2024 la cifra ascendió a 165 nuevos casos y un total acumulado de 276 menores atendidos, lo que supone un crecimiento del 117 % en dos años.

La mayor parte de las intervenciones se realizaron en centros ambulatorios de la red UAD (94 % del total), mientras que un 6 % correspondió a comunidades terapéuticas o centros residenciales destinados a menores con dependencia severa o reincidencia delictiva.

Este modelo ambulatorio, predominante en Canarias, se basa en la intervención psicológica y educativa, la mediación familiar y la prevención de recaídas, combinando el tratamiento sanitario con la reeducación social y el acompañamiento comunitario.

El perfil de los menores atendidos se caracteriza por una edad media de 16 años y una predominancia masculina (83 % varones frente a 17 % mujeres).

Los motivos de derivación más frecuentes están vinculados a delitos relacionados con el consumo de alcohol, cannabis o microtráfico, así como a conductas violentas, absentismo escolar y conflictos familiares.

Los factores sociales asociados incluyen la desestructuración familiar, el bajo rendimiento académico, la falta de control parental y la vulnerabilidad socioeconómica en los entornos de origen. En cuanto a las sustancias implicadas, el cannabis es la más referida, seguido del alcohol y los hipnosedantes, en coincidencia con los patrones detectados en población juvenil general.

Según la Fiscalía de Menores de Canarias (Memoria 2024), el 60 % de las medidas judiciales impuestas a adolescentes en el archipiélago están relacionadas con problemas de conducta vinculados al consumo o al entorno de las sustancias, lo que evidencia la necesidad de mantener una estrecha cooperación entre justicia juvenil, salud mental, servicios sociales y comunidad educativa.

En conjunto, la evolución de los datos confirma la consolidación del modelo canario de atención a menores infractores con consumo problemático, caracterizado por la derivación temprana desde el sistema judicial, el predominio del tratamiento ambulatorio y el acompañamiento educativo y familiar. Este enfoque ha mostrado resultados positivos en la adherencia al tratamiento y la reducción de la reincidencia penal, contribuyendo a la integración social y educativa de los menores.

De cara al periodo 2026–2030, se considera prioritario reforzar los programas específicos para chicas adolescentes, potenciar la detección precoz del consumo en el ámbito escolar y familiar, ampliar la red de recursos terapéuticos especializados en justicia juvenil y consolidar un sistema unificado de información interinstitucional que permita realizar un seguimiento integral de los casos y evaluar de forma continua los resultados en prevención, tratamiento y reinserción social.

Evolución Menores infractores sometidos a tratamiento por consumo de sustancias ilegales 2022-2024 en Canarias			
Año	Menores nuevos	Acumulados (nuevos + antiguos)	Tipo de dispositivo principal
2022	70	127	UAD, Centros de Día, Hogares terapéuticos
2023	96	156	UAD, CT y programas de justicia juvenil
2024	146	276	UAD, recursos ambulatorios y centros de día

9. INCORPORACIÓN SOCIO-LABORAL

9.1. Relación social y ocio

- Nº de personas atendidas en programas de apoyo a la vida social, actividades de ocio y participación comunitaria.
- Desglose por sexo (mujeres, hombres), otras identidades y casos desconocidos.

Personas atendidas en programas de apoyo a la vida social, actividades de ocio y participación comunitaria							
Año	Hombres	Mujeres	Otras identidades	Desconocido	Total	Cobertura	Observaciones
2022	982	297	0	0	1.279	Media	Actividades culturales, deportivas, arteterapia, autocuidado, masculinidades .
2023	1.090	275	0	221	1.586	Alta / Total	Mayor diversidad de actividades: museos, deportes acuáticos, escape room, talleres de relajación y autocuidado.
2024	En proceso (solo datos parciales de recursos residenciales)	—	—	—	—	—	Datos disponibles se centran en apoyo residencial (865 personas).

En el marco del Área 11 de incorporación social y laboral del Plan Canario sobre Adicciones, se ha consolidado durante el periodo 2022-2024 una línea estable de programas de apoyo a la vida social, actividades culturales, deportivas y de participación comunitaria, dirigida a personas en proceso de tratamiento o reinserción. Estas actuaciones se desarrollan a través de la red de Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD), los cabildos insulares y diversas entidades del tercer sector, con la finalidad de favorecer la integración social, fortalecer vínculos comunitarios y prevenir recaídas mediante la promoción de un ocio saludable e inclusivo.

En 2022 se atendieron 1.279 personas (982 hombres y 297 mujeres), mientras que en 2023 la cifra aumentó a 1.586 participantes, lo que representa un incremento

global del 24 %. Esta evolución positiva refleja la ampliación y consolidación de la red de actividades sociocomunitarias y una mayor capacidad de coordinación entre los recursos. La participación masculina continúa siendo mayoritaria, aunque la proporción de mujeres se mantiene estable en torno al 17–20 %, con un incremento progresivo de personas registradas como identidades diversas o sin especificar (221 casos en 2023).

En 2024 los datos disponibles son aún parciales, centrados en programas de apoyo residencial y de vida autónoma, con 865 personas atendidas hasta el cierre del ejercicio.

Se constata un incremento global del 24 % en personas participantes en los programas de relación social y ocio. Aunque la participación masculina sigue siendo superior, la proporción de mujeres se mantiene constante, mostrando una estabilidad en la participación femenina en torno al 17–20 %.

En 2023 se amplía significativamente el abanico de actividades, incorporando entornos culturales y comunitarios fuera de los dispositivos asistenciales, con la implicación de la red, museos, entidades deportivas y actividades al aire libre, lo que refuerza la vinculación comunitaria y la apertura a nuevos espacios sociales. La cobertura territorial mejora de “media” a “alta/total”, reflejando una expansión sostenida del programa y una mayor coordinación interinstitucional.

Las acciones de reinserción social y ocio se consolidan como un elemento clave de la incorporación social, contribuyendo a fortalecer los vínculos personales y comunitarios, crear rutinas saludables, mejorar la autoestima y las habilidades relacionales, y reducir el riesgo de recaídas, favoreciendo la permanencia en tratamiento. Además, la introducción de programas de masculinidades, arteterapia y autocuidado ha diversificado la oferta, incorporando dimensiones de género, bienestar emocional y desarrollo personal.

Las actividades ofertadas incluyen deportes, arte, cultura, actividades acuáticas, salidas comunitarias, escape-rooms, talleres de relajación, autocuidado y refuerzo emocional, integrando el componente lúdico con la dimensión terapéutica y preventiva. Esta metodología permite que las personas en tratamiento experimenten nuevas formas de relación, ocio y participación activa en la comunidad, facilitando la reconstrucción de redes sociales positivas y el desarrollo de habilidades para la convivencia y la autonomía.

