

OEC2022

ENERGY CONTROL:
Observatorio de
consumos, riesgos y
cuidados
Informe Técnico

Un proyecto de:



Financiado por:



Energy Control: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados.

Barcelona. Asociación Bienestar y Desarrollo, 2022.

Autores: Claudio Vidal Giné, Jordi Navarro López y Diego Fernández Piedra



Energy Control: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados. 2022. © 2022 by ABD - Energy Control is licensed under **Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International**. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Estudio financiado a través de la convocatoria 0,7 de subvenciones para la realización de actividades de interés general consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Convocatoria: 2021.



Contenido

Introducción: el Observatorio Energy Control.....	6
Objetivos.....	10
Metodología.....	11
Estudio Cuantitativo.....	12
<i>Captación de las personas participantes</i>	12
<i>La encuesta online</i>	13
<i>Análisis estadísticos</i>	17
Estudio cualitativo.....	18
<i>Captación de las personas participantes</i>	18
<i>Grupos focales</i>	19
<i>Entrevistas semi estructuradas</i>	20
<i>Análisis cualitativos</i>	21
Personas participantes en el estudio.....	22
En el estudio cuantitativo.....	22
<i>Características sociodemográficas</i>	22
<i>Sustancias consumidas en alguna ocasión en los últimos 12 meses</i>	24
En el estudio cualitativo.....	26
<i>Características sociodemográficas</i>	26
<i>Entrevistas semi estructuradas</i>	27
Limitaciones.....	28
Sustancias consumidas por primera vez en los últimos 12 meses.....	30
Episodios de consumo intensivo.....	33
Episodios intensivos en función de su duración.....	34
Las sustancias en los episodios de consumo intensivo.....	35
El consumo intensivo en el estudio cualitativo.....	38
Los porros: ¿con filtro o boquilla?.....	40
Dosificación de la MDMA y reducción de riesgos.....	46
La elección del formato: ¿MDMA en cristal o pastillas?.....	47
Formas de consumir MDMA en formato cristal.....	50
La dosificación de las pastillas de MDMA.....	56
Estrategias generales de reducción de riesgos relacionadas con la dosificación.....	61
Las prácticas de reducción de riesgos relacionadas con el esnifado de sustancias.....	67
Aproximación cuantitativa al consumo de tusibí.....	78
Visitas a urgencias y servicios sanitarios en festivales.....	86
La información como estrategia de reducción de riesgos.....	90
Problemas con las drogas y el médico de familia.....	101
Vías de adquisición de las sustancias.....	106
Conclusiones y recomendaciones.....	112
Conclusiones.....	112

<i>Perfiles y prevalencias de consumo</i>	112
<i>Primeros consumos</i>	113
<i>Patrones de consumo intensivo de sustancias</i>	113
<i>El uso de filtros como estrategia para la reducción de los riesgos de tipo respiratorio en personas que consumen cannabis.</i>	114
<i>Estrategias de reducción de los riesgos relacionados con la dosificación de la MDMA y con el esnifado de sustancias.</i>	114
<i>Los patrones de consumo de tusibí</i>	115
<i>Las barreras percibidas de acceso a la atención sanitaria en festivales</i>	115
<i>La información como estrategia de reducción de riesgos</i>	116
<i>Percepción de las personas que usan drogas en relación a los profesionales de la Medicina de Familia y su papel en la atención de preocupaciones o problemas relacionados con el consumo de drogas.</i>	116
<i>Las vías de adquisición de sustancias</i>	117
Recomendaciones	117
Agradecimientos	120
Bibliografía	121
Anexo 1. Imágenes para la difusión del estudio	131
Anexo 2. Cuestionario de la encuesta online	134
Presentación	134
Consentimiento informado	134
Antes de comenzar... ..	136
BLOQUE 2. CONSUMO DE ALCOHOL Y DE OTRAS DROGAS.....	136
BLOQUE 3. CANNABIS.....	138
BLOQUE 4. MDMA.....	140
BLOQUE 5. COCAÍNA.....	142
BLOQUE 6. SPEED.....	143
BLOQUE 7. TUSIBÍ.....	144
BLOQUE 8. CONSECUENCIAS NEGATIVAS	145
BLOQUE 9. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	146
BLOQUE 10. Unas preguntas finales	147
Anexo 3. Consentimiento informado de la/el participante	148
Anexo 4. Hoja informativa	150
Anexo 5. Guion de las preguntas del grupo de discusión	152
0. Preguntas sociodemográficas	152
1. Higiene y reducción de riesgos en el uso esnifado de drogas:	152
1.1. <i>Patrones de consumo.</i>	152
1.2. <i>Riesgos y placeres</i>	153
1.3. <i>Fuentes de información:</i>	153
2. MDMA:.....	153
2. 2. <i>Parte de riesgos y placeres:</i>	154
3. Fuentes de información:	154

Anexo 6. Guion de preguntas de las entrevistas.....	155
0. Preguntas sociodemográficas	155
1. Higiene y Reducción de Riesgos en el uso esnifado de drogas:	155
1.1. <i>Patrones de consumo.</i>	155
1.2. <i>Riesgos y placeres.</i>	156
1.3. <i>Fuentes de información:</i>	156
2. MDMA:.....	156
2. 2. <i>Parte de riesgos y placeres:</i>	157
3. <i>Fuentes de información:</i>	157

Introducción: el Observatorio Energy Control

El programa Energy Control de la Asociación Bienestar y Desarrollo cuenta con diferentes mecanismos para conocer la realidad de los consumos recreativos de sustancias psicoactivas en España.

Por una parte, se encuentran las observaciones realizadas durante las acciones de proximidad y el contacto con la población consumidora en los momentos y lugares donde estos consumos tienen lugar. Estas acciones son realizadas por el personal técnico y voluntario, las cuales permiten conocer los patrones de consumo en términos de las sustancias consumidas, las formas de consumo y las dudas o preocupaciones que manifiestan las personas con las que se entra en contacto. Durante estas intervenciones, se recoge información de manera sistemática a través de breves encuestas sobre cuestiones específicas como son las encuestas de satisfacción en espacios de ocio, o a través de la prestación del servicio de análisis en estos espacios, que recoge fundamentalmente información sobre las sustancias y su composición. Aunque la información recopilada es muy valiosa, no siempre permite la exploración en detalle de aquellos aspectos que pueden ser relevantes para el diseño de posteriores acciones preventivas, ya que el número de observaciones puede ser pequeño, en muchos casos, o no se dispone de mecanismos para poder analizar y compartir los datos recabados.

Por otra parte, a lo largo de los años, se han realizado esfuerzos de cara a mejorar la calidad de los procedimientos de recogida de información en los servicios presenciales de análisis de sustancias. Estas modificaciones han

consistido en la introducción de cuestionarios, la creación de bases de datos y la implementación de mecanismos para su explotación y publicación. Sin embargo, al tratarse de protocolos de actuación general, tampoco permiten la exploración de fenómenos particulares de interés que respondan a necesidades detectadas. Además, hasta la fecha, gran parte de la producción técnica y científica de resultados ha estado más centrada en las sustancias y su composición, y menos en las personas y sus consumos.

Desde Energy Control se han llevado a cabo diferentes proyectos de investigación que han aportado luz sobre cuestiones particulares que, en cada momento, necesitaron de profundización (ver, por ejemplo, Fabregat y Calzada, 2013; Vidal y Guerrero, 2014). En concreto, los dos últimos realizados nos han permitido analizar en detalle aspectos relativos a los servicios móviles de análisis de sustancias (Vidal y Navarro, 2020) o el análisis de los consumos recreativos y la adopción de pautas de protección en el periodo posterior al confinamiento domiciliario en nuestro país (Vidal y Navarro, 2021). Estos procesos, además de aportar información importante de cara a mejorar nuestro conocimiento de la realidad, han ayudado a perfilar una metodología específica de recogida y análisis de información que se ha convertido en una evaluación sistemática de necesidades con el fin de orientar la toma de decisiones del programa.

Este informe presenta los resultados obtenidos de esta primera evaluación de necesidades que hemos llamado Observatorio de consumos, riesgos y cuidados (en adelante, OEC2022), con la intención, por parte de Energy Control, de implementar de manera anual el proceso que acabamos de explicar.