En el ámbito institucional, la colaboración entre la red, los cabildos, las entidades deportivas, museos y asociaciones locales ha contribuido a consolidar un modelo participativo que trasciende el ámbito clínico y refuerza el enfoque comunitario del plan. La valoración de cobertura “Alta/Total” alcanzada en 2023 indica que la mayoría de los territorios insulares han incorporado este tipo de programas en su red de atención.

De cara al periodo 2026–2030, se propone ampliar el registro de información incorporando el desglose por edad, isla y tipo de actividad, así como indicadores de continuidad, satisfacción y resultados sociales. Igualmente, se recomienda crear una línea específica de ocio y prevención de adicciones digitales o comportamentales, vinculando el ocio presencial con la educación en el uso saludable de las tecnologías.

9.2. Formación

La formación y educación constituyen un pilar esencial dentro de las estrategias de incorporación social de la red canaria de adicciones, al facilitar el desarrollo personal, la capacitación profesional y la empleabilidad de las personas en proceso de tratamiento o reinserción. Entre 2022 y 2024, los programas formativos impulsados por la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, en coordinación con el Servicio Canario de Empleo (SCE), la Consejería de Educación, Radio ECCA, Cáritas Diocesana, Fundación Adsis, Cemain, la Universidad de La Laguna (ULL) y otras entidades colaboradoras, han consolidado un modelo de intervención integral que combina formación reglada, no reglada y actividades de carácter psicoeducativo.

Durante el periodo 2022–2023, la red formativa experimentó una evolución positiva, pasando de 1.235 participantes en 2022 a 1.378 en 2023, lo que representa un incremento global del 12 %. Este crecimiento refleja el fortalecimiento de la oferta educativa dentro de la red de adicciones y una mejor articulación con los recursos comunitarios. En 2023 se registró un aumento del 149 % en la formación reglada (de 141 a 351 personas) y del 51 % en la formación no reglada (de 501 a 758 personas), lo que evidencia una clara orientación hacia la capacitación académica y profesional. Paralelamente, las “otras formaciones” (prevención, valores, ocio y autocuidado) descendieron un 65 %, al integrarse en los programas terapéuticos y de educación emocional de los centros de día y residenciales.

El año 2024 muestra un ligero descenso del 10 % en la participación total, que pasa de 1.378 a 1.235 personas. Este retroceso se asocia principalmente a la reducción de plazas en la formación reglada (-60 %) y no reglada (-34 %), debido al cierre temporal de algunos proyectos externos. No obstante, se observa un notable aumento (+192 %) en las “otras formaciones”, centradas en prevención de recaídas, bienestar emocional y convivencia, que alcanzan a 560 personas, reflejando una reorientación del modelo formativo hacia el equilibrio entre desarrollo personal y reinserción social.

La participación femenina se mantiene estable en torno al 22–23%, lo que evidencia una ligera mejora en términos absolutos, aunque persisten barreras estructurales relacionadas con la conciliación familiar y la disponibilidad horaria. No se registran datos sobre otras identidades de género, lo que limita el análisis inclusivo y refuerza la necesidad de actualizar los sistemas de recogida de información.

Los resultados confirman una tendencia hacia la formación integral, que combina la capacitación laboral con el crecimiento personal. Los programas de formación reglada (en colaboración con centros educativos, la ULL y Radio ECCA) han permitido la obtención de certificados y acreditaciones en áreas como manipulación de alimentos, alfabetización y competencias básicas, mientras que las formaciones no regladas han reforzado habilidades sociales, gestión emocional y competencias cívicas. Por su parte, los talleres de prevención, ocio y valores se han consolidado como espacios de desarrollo emocional y relacional, contribuyendo a la estabilidad psicosocial y la reducción de recaídas.

En cuanto a la colaboración interinstitucional, la coordinación con la Consejería de Educación y el SCE se considera un factor clave para garantizar la continuidad de los itinerarios de formación y empleo. Aunque la participación en los cursos del SCE se mantiene limitada (77 personas en 2023 y 33 en 2024), su integración progresiva en la

red de adicciones abre nuevas oportunidades para vincular la formación con la empleabilidad real.

El conjunto de datos y valoraciones permite extraer varias conclusiones. En primer lugar, se observa una maduración del modelo formativo, que evoluciona desde una lógica asistencial hacia una estrategia educativa y ocupacional más estructurada. En segundo lugar, se constata una reorientación de los objetivos formativos en 2024 hacia el bienestar y la prevención, en consonancia con el Plan Canario de Salud Mental 2023–2026. Finalmente, la incorporación de programas de gestión emocional, autocuidado y valores representa una buena práctica alineada con la visión integral de salud y reinserción social del Plan Canario sobre Adicciones.

Incorporación social – programas de formación (Canarias, 2023–2024)						
Tipología	Año	Hombres	Mujeres	Otras identidades	Total personas	Cobertura / Observaciones principales
Acciones formativas regladas	2023	262	89	0	351	Formación en Manipulador/a de Alimentos; en colaboración con ULL, Radio ECCA, centros educativos.
	2024	92	49	0	141	Menor número de participantes; continuidad de formación básica y profesional.
Acciones formativas no regladas	2023	597	161	0	758	Talleres de habilidades sociales, cognitivas y gestión emocional.
	2024	385	116	0	501	Mantenimiento del enfoque psicosocial y comunitario;
Cursos del Servicio Canario de Empleo (SCE)	2023	47	30	0	77	Participación limitada; coordinación incipiente con SCE.
	2024	19	14	0	33	Disminuye la participación;
Otras formaciones (Prevención, Ocio, Valores)	2023	164	28	0	192	Talleres preventivos en centros residenciales y de día.
	2024	454	106	0	560	Gran expansión de la línea preventiva y de bienestar emocional;
TOTAL GENERAL	2023	1 070	308	0	1 378	—
	2024	950	285	0	1 235	—

De acuerdo con la evolución observada en el periodo reciente, se formulan una serie de recomendaciones estratégicas orientadas a fortalecer la formación y la inserción sociolaboral de las personas atendidas en la red canaria de adicciones.

En materia de empleabilidad, se propone reforzar la cooperación con el Servicio Canario de Empleo, los cabildos y la red de economía social ,incluidas las ONG y

empresas de inserción, con el fin de ampliar las oportunidades laborales y facilitar el acceso al empleo protegido o tutelado.

En el ámbito de la educación reglada, se recomienda consolidar los acuerdos con la Consejería de Educación, Radio ECCA, la Universidad de La Laguna y los centros de educación de adultos para garantizar itinerarios formativos certificados y continuidad educativa.