De manera concreta, en esta primera edición del OEC2022, hemos querido poner el foco en las estrategias de reducción de riesgos y daños utilizadas a la hora de consumir MDMA, así como en aquellas empleadas al utilizar una de las vías de administración más frecuentes: el esnifado de sustancias. Las razones por las que se escogieron estas dos temáticas fueron la alta prevalencia de consumo de MDMA entre las personas atendidas por el programa Energy Control y la falta de información disponible sobre la forma en que estaba siendo consumida. Además, obtener datos cuantitativos sobre los patrones vinculados al esnifado de sustancias nos permitirá evaluar el seguimiento que se hace de determinadas recomendaciones que se vienen lanzando por parte de diversos programas de reducción de riesgos y daños vinculados al consumo de drogas en el ámbito recreativo, de las que disponemos de poca información sobre su implementación efectiva en este contexto.

La metodología de trabajo aplicada en este proceso de investigación fue mixta, recopilando, analizado e integrando tanto técnicas cuantitativas como cualitativas. Así pues, por una parte, se implementó una encuesta online y, por

otra, se llevaron a cabo varias entrevistas en profundidad y grupos de discusión. La utilización de este diseño de investigación mixto nos ha permitido analizar en profundidad ciertos aspectos de interés, asegurando la calidad de los resultados obtenidos, aunque con las limitaciones propias de esta metodología que son expuestas más adelante en este texto.

En la encuesta online se han incluido otros aspectos que consideramos necesario abordar en esta primera edición del OEC2022, los cuales fueron siempre interpretados al albor de los datos cualitativos. En concreto, a través de esta herramienta, y de manera general, hemos querido mejorar el conocimiento que tenemos sobre el perfil de las personas contactadas a través del programa, tanto a nivel sociodemográfico, como a nivel de prevalencias de consumo. Además, hemos puesto el foco en una serie de aspectos particulares de interés que nos permitirán diseñar de manera específica acciones concretas de reducción de riesgos y daños, y que a continuación reseñamos.

En primer lugar, y de manera novedosa debido a la falta de atención que ha recibido, nos hemos querido aproximar a los patrones de consumo intensivo de sustancias, también llamados atracones (*binges*). Se trata de formas de consumo que implican una duración de muchas horas y, aunque sabíamos de su existencia, no disponíamos de información acerca de cuáles son dichos periodos o las sustancias que mayormente están implicadas.

En segundo lugar, y dado que se preveía que, a través de la encuesta online, podríamos acceder a un número importante de personas que consumen cannabis, quisimos obtener información sobre el uso de filtros y boquillas en los porros tanto en relación con el número de personas que usaban unos u otras, como con las diferentes opiniones que podían mantener hacia una estrategia poco explorada para reducir el riesgo de complicaciones respiratorias como es el uso de filtros.

En tercer lugar, y debido a la creciente expansión de su consumo y la falta de información disponible en nuestro país, se incluyó un módulo específico sobre el consumo de tusibí¹. Hasta la fecha, la única información de la que disponemos es la obtenida en los servicios de análisis de sustancias en términos de su composición, pero se carecía de información sobre sus patrones de consumo y potenciales problemas asociados. La información recogida en este apartado es una primera aproximación al consumo de este producto que nos permitirá seguir profundizando en la materia.

¹ También mal llamado “cocaína rosa”. En la actualidad, se trata de un polvo de color rosa principalmente, compuesto de una mezcla de ketamina y MDMA. En un principio, se introdujo vendido como 2C-B (4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina), originándose gran confusión al respecto. Para más información, véase la sección “Aproximación cuantitativa al consumo de tusibí” en este mismo informe.

En cuarto lugar, dado que los festivales de música se han consolidado en los últimos años como oferta recreativa, siendo estos además unos contextos sensibles al consumo de sustancias psicoactivas, quisimos analizar las posibles barreras para la utilización de los servicios sanitarios en caso de experimentar problemas derivados del uso de drogas. Existe muy poca información sobre esta temática, con lo que se consideró fundamental para este estudio comenzar a abordar esta cuestión para valorar la pertinencia de desarrollar acciones específicas.

En quinto lugar, dado que una parte muy importante de los programas de reducción de riesgos y daños se basa en la provisión de información, quisimos conocer cuáles son las fuentes de información más utilizadas y valorar la credibilidad de cada una de ellas. Este conocimiento es relevante, no solo para el propio programa Energy Control, sino para otros actores implicados en la atención de personas que consumen sustancias psicoactivas.

En sexto lugar, se buscó explorar la utilización de recursos por parte de las personas que hacen un uso recreativo de drogas en caso de tener preocupaciones o experimentar problemas relacionados con dicho consumo. En concreto, se analizaron las percepciones que estas personas tienen de los profesionales sanitarios, específicamente de Medicina de Familia, las cuales pueden suponer barreras de acceso a la atención en caso de ser necesaria.

Por último, con objeto de poder monitorizar las diferentes formas de adquisición de sustancias, se incluyeron una serie de cuestiones para analizar cuáles son y valorar la posible emergencia de nuevos métodos, en especial los relacionados con la Deep Web.

Toda la información recogida y que se presenta en este informe, tiene la voluntad de ser la base para el diseño de estrategias y acciones concretas en materia de reducción de riesgos y daños, no solo para el programa Energy Control, sino también para otros programas y organizaciones que trabajan en este ámbito. Por ello, al final del informe, junto a las conclusiones, se presentan un conjunto de recomendaciones en base a los resultados obtenidos.

Objetivos

Con carácter general, el OEC2022 quiere mejorar la atención socio sanitaria a personas que hacen un consumo recreativo de sustancias psicoactivas a través de la identificación y estudio de sus prácticas y hábitos de consumo que orienten el diseño de acciones adaptadas y eficaces de reducción de riesgos.

Como **objetivos específicos**, el OEC2022 busca:

- OE1. Recoger, de manera sistemática, información sobre patrones de consumo entre personas que realizan un consumo recreativo de sustancias psicoactivas, con especial atención a las diferencias entre hombres y mujeres.
- OE2. Desarrollar recomendaciones específicas, basadas en la información recogida, que mejoren las acciones desarrolladas desde los programas y servicios de reducción de riesgos y daños que trabajan con personas que realizan un consumo recreativo de sustancias psicoactivas, con especial atención a las diferencias entre hombres y mujeres.

Metodología

Antes comenzar con el análisis de los resultados, consideramos oportuno explicar previamente tanto los métodos como las técnicas elegidas por el OEC2022 para la consecución de los objetivos desarrollados en el anterior apartado. Con esta intencionalidad, se aplicó un diseño de investigación no experimental, aplicado, descriptivo, sustentado en un método mixto cuantitativo según el tipo de tratamiento que esta investigación da a la información conseguida.

Este último posicionamiento metodológico conlleva un acto de recopilación, análisis e integración de los resultados obtenidos desde ambos posicionamientos, ya que los datos cualitativos, esenciales para medir percepciones y experiencias personales, junto a los cuantitativos, mediciones de variables vinculados con el fenómeno estudiado, se erigen como necesarios para generar conocimiento sobre el objeto de estudio seleccionado.

Como explica Chaves (2018), ante las limitaciones y las posibilidades que brindan los métodos de investigación cuantitativo o cualitativo, resulta necesario y eficaz utilizar un medio el cual integre y complemente estas dos miradas en la investigación. Así pues, siguiendo estas premisas, se aplicó una estrategia concurrente de triangulación, la cual consiste en que la recopilación y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos se llevan a cabo de manera independiente, pero de forma sincrónica. De esta forma, los resultados obtenidos, se integran con prioridad similar durante la fase de interpretación y conclusión de estos.

Con lo que, siguiendo con las ideas anteriores, el OEC2022 decidió por este motivo implementar metodologías cuantitativa y cualitativa de manera separada, incorporando los datos obtenidos de forma agregada, proceso que a continuación vamos a presentar organizado en estudios relacionados de la manera que acabamos de mostrar.

Estudio Cuantitativo

Para esta parte, se diseñó un estudio transversal mediante encuesta online. Esta herramienta, administrada electrónicamente a través de Internet, ha experimentado un auge importante en los últimos años al tratarse de una estrategia que reporta mayor coste-beneficio que otros métodos de obtención de datos, al facilitar enormemente la recogida, el tratamiento de los datos y la obtención de un elevado número de respuestas en breve periodo de tiempo. Además, resulta especialmente útil para analizar temas sensibles como los consumos de sustancias psicoactivas, debido al anonimato que garantizan y la confianza que esto genera en las personas que deciden realizarla (Belackova y Drapalova, 2022).

Sin embargo, también tienen sus limitaciones como, por ejemplo, su elevada tasa de respuestas nulas o de cuestionarios incompletos, la complejidad de generalizar sus resultados y la aparición de un posible sesgo de selección en las personas participantes (Belackova y Drapalova, 2022).