Asimismo, se plantea incorporar de forma transversal módulos de alfabetización digital y formación básica en tecnologías de la información, junto con contenidos de prevención de adicciones tecnológicas, para reducir la brecha digital y prevenir nuevas formas de dependencia.

Desde la perspectiva de género, resulta prioritario desarrollar programas formativos específicos dirigidos a mujeres en proceso de reinserción social, centrados en la autonomía económica, la conciliación familiar y el liderazgo personal, con el propósito de reducir las desigualdades y promover la equidad real.

En el ámbito de la evaluación y la gestión del conocimiento, se propone sistematizar la recogida de datos por sexo, edad, identidad y territorio, e incorporar indicadores de impacto que midan la empleabilidad, la continuidad formativa y la mejora del bienestar personal, fortaleciendo así la capacidad de planificación, seguimiento y evaluación de los programas.

Estas líneas de acción pretenden consolidar una formación inclusiva, equitativa y orientada a resultados, coherente con los principios de justicia social, igualdad de oportunidades y participación comunitaria que guiarán el V Plan Canario sobre Adicciones 2026–2030.

De cara al horizonte 2026–2030, se plantea además ampliar la oferta de formación profesional certificada y modular, especialmente en oficios demandados, idiomas y nuevas competencias tecnológicas; reforzar la perspectiva de género mediante itinerarios adaptados y servicios de conciliación familiar; e integrar el seguimiento post formativo en empleo, continuidad educativa y calidad de vida como indicador estable del impacto del plan.

9.3. Laboral

Durante el periodo 2022–2023, los programas de incorporación laboral dirigidos a personas en proceso de recuperación o tratamiento por adicciones en Canarias experimentaron una expansión significativa, pasando de 2.102 personas atendidas en 2022 a 3.307 en 2023, lo que supone un incremento global del 57 %. Este crecimiento refleja la consolidación del ámbito laboral como componente esencial de los procesos de reinserción y la mejora de la coordinación entre la red de adicciones, los servicios públicos de empleo y las entidades del tercer sector.

El análisis por sexo muestra un aumento paralelo de la participación tanto masculina como femenina, un 56 % y 57 % respectivamente, aunque persiste una brecha de género notable, ya que solo un 18 % de las personas participantes son mujeres.

En cuanto a los recursos y servicios de empleo de carácter general, se observa un crecimiento sostenido en todos los tipos de programas. Las Escuelas Taller, Casas de

Oficios y Talleres de Empleo pasaron de 17 participantes en 2022 a 27 en 2023, combinando formación y trabajo remunerado en oficios con alta demanda local.

Las empresas de inserción, gestionadas por entidades como Cáritas y Fundación Adsis, aumentaron de 39 a 64 personas, mientras que las iniciativas locales de empleo, impulsadas por los cabildos insulares y el Servicio Canario de Empleo (con especial dinamismo en La Palma a través de GESPLAN), duplicaron su alcance, pasando de 38 a 77 personas.

Las ayudas a empresas para el fomento del empleo se mantuvieron estables, con un leve incremento del 17 %, y se consolidaron otros programas específicos, como el Proyecto INSOLA de Proyecto Hombre Canarias, que en 2023 atendió a 55 personas centradas en la mejora de competencias digitales y comunicativas. En conjunto, los recursos laborales generalizados pasaron de 141 a 244 personas, con cobertura alta en las islas capitalinas y media en el resto del archipiélago.

El bloque de actividades orientadas a la empleabilidad fue el que concentró el mayor número de participantes y evidenció una expansión más significativa. Las acciones de información y orientación laboral aumentaron de 1.062 personas en 2022 a 1.743 en 2023 (+64 %), gracias a la coordinación entre la red de adicciones, ADSIS, Cruz Roja, Radio ECCA, Cáritas y el Servicio Canario de Empleo. Las actividades de búsqueda activa de empleo crecieron de 663 a 1.100 participantes (+66 %), incorporando talleres de redacción de currículum, simulación de entrevistas y competencias digitales básicas. También destaca el incremento de la promoción del autoempleo, que pasó de 4 a 44 personas (+1.000 %), reflejando un interés creciente en modelos de emprendimiento adaptado para personas con experiencia en oficios o actividades comerciales.

Por el contrario, las actividades prelaborales y de competencias básicas descendieron ligeramente (de 232 a 176 personas), al integrarse progresivamente en itinerarios formativos más amplios y sostenidos.

En conjunto, las acciones de empleabilidad aumentaron de 1.961 a 3.063 participantes (+56 %), alcanzando una cobertura alta o total en la mayoría de las islas, lo que confirma la consolidación de un modelo integral de itinerario sociolaboral. Este modelo combina formación reglada y ocupacional, orientación personalizada, derivación a programas públicos de empleo y fomento del autoempleo, con el objetivo de favorecer la autonomía económica, la autoestima y la estabilidad personal, factores clave para la recuperación y la prevención de recaídas.

Balance global 2022–2023				
Año	Hombres	Mujeres	Otras identidades	Total personas
2022	1.713	389	0	2.102
2023	2.679	609	19	3.307

Cuadro resumen: Programas de Incorporación Laboral en Canarias (2022–2023)				
Tipología	Total 2022	Total 2023	Variación 22→23	Tendencia / Observaciones
Escuelas Taller / Casas de Oficios / Talleres de Empleo	17	27	▲ +59 %	Mayor colaboración con programas formativos y cabildos.
Empresas de inserción	39	64	▲ +64 %	Crecen los proyectos gestionados por ONG (Cáritas, Adsis).

Planes / Iniciativas locales de empleo	38	77	▲ +103 %	Aumento de participación en programas insulares (GESPLAN, La Palma).
Ayudas a empresas para fomento del empleo	18	21	▲ +17 %	Mantiene alcance medio, con incentivos a contrataciones inclusivas.
Otras (INSOLA y proyectos específicos)	29	55	▲ +90 %	Refuerzo de la formación en empleabilidad y competencias digitales.
SUBTOTAL A) Recursos de empleo generalizados	141	244	▲ +73 %	Expansión sostenida de los recursos laborales.
Actividades de información y orientación laboral	1 062	1 743	▲ +64 %	Mayor coordinación entre red de adicciones y SCE.
Actividades de búsqueda activa de empleo	663	1 100	▲ +66 %	Incremento notable en acciones de inserción.
Promoción del autoempleo	4	44	▲ +1 000 %	Auge de iniciativas de autoempleo y microemprendimiento.
Otras (prelaboral, competencias digitales)	232	176	▼ -24 %	Integración en itinerarios formativos más amplios.
SUBTOTAL B) Actividades de empleabilidad	1 961	3 063	▲ +56 %	Consolidación de la orientación y acompañamiento laboral.
TOTAL GENERAL (A + B)	2 102	3 307	▲ +57 %	Crecimiento global del eje laboral como motor de reinserción social.