En el caso concreto del OEC2022, la decisión de implementar una encuesta online es fruto también de la experiencia acumulada en el uso de este tipo de metodologías en estudios anteriores, tanto propios (Vidal y López, 2014; Fernández-Calderón et al., 2016; Vidal et al., 2016; Vidal y Navarro, 2020; 2021) como de otros investigadores (del Valle et al., 2021, Fernández-Calderón et al., 2020; Vera et al., 2020).

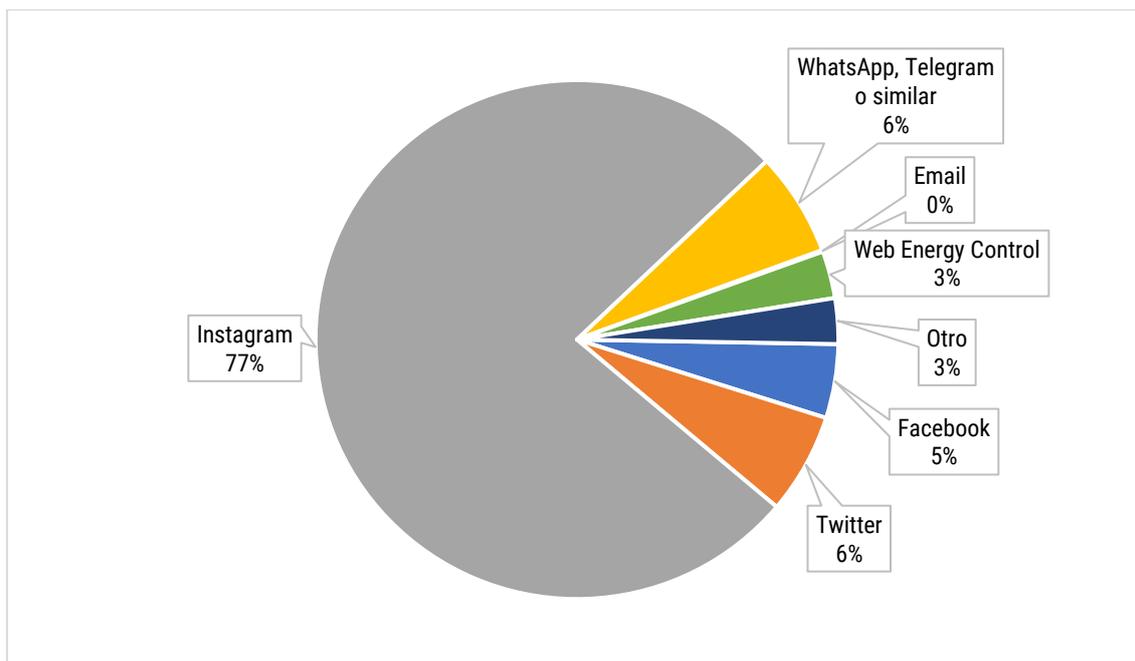
Captación de las personas participantes

Para la captación de las personas participantes en la encuesta online, se realizaron diferentes publicaciones en las redes sociales del programa Energy Control (Facebook, Twitter e Instagram). Con este motivo, se diseñaron varias imágenes para captar la atención de quienes siguen dichos espacios virtuales y así, animarlas a la participación (Ver “Anexo 1. Imágenes para la difusión del estudio”. Una parte importante de las personas que participaron en la encuesta online se enteró de ella a través de una publicación en Instagram (78,3%) (Gráfico 1).

De manera conjunta, se publicó una entrada en la web del programa Energy Control² y finalmente, otros medios como la revista Cáñamo³ se hicieron eco de la difusión de la encuesta.

² <https://energycontrol.org/observatorio-energy-control-participa-en-nuestra-encuesta-online-para-ayudarnos-a-conocer-como-os-cuidais-cuando-consumis/>

³ <https://canamo.net/noticias/espana/energy-control-lanza-una-encuesta-para-usuarios-de-drogas-ilegales-en-espana>

Gráfico 1. Medio de conocimiento de la encuesta.