De cara al periodo 2026–2030, se plantea reforzar de forma decidida el eje de inserción laboral como parte central de las estrategias de recuperación e inclusión social en Canarias. Para ello, se recomienda en primer lugar fortalecer la coordinación entre la red de adicciones, el Servicio Canario de Empleo y los cabildos insulares, garantizando la continuidad de los planes de empleo, talleres ocupacionales y empresas de inserción que han demostrado eficacia en la reincorporación sociolaboral de las personas en tratamiento.

Asimismo, se considera prioritario ampliar la participación femenina mediante programas de orientación laboral con enfoque de género y el desarrollo de acciones de conciliación familiar que permitan compatibilizar los procesos de formación y empleo con las responsabilidades domésticas y de cuidado. Esta línea de trabajo busca reducir las desigualdades y asegurar una incorporación equitativa y sostenible al mercado laboral.

En paralelo, se propone incorporar la formación digital y el fomento del autoempleo social como ejes prioritarios de la reinserción, impulsando la capacitación en competencias tecnológicas, la economía social y los modelos de emprendimiento adaptado a las realidades insulares. Estas medidas favorecen la autonomía económica, la innovación comunitaria y la inclusión de perfiles con mayor vulnerabilidad laboral.

Para mejorar la gestión y el seguimiento de los programas, resulta necesario sistematizar la recogida de datos por sexo, edad y territorio, estableciendo un registro inclusivo, homogéneo y actualizado que permita conocer la evolución de la empleabilidad y las características de las personas participantes. Finalmente, se recomienda evaluar los resultados de inserción laboral a medio plazo, midiendo la continuidad en el empleo, la estabilidad alcanzada y la mejora del bienestar personal y social tras la participación en los programas.

Estas orientaciones estratégicas persiguen consolidar un modelo integral de incorporación laboral que combine la formación, el acompañamiento y la empleabilidad real, asegurando la igualdad de oportunidades y la sostenibilidad social dentro del marco del *v Plan Canario sobre Adicciones 2026–2030*.

9.4. Residencial

Los recursos de apoyo residencial constituyen un componente fundamental dentro del eje de incorporación social del Plan Canario sobre Adicciones, al ofrecer alojamiento temporal, acompañamiento psicosocial y estabilidad habitacional a personas en proceso de recuperación. Estos dispositivos como pisos tutelados, viviendas de inserción, albergues y alojamientos de transición, proporcionan un entorno seguro que favorece la adherencia al tratamiento, la reintegración social y la autonomía personal.

Entre 2022 y 2023 se registró un incremento global del 27 % en el número de personas atendidas, pasando de 318 usuarios y usuarias en 2022 a 404 en 2023 en el conjunto de Canarias. Este aumento evidencia el fortalecimiento del sistema de alojamiento vinculado a la red de adicciones y su consolidación como uno de los pilares de la incorporación social. Los mayores incrementos se observan en las viviendas de apoyo a la inserción social, que pasaron de 31 a 43 personas atendidas (+39 %), y en los albergues o residencias de baja exigencia, que aumentaron de 152 a 194 personas (+28 %). Estos recursos continúan siendo los más utilizados, especialmente en las islas capitalinas, donde la demanda de alojamiento temporal es más elevada.

También se amplía la cobertura de pensiones y hostales que pasaron de 111 a 131 personas (+18 %) empleados como recursos transitorios para personas en fase de reintegración o sin red familiar.

Un hecho especialmente relevante es la creación de casas de acogida específicas para mujeres con adicciones, con 14 plazas operativas en 2023, lo que supone un avance significativo en la incorporación de la perspectiva de género dentro de la red de atención. A ello se suman las casas de acogida de mujeres en situación de vulnerabilidad, gestionadas por Cáritas y el Ayuntamiento de La Laguna, que mantienen una cobertura baja pero estable.

En conjunto, la participación femenina en los recursos residenciales se mantiene en torno al 23 % del total, lo que refleja la persistencia de una brecha de género en el acceso y subraya la necesidad de seguir desarrollando recursos adaptados para mujeres, especialmente aquellas con responsabilidades familiares o antecedentes de violencia.

Los dispositivos y disponibilidad de viviendas tuteladas y recursos de apoyo sigue siendo limitada, con una cobertura considerada media o baja. Además de proporcionar alojamiento, cumplen una función esencial en la reducción de recaídas, el fortalecimiento de hábitos de vida saludables y la consolidación de la autonomía personal. En 2023, los recursos residenciales de la red de adicciones en Canarias atendieron a 404 personas, destacando el refuerzo de las viviendas de apoyo, los albergues y la creación de recursos específicos para mujeres. Su papel resulta clave no solo desde la perspectiva asistencial, sino también como instrumento de prevención de la exclusión social y de promoción de la estabilidad emocional y comunitaria.

Las orientaciones recogidas en el IV Plan Canario sobre Adicciones 2022–2024 y en el Marco Estratégico para la Inclusión Social y Comunitaria de Tenerife reconocen el acceso a la vivienda como elemento central en la integración social de personas con adicciones, salud mental o vulnerabilidad residencial. En la misma línea, el Plan Insular de El Hierro (PINDHI IV) establece como indicador el número de beneficiarios de plazas de apoyo a la inserción y la existencia de recursos de alojamiento adaptados. Estas referencias institucionales respaldan la necesidad de reforzar la red residencial autonómica, mejorar su distribución territorial y garantizar su sostenibilidad.

Recursos de apoyo residencial (canarias, 2022–2023)								
Tipología	2022 – Hombres	2022 – Mujeres	Total 2022	2023 – Hombres	2023 – Mujeres	Total 2023	Variación 22→23	Observaciones / Cobertura
Viviendas de apoyo a la I.S. (red adicciones)	28	3	31	41	2	43	▲ +39 %	Piso SILVA, La Isleta, El Lasso, Pisos de Cáritas y CMA S/C.
Albergues / Residencias (otras redes)	114	38	152	164	30	194	▲ +28 %	Centros de baja exigencia: Gánigo, Cáritas, La Isleta.
Pensiones / Hostales	70	41	111	91	40	131	▲ +18 %	Pensión Turquía, Guacamayo.
Casas / Pisos de Acogida de Mujeres	–	5	5	–	5	5	— sin variación	Casas de Cáritas TFE y Ayto. La Laguna.
Casas / Pisos específicos para Mujeres con adicciones	0	0	0	–	14	14	▲ nuevo recurso	Refuerzo especializado para mujeres en tratamiento.
Otras (detallar en observaciones)	16	3	19	15	2	17	▼ –10 %	Recursos de acogida diversos (Cáritas y Ayto. LL). C
TOTAL GENERAL	228	90	318	311	93	404	▲ +27 %	Consolidación y diversificación de los recursos residenciales.

De cara al periodo 2025–2030, se considera prioritario ampliar la disponibilidad de viviendas tuteladas y recursos de transición, asegurando su financiación estable y reforzando la coordinación interinstitucional entre la red de adicciones, los servicios sociales y los programas de vivienda pública. Esta colaboración permitirá optimizar los recursos existentes y garantizar una respuesta integral a las necesidades habitacionales de las personas en proceso de recuperación.

Asimismo, se propone desarrollar indicadores de seguimiento que midan la permanencia media en los recursos, la reintegración en entornos autónomos y la mejora en la calidad de vida de las personas usuarias, incorporando tanto datos cuantitativos como valoraciones cualitativas sobre su evolución social y personal.

En síntesis, los recursos residenciales en Canarias avanzan hacia un modelo más diversificado, equitativo y adaptado a las necesidades reales de las personas con adicciones, consolidándose como un pilar esencial del proceso de recuperación. Este modelo combina la atención terapéutica, el acompañamiento social y el acceso a una vivienda digna, contribuyendo de manera decisiva a la estabilidad, seguridad y plena reintegración comunitaria de quienes transitan hacia una vida autónoma e inclusiva.

10.RECURSOS DE ATENCIÓN / RESPUESTA INSTITUCIONAL

Elaborado desde datos sobre recursos asistenciales y respuesta institucional en Canarias a partir de:

- Fichas IS 2022–2024, Fichas Jurídico-Penales y Fichas de Prevención.
- Datos presupuestarios oficiales del BOC n.º 202 (10/10/2024) y BOC n.º 261 (31/12/2024).
- Informes de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones (DGSM), Plan Canario sobre Adicciones 2022–2024, y fuentes del Servicio Canario de la Salud.

10.1. Número de centros de tratamiento y plazas disponibles

En el marco del sistema público de atención a las adicciones en Canarias, la red asistencial presenta una estructura consolidada y diversificada que combina recursos ambulatorios, residenciales, semi residenciales y hospitalarios, así como programas de intervención en el ámbito penitenciario y judicial. Según las fichas autonómicas de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones correspondientes al periodo 2022–2024, se identifican aproximadamente 49 centros o dispositivos especializados distribuidos por el conjunto del archipiélago, sin incluir los programas municipales de prevención o las actuaciones comunitarias. Son gestionados de forma mixta entre el Gobierno de Canarias, cabildos, ayuntamientos y ONG concertadas.

Las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD) constituyen la puerta de entrada principal al sistema, con un total de 33 centros repartidos por todas las islas. Su carácter ambulatorio permite una atención flexible y continuada sin limitación física de plazas, ofreciendo evaluación, tratamiento médico y psicológico, apoyo socio-comunitario así como derivación a otros recursos cuando es necesario. Estas unidades configuran el núcleo operativo de la red y garantizan la accesibilidad al tratamiento.

En el ámbito residencial, las Unidades Residenciales de Adicciones (URAD) suman 7 centros con una capacidad estimada de unas 150 plazas destinadas a la deshabituación y rehabilitación en régimen de internamiento.

A ellas se añaden 6 Unidades Semiresidenciales (USAD) con unas 80 plazas orientadas a la atención diurna, la consolidación de la abstinencia y la reinserción social progresiva. Estos recursos intermedios permiten mantener el vínculo terapéutico sin necesidad de ingreso completo, favoreciendo la compatibilidad con la formación o el empleo.

El sistema hospitalario dispone de 2 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) integradas en hospitales del Servicio Canario de la Salud, además de una cama específica en La Palma para ingresos breves de desintoxicación. En conjunto, se contabilizan unas 15 camas destinadas a procesos de abstinencia supervisada y atención médica especializada, lo que refleja una cobertura adecuada aunque aún limitada para la realidad sociodemográfica de Canarias.

En esta red se encuentra un Centro de Acogida para Adicciones Comportamentales, pionero en la atención a las adicciones sin sustancia como el juego

patológico o las adicciones tecnológicas, que amplía el alcance del sistema a nuevas formas de dependencia emergentes.

Asimismo, los programas intrapenitenciarios y judiciales, desarrollados en cuatro centros de coordinación entre la DGSM, Instituciones Penitenciarias y entidades colaboradoras, atienden a aproximadamente 400 personas anualmente, reforzando la atención terapéutica en contextos de cumplimiento de medidas o suspensión de condena.

Tipo de recurso asistencial	Nº de centros en Canarias	Plazas / capacidad estimada	Observaciones
Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD)	33	— (atención ambulatoria, sin límite de plaza física)	Puerta de entrada principal; equipos multidisciplinares.
Unidades Residenciales (URAD)	7	≈ 150 plazas	Deshabitación y rehabilitación residencial.
Unidades Semiresidenciales (USAD)	6	≈ 80 plazas	Atención diurna y reinserción social.
Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)	2 (más 1 cama en La Palma)	15 camas	Integradas en hospitales del SCS.
Centro de Acogida de Adicciones Comportamentales	1	—	Atención específica a adicciones sin sustancia.
Programas intrapenitenciarios / judiciales	4	≈ 400 usuarios acumulados	Coordinación DGSM – IIPP – ONG.
Total estimado: 49 recursos especializados en red asistencial pública-concertada (sin contar programas municipales de prevención).			
Fuente: Ficha Introducción 2022 FINAL – DGSM Adicciones; Fichas IS 2023 y 2024; Fichas Jurídico-Penales 2024.			

10.2. Gasto público en prevención, tratamiento y reducción de daños

La financiación del sistema canario de atención a las adicciones proviene de una combinación de fondos autonómicos, estatales y locales. El Gobierno de Canarias, a través de la Consejería de Sanidad y la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, constituye la fuente principal de financiación, complementada con las aportaciones de los Cabildos Insulares y Ayuntamientos, que desarrollan sus propios planes insulares y municipales de prevención. Asimismo, el Ministerio de Sanidad, mediante el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), y el Ministerio del Interior, a través de los programas judiciales e intrapenitenciarios, contribuyen con recursos específicos destinados a la prevención, la asistencia y la reinserción social.

Durante el ejercicio 2024, el conjunto del sistema autonómico movilizó una inversión aproximada de 13,14 millones de euros, cifra similar a la de 2023, lo que confirma la estabilidad presupuestaria y la continuidad del modelo de financiación anual.

La distribución estimada del gasto se concentra en tratamiento y rehabilitación (55 %), prevención y formación (25 %) y reducción de daños y reinserción social (20 %).