Fueron criterios de inclusión, en esta parte del estudio, el ser mayor de edad, residente en España y haber consumido en el último año una o más sustancias psicoactivas. Por otra parte, los criterios de exclusión eran el ser menor de edad o cualquier situación que incapacitara para la cumplimentación del cuestionario.

Este proceso hizo que se recibieran 2461 respuestas, de las cuales 1049 estaban incompletas, dejando una muestra total de 1492 encuestas válidas.

La encuesta online

La encuesta online, que estuvo activa entre el 10/08/2022 y el 10/09/2022, fue programada a través de la herramienta LimeSurvey, la cual constaba de 124 preguntas agrupadas en diez bloques. En el “Anexo 2. Cuestionario de la encuesta online” se presenta la herramienta utilizada.

Los bloques y las variables incluidas en cada uno de ellos fueron:

1. BLOQUE 1. Antes de empezar...
 - 1.1. Edad.
 - 1.2. Identidad de género.
 - 1.3. Sexo.
 - 1.4. Comunidad Autónoma de residencia.
 - 1.5. Medio de conocimiento de la encuesta.
2. BLOQUE 2. Consumo de alcohol y de otras drogas:

- 2.1. Sustancias consumidas en los últimos 12 meses.
- 2.2. Sustancias consumidas por primera vez en los últimos 12 meses.
- 2.3. Episodios de consumo intensivo.
3. BLOQUE 3. Cannabis:
 - 3.1. Días de consumo en los últimos 12 meses.
 - 3.2. Tipo de cannabis consumido en los últimos 12 meses.
 - 3.3. Principal forma de consumo en los últimos 12 meses.
 - 3.4. Frecuencia de uso de tabaco con cannabis.
 - 3.5. Tipo de boquilla/filtro utilizado con más frecuencia.
 - 3.6. Uso de filtro entre personas usuarias de boquilla.
 - 3.7. Razones para no usar el filtro entre personas usuarias de boquilla.
 - 3.8. Intención de utilizar un filtro entre personas usuarias de boquilla.
 - 3.9. Razones para usar el filtro entre personas usuarias de filtro.
 - 3.10. Opinión sobre el efecto del filtro sobre los efectos psicoactivos entre personas usuarias de filtro.
 - 3.11. Escala de síntomas respiratorios.
 - 3.12. Consumo de tabaco (consumo en los últimos 12 meses, días de consumo y tipo de cigarrillos utilizados).
 - 3.13. Problemas respiratorios (fibrosis quística y asma).
 - 3.14. Uso simultáneo de cannabis con otras drogas en los últimos 12 meses.
 - 3.15. Vías de adquisición de cannabis en los últimos 12 meses.
4. BLOQUE 4. MDMA:
 - 4.1. Prevalencia de consumo de MDMA en cristal en los últimos 12 meses.
 - 4.2. Días de consumo de MDMA en cristal en los últimos 12 meses.
 - 4.3. Formas de consumo de MDMA en cristal en los últimos 12 meses.
 - 4.4. Cantidad consumida en un día típico de consumo de MDMA en cristal en los últimos 12 meses.
 - 4.5. Frecuencia de utilización de estrategias de reducción de riesgos en el esnifado de MDMA en cristal (pulverización de la sustancia, alternar fosas nasales, lavado de fosas nasales, limpieza de superficie donde se preparan las rayas) en los últimos 12 meses.

- 4.6. Frecuencia con la que se ha compartido el turulo cuando se ha esnifado MDMA en cristal en los últimos 12 meses.
- 4.7. Prevalencia de consumo de MDMA en pastillas en los últimos 12 meses.
- 4.8. Prevalencia de consumo esnifado de pastillas de MDMA en los últimos 12 meses.
- 4.9. Frecuencia con la que han dividido la pastilla en uno o más trozos en los últimos 12 meses.
- 4.10. Cantidad consumida en un día típico de consumo de MDMA en pastillas en los últimos 12 meses.
- 4.11. Frecuencia con la que han llevado la cuenta de las dosis consumidas (cristal y/o pastillas) en los últimos 12 meses.
- 4.12. Frecuencia con la que han dejado un intervalo de 3-4 horas entre dosis (cristal y/o pastillas) en los últimos 12 meses.
- 4.13. Uso simultáneo de MDMA con otras drogas en los últimos 12 meses.
- 4.14. Vías de adquisición de MDMA en los últimos 12 meses.
5. BLOQUE 5. Cocaína:
 - 5.1. Días de consumo de cocaína en los últimos 12 meses.
 - 5.2. Cantidad consumida en un día típico de consumo de cocaína en los últimos 12 meses.
 - 5.3. Frecuencia de utilización de estrategias de reducción de riesgos en el esnifado de cocaína (pulverización de la sustancia, alternar fosas nasales, lavado de fosas nasales, limpieza de superficie donde se preparan las rayas) en los últimos 12 meses.
 - 5.4. Frecuencia con la que se ha compartido el turulo cuando se ha esnifado cocaína en los últimos 12 meses.
 - 5.5. Uso simultáneo de cocaína con otras drogas en los últimos 12 meses.
 - 5.6. Vías de adquisición de cocaína en los últimos 12 meses.
6. BLOQUE 6. Speed:
 - 6.1. Días de consumo de speed en los últimos 12 meses.
 - 6.2. Percepción de la calidad del speed en función de la presentación (polvo o pasta)
 - 6.3. Cantidad consumida en un día típico de consumo de speed en los últimos 12 meses.