Los datos del Boletín Oficial de Canarias (BOC) (n.º 202 de 10 de octubre de 2024 y n.º 261 de 31 de diciembre de 2024), recogen las subvenciones otorgadas a entidades y administraciones locales para sostener la red canaria de adicciones. En el primer semestre se destinaron casi nueve millones de euros a ONG y fundaciones responsables de la gestión de centros y servicios sociosanitarios, como la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel, la Fundación Yrichen, la Fundación CESICA – Proyecto Hombre, la Asociación Norte de Tenerife, la Fundación Calidad de Vida y la Fundación Adsis, que en conjunto gestionan casi el 70 % del total subvencionado.

En el segundo semestre se reforzaron las redes locales e insulares de atención y prevención, con algo más de cuatro millones de euros distribuidos entre Cabildos y Ayuntamientos. Destacan el Cabildo de Lanzarote, con 1,2 millones de euros para su Red de Toxicomanías; el Cabildo de Fuerteventura, con 0,4 millones; y los ayuntamientos de Santa Lucía de Tirajana, Gáldar y Arucas, que consolidan redes municipales activas de prevención, asistencia e inserción comunitaria.

Sin embargo, pese a la estabilidad global del presupuesto y al esfuerzo sostenido del Gobierno de Canarias, la red autonómica no ha alcanzado todavía un nivel adecuado de homogeneidad ni de integración con la red de salud mental, y continúa presentando debilidades estructurales y desajustes territoriales significativos. Aunque formalmente comparte el mismo marco de zonificación sanitaria, no existe una correspondencia real y operativa entre las Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD) y las zonas básicas de salud, lo que limita la coordinación con la atención primaria y con los dispositivos especializados del Servicio Canario de la Salud (SCS).

La distribución territorial de los recursos sigue siendo desigual: las islas capitalinas concentran la mayor parte de los centros y programas, mientras que en las islas no capitalinas la cobertura asistencial es más limitada, con menor capacidad de respuesta, escasa diversificación de programas y dependencia funcional de los dispositivos metropolitanos. Esta falta de equilibrio impide garantizar una atención equitativa y próxima en todo el territorio autonómico.

Además, la interconexión entre los sistemas de información de adicciones y de salud mental es insuficiente, lo que dificulta el seguimiento longitudinal de los pacientes con patología dual, la evaluación de resultados y la planificación basada en evidencias.

La ausencia de protocolos homogéneos de derivación y continuidad asistencial genera fragmentación en la atención y pérdida de trazabilidad clínica.

Las ONG y fundaciones gestionan aproximadamente el 70 % de los fondos totales destinados a la atención a las adicciones en Canarias, lo que pone de manifiesto su papel estructural dentro del sistema. No se trata únicamente de una colaboración complementaria, sino de una participación que sostiene buena parte de la prestación directa de servicios asistenciales, terapéuticos y de acompañamiento social, así como el funcionamiento ordinario de numerosos dispositivos.

Este modelo ha permitido, sin duda, garantizar continuidad asistencial, especialización técnica en determinados ámbitos (reducción de daños, intervención comunitaria, atención a colectivos vulnerables) y un fuerte arraigo territorial, especialmente en entornos donde la red pública no tenía implantación directa

suficiente. La experiencia acumulada por estas entidades y su cercanía a la realidad social han sido factores clave para mantener la cobertura en el tiempo.

Sin embargo, desde una perspectiva de sistema sanitario público integral y conforme a los principios de equidad, cohesión territorial, continuidad asistencial y atención centrada en la persona, esta elevada externalización plantea incoherencias estructurales. En el contexto nacional, la tendencia en salud mental y adicciones es avanzar hacia la plena integración de estos recursos dentro de los servicios públicos de salud, garantizando homogeneidad de cartera, estabilidad profesional, sistemas comunes de información y circuitos asistenciales integrados.

En el caso canario, la dependencia mayoritaria de entidades concertadas implica que una parte sustancial de la atención terapéutica no está plenamente integrada en la red orgánica y funcional del Servicio Canario de la Salud (SCS). Esto puede generar fragmentación en los circuitos asistenciales, desigualdades territoriales en el acceso, variabilidad en criterios de intervención y dificultades para la evaluación homogénea de resultados.

Por tanto, aunque la colaboración con el tercer sector constituye un activo estratégico que debe preservarse, el actual nivel de externalización requiere una revisión progresiva del modelo para avanzar hacia una mayor integración estructural en el sistema público, reforzando la gobernanza sanitaria, la coordinación interdispositivos y la garantía de equidad en el acceso y en la calidad de la atención.

Además, resulta necesario avanzar hacia una redefinición más clara del papel de las entidades del tercer sector dentro del sistema. Las ONG y fundaciones deberían focalizar progresivamente sus actuaciones en aquellos ámbitos donde aportan un valor diferencial como la intervención comunitaria, la rehabilitación psicosocial, el acompañamiento social, la inserción sociolaboral y la atención a colectivos en situación de especial vulnerabilidad, en línea con el modelo que ya opera en la red de salud mental.

En el ámbito de la salud mental, la asistencia sanitaria especializada forma parte estructural del Servicio Canario de la Salud (SCS), mientras que las entidades sociales desarrollan principalmente programas complementarios orientados a la rehabilitación psicosocial, la integración comunitaria y el apoyo a la autonomía personal. Este esquema permite preservar la responsabilidad pública directa sobre la atención clínica, garantizando homogeneidad, equidad territorial y continuidad asistencial, al tiempo que aprovecha la capacidad del tercer sector para la intervención social especializada.

Trasladar progresivamente este modelo al ámbito de las adicciones implicaría normalizar la asistencia sanitaria y terapéutica dentro del SCS, integrando plenamente los dispositivos en la red pública, los sistemas de información y los circuitos asistenciales de salud mental y atención primaria. De este modo, las entidades concertadas podrían concentrar su labor en funciones de rehabilitación, apoyo comunitario y reducción de daños, reforzando el enfoque biopsicosocial sin diluir la responsabilidad sanitaria pública.

Esta reordenación no supone debilitar la colaboración con el tercer sector, sino clarificar roles, fortalecer la coherencia del sistema y garantizar que la atención a las adicciones se consolide como una prestación sanitaria plenamente integrada, con criterios homogéneos de calidad, equidad y continuidad en todo el territorio.

En resumen el sistema actual ofrece estabilidad financiera pero presenta una red asistencial fragmentada, con desequilibrios geográficos, falta de interoperabilidad y escasa integración funcional con la red sanitaria general. Para el periodo 2025–2030 se considera prioritario revisar la planificación territorial y la financiación por zonas básicas de salud, reforzar la presencia de recursos en los territorios con menor cobertura, mejorar la coordinación con salud mental y atención primaria, e implantar un sistema de información compartido que garantice equidad, continuidad y calidad real de la atención en todo el archipiélago.

Asimismo, se recomienda avanzar hacia un modelo de evaluación del impacto del gasto público, midiendo de forma homogénea los resultados obtenidos tanto usuarios atendidos, eficacia terapéutica, eficiencia económica e incorporando indicadores desagregados por sexo, edad y ámbito insular, con el fin de fortalecer la transparencia, la equidad y la planificación basada en datos objetivos.

Distribución del gasto (estimación 2023-2024)		
Área de actuación	% del presupuesto autonómico	Observaciones
Prevención y formación	25 %	Programas escolares, comunitarios y familiares .
Tratamiento y rehabilitación	55 %	Financiación de UAD, URAD, USAD y programas intrapenitenciarios.
Reducción de daños y reinserción	20 %	Programas de metadona, farmacia y prevención del VIH/hepatitis.

Subvenciones a entidades y programas (1º y 2º Trimestre 2024)			
CIF/NIF	Entidad beneficiaria	Importe (€)	Finalidad / Objetivo
G81436099	Fundación Adsis	84.000	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
G81436099	Fundación Adsis	205 633	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
G38310553	Asociación Norte de Tenerife de Atención a Adicciones Antad adicciones	1.503.577	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
G38022224	Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel San Miguel adicciones	1.980.883	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones

G38230736	Asociación Palmera para la Prevención y Tratamiento de Toxicomanías	551.846	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
G35263318	Asociación de Integración Social Calidad de Vida	1.091.831	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
R3500367B	Cáritas Diocesana de Canarias	354.686	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
R3800003J	Cáritas Diocesana de Tenerife	152.110	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
G38228102	Fundación Centro de Solidaridad de las Islas Canarias (CESICA – Proyecto Hombre)	970.130	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
G38228102	Fundación CESICA – Proyecto Hombre	134.400	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
G35773530	Fundación Canaria Sociosanitaria	863.778	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones
G35739432	Fundación Canaria Yrichen	1.103.285	Gestión de centros y servicios sociosanitarios de atención a adicciones

Subvenciones – 3º y 4º Trimestre 2024			
CIF/NIF	Entidad beneficiaria	Importe (€)	Finalidad / Objetivo
P8500901G	Instituto Municipal de Toxicomanías de Gáldar	69.300	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P8500901G	Instituto Municipal de Toxicomanías de Gáldar – Intervención Comunitaria Calle	210.726	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P8500901G	Instituto Municipal de Toxicomanías de Gáldar – Red de Atención	503.039	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3500600F	Ayuntamiento de Arucas – Red de Atención a las Adicciones	274.679	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3800002B	Cabildo Insular de La Palma – Prevención	93.000	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones

P3500001G	Cabildo Insular de Gran Canaria – Acciones de Prevención	99.000	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3500003C	Cabildo Insular de Fuerteventura – Red de Atención	384.155	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3500003C	Cabildo Insular de Fuerteventura – Acciones de Prevención	33.000	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3500002E	Cabildo Insular de Lanzarote – Red de Toxicomanías	1.166.788	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3500002E	Cabildo Insular de Lanzarote – Acciones de Prevención	39.000	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3502300A	Ayuntamiento de Santa Lucía de Tirajana – Red de Atención a Adicciones	1.023.354	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3500200E	Ayuntamiento de Agüimes	69.061	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3800003J	Cabildo Insular del Hierro – Red de Atención	32.918	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3800003J	Cabildo Insular del Hierro – Acciones de Prevención	18.000	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3800004H	Cabildo Insular de La Gomera – Red de Atención	32.918	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones
P3800004H	Cabildo Insular de La Gomera – Acciones de Prevención	36.000	Prevención, asistencia e inserción social en adicciones

Resumen global 2024 (Trimestres 1-4)		
Tipo de beneficiario	Importe total estimado (€)	% sobre total anual
ONG y Fundaciones (1º-2º Trim.)	≈ 8.995.000	69 %
Cabildos y Ayuntamientos (3º-4º Trim.)	≈ 4.145.000	31 %
Total subvenciones 2024	≈ 13.140.000 €	100 %

10.3. Cobertura del sistema de atención y tiempos de acceso

La cobertura asistencial del sistema canario de atención a las adicciones se ha mantenido estable en el periodo 2022–2024, con una tendencia al alza moderada y tiempos de acceso cada vez más reducidos gracias a la mejora en la coordinación de los recursos y la digitalización de los procesos de derivación. Según los informes de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones y los Indicadores de Salud 2022–2024, el sistema garantiza un acceso universal y gratuito a todas las personas residentes en Canarias, tanto por vía sanitaria como judicial o social.

En 2024 se registraron aproximadamente 11700 personas en tratamiento activo, lo que representa una tasa de cobertura del 0,76 % de la población adulta (15–64 años), equivalente a una persona atendida por cada 130–140 adultos canarios, una cifra superior a la media estatal ($\approx 0,6$ %).

Los tiempos de acceso se mantienen dentro de márgenes aceptables en comparación con otros sistemas autonómicos. El tiempo medio desde la solicitud hasta el inicio del tratamiento se sitúa entre 12 y 20 días, dependiendo del tipo de recurso. En la atención ambulatoria (UAD) el acceso suele producirse en un plazo inferior a 15 días, mientras que para los ingresos en centros residenciales o semirresidenciales (URAD/USAD) la espera media oscila entre 2 y 4 semanas, según disponibilidad de plazas y valoración clínica. En las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) la atención urgente se garantiza en un plazo inferior a 10 días, coordinada con los hospitales del Servicio Canario de la Salud.

El sistema presenta desequilibrios territoriales y funcionales relevantes. La red asistencial sigue concentrándose en las islas capitalinas, mientras que en las islas no capitalinas los recursos son más limitados o dependen de derivaciones externas. La correspondencia entre las UAD y las zonas básicas de salud aún no está plenamente consolidada, lo que genera diferencias en accesibilidad y tiempos de espera. A ello se suma una dependencia estructural del tercer sector, que, aunque aporta flexibilidad y especialización, evidencia una incoherencia con el principio de integración en el sistema público sanitario, dificultando la planificación unificada y la homogeneidad de la atención.

Atención Primaria constituye el nivel asistencial de entrada al sistema sanitario y desempeña un papel clave en la detección precoz de los problemas de salud mental y adicciones. En las consultas de los centros de salud se identifican con frecuencia personas con consumo problemático de sustancias u otras conductas adictivas que requieren valoración y seguimiento especializado por parte de las Unidades de Atención a las Adicciones (UAD). El abordaje temprano y coordinado entre niveles asistenciales resulta fundamental para mejorar la evolución clínica, prevenir complicaciones y favorecer la adherencia terapéutica. Sin embargo, el análisis del modelo actual pone de manifiesto importantes áreas de mejora en la coordinación entre Atención Primaria y los dispositivos especializados. En la práctica, la derivación suele realizarse mediante una recomendación verbal para que el paciente acuda por iniciativa propia a la UAD de referencia, lo que conlleva un elevado riesgo de no acceso efectivo al recurso, pérdida de seguimiento de casos con mayor vulnerabilidad social o clínica, retrasos en el inicio de la atención especializada y una escasa retroalimentación de información entre niveles asistenciales. Estas limitaciones afectan negativamente a la continuidad asistencial y reducen la efectividad del abordaje integral de las adicciones.

En conjunto, Canarias dispone de un sistema de atención con cobertura superior a la media nacional, tiempos de acceso razonables y buena capacidad operativa, pero requiere avanzar hacia una red más equilibrada, integrada y coherente con la estructura sanitaria pública, garantizando la igualdad territorial y la continuidad asistencial en todas las islas durante el periodo 2026–2030 desde un modelo de salud comunitaria primando la Atención Primaria como nodo clave del proceso.

Tiempos medios de acceso:		
Tipo de recurso	Tiempo medio de espera	Observaciones
UAD (ambulatorio)	≤ 15 días	Atención inmediata en la mayoría de las islas.
URAD / USAD (residencial o diurno)	2 – 4 semanas	Dependiente de la disponibilidad de plazas.
UDH (hospitalaria)	< 10 días para urgencias 15–20 días no urgentes	Coordinación con hospitales públicos.

10.4. Programas de reducción de daños

Los programas de reducción de daños constituyen un componente esencial del sistema autonómico de adicciones en Canarias, orientado a disminuir los riesgos sanitarios y sociales asociados al consumo de sustancias, así como a mejorar la calidad de vida y la integración social de las personas usuarias. Estas intervenciones se desarrollan en coordinación entre la Dirección General de Salud Mental y Adicciones (DGSM), el Servicio Canario de la Salud (SCS), entidades del tercer sector y redes comunitarias, con especial atención a la prevención de sobredosis, enfermedades infecto-contagiosas y otros daños asociados al consumo activo.

El sistema mantiene como pilar histórico el Programa sustitutivo de opiáceos mayoritariamente con el uso de metadona, presente en todas las Unidades Ambulatorias de Atención a las Adicciones (UAD) y en farmacias concertadas, bajo la supervisión del Servicio Canario de la Salud.

De forma complementaria, y desde criterios de innovación, eficacia y eficiencia el abordaje del trastorno por uso de opiáceos ha incorporado progresivamente otros recursos terapéuticos y de reducción de daños, orientados a mejorar la seguridad, la adherencia y la adecuación de los tratamientos a los distintos perfiles clínicos y sociales. Entre ellos destaca la disponibilidad de tratamientos sustitutivos basados en buprenorfina, incluidas formulaciones de liberación prolongada de administración semanal o mensual, que permiten reducir la necesidad de dispensación diaria, minimizar riesgos asociados y favorecer la continuidad asistencial..

Entre sus principales ventajas destacan la eliminación de la toma diaria, lo que mejora la adherencia terapéutica y disminuye el riesgo de desvío o uso indebido; la posibilidad de un seguimiento más flexible y comunitario; la mayor estabilidad clínica y social del paciente; y la reducción del estigma asociado a los tratamientos supervisados diarios. Su incorporación consolidaría un modelo más moderno y centrado en la persona, coherente con las recomendaciones europeas y con las metas del Plan

Canario sobre Adicciones 2025–2030, orientado a fortalecer la equidad, la accesibilidad y la humanización de la atención.

Esta diversificación del arsenal terapéutico refuerza un modelo de atención más integral, flexible y centrado en la persona, alineado con los principios de salud pública, reducción de daños y personalización de la intervención, si bien la información sistemática sobre su implantación y resultados continúa siendo limitada en los sistemas de información disponibles.

A ello se suman las iniciativas de intercambio de jeringuillas, implementadas junto a organizaciones como Médicos del Mundo, Fundación Yrichen o Asociación San Miguel, y los programas de reducción de riesgos en ocio nocturno, activos en festivales y eventos de gran afluencia, donde se ofrece información, primeros auxilios y análisis de sustancias.

A pesar de estos avances, Canarias no dispone aún de salas de consumo supervisado ni de un sistema estable de puntos de intercambio (PIJ), lo que limita el alcance real de las políticas de reducción del daño.

Programa / Servicio	Descripción	Ámbito	Entidades Ejecución /
Programa de dispensación de metadona	Sustitución opiácea controlada con supervisión médica.	Todas las UAD / farmacias acreditadas.	SCS + DGSM.
Intercambio de jeringas	Prevención del VIH, hepatitis C y lesiones cutáneas.	Centros de salud, UAD y programas de calle.	DGSM + ONG (Yrichen, Médicos del Mundo, etc.).
Programa de reducción de riesgos en ocio nocturno	Información, análisis de sustancias, primeros auxilios.	Eventos y festivales (ej. Maspalomas Pride, TLP).	DGSM + asociaciones juveniles.
Atención a adicciones comportamentales	Prevención de ludopatía, juego online y tecnoadicciones.	Centro de acogida específico (Tenerife).	DGSM + fundaciones.

En materia de reducción de daños, se propone la activación y ampliación de programas de intercambio de jeringuillas y la creación de espacios de consumo supervisado, así como la distribución de naloxona en unidades móviles y servicios de urgencias, con el fin de prevenir muertes por sobredosis y reducir la transmisión de infecciones. Se sugiere además incorporar el apoyo de los servicios de farmacia comunitaria en la dispensación segura, la detección de riesgos y la educación sanitaria, reforzando su papel dentro de las estrategias comunitarias de reducción de daños y acercando la intervención a los entornos cotidianos de la población usuaria

Se recomienda además potenciar en la red asistencial canaria el tratamiento sustitutivo de opiáceos mediante inyección mensual de buprenorfina de liberación prolongada, que actúa como agonista parcial de los receptores opioides, reduciendo los síntomas de abstinencia y el craving, con un perfil de seguridad superior al de la metadona. Este tratamiento permitiría acercar la atención al contexto de vida de la persona, reducir desplazamientos y facilitar la continuidad asistencial en zonas rurales o de difícil acceso. La pauta inyectable mensual favorece la integración del paciente en su entorno social y laboral, reforzando la relación terapéutica con el equipo de salud y los servicios comunitarios.

Para el periodo 2025–2030 se considera prioritario ampliar la red de intervenciones de proximidad, integrar los nuevos tratamientos sustitutivos en los dispositivos públicos, e impulsar la colaboración con el tercer sector y la farmacia comunitaria, con el fin de acercar los recursos al contexto de vida de las personas usuarias y garantizar una atención más equitativa, segura y centrada en la salud pública.