- 6.4. Frecuencia de utilización de estrategias de reducción de riesgos en el esnifado de speed (pulverización de la sustancia, alternar fosas nasales, lavado de fosas nasales, limpieza de superficie donde se preparan las rayas) en los últimos 12 meses.
- 6.5. Frecuencia con la que se ha compartido el turulo cuando se ha esnifado speed en los últimos 12 meses.
- 6.6. Uso simultáneo de speed con otras drogas en los últimos 12 meses.
- 6.7. Vías de adquisición de speed en los últimos 12 meses.
7. BLOQUE 7. Tusibí:
 - 7.1. Sustancia o sustancias que la persona cree que lleva el “tusibí”.
 - 7.2. Edad de inicio en el consumo de tusibí.
 - 7.3. Días de consumo de tusibí en los últimos 12 meses.
 - 7.4. Formas de consumo de tusibí en los últimos 12 meses.
 - 7.5. Lugares en los que se ha consumido tusibí en los últimos 12 meses.
 - 7.6. Compañía durante el consumo de tusibí en los últimos 12 meses.
 - 7.7. Actividades que se realizaron durante el consumo de tusibí en los últimos 12 meses.
 - 7.8. Frecuencia de consumo simultáneo de tusibí con otras drogas en los últimos 12 meses.
 - 7.9. Sustancias consumidas de manera simultánea con tusibí en los últimos 12 meses
 - 7.10. Vías de adquisición de tusibí en los últimos 12 meses.
 - 7.11. Prevalencia de atención médica tras el consumo de tusibí.
 - 7.12. Severity of Dependence Scale (SDS).
8. BLOQUE 8. Consecuencias negativas
 - 8.1. Prevalencia de atención urgente tras el consumo de alcohol.
 - 8.2. Prevalencia de atención urgente tras el consumo de otras drogas distintas al alcohol.
 - 8.3. Intención de utilización de los servicios médicos del festival.
9. BLOQUE 9. Información sobre sustancias
 - 9.1. Percepción sobre el grado en que la persona se considera informada sobre diferentes sustancias.
 - 9.2. Uso de fuentes de información en los últimos 12 meses.

- 9.3. Credibilidad de fuentes de información.
 - 9.4. Intención de acudir al médico de familia en caso de dudas o problemas con las drogas.
 - 9.5. Actitudes hacia el médico de familia y su abordaje de los consumos de drogas.
 - 9.6. Valoración del nivel de información que tiene el médico de familia sobre diferentes sustancias.
 - 9.7. Valoración de la eficacia del médico de familia en el abordaje de los problemas de salud en relación con las sustancias.
 - 9.8. Áreas sobre las que se desea recibir más información sobre drogas.
10. BLOQUE 10. Unas preguntas finales:
- 10.1. Mayor nivel de estudios finalizado.
 - 10.2. Situación laboral presente.
 - 10.3. Modo de convivencia.
 - 10.4. Principal fuente de ingresos.
 - 10.5. Grupo profesional del último trabajo principal.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis descriptivos básicos para todas las variables en función de su naturaleza: frecuencias para las variables categóricas y medidas de tendencia central (media y desviación típica) para las variables continuas. Todos estos indicadores fueron desagregados según la variable sexo en hombres y mujeres, dejando el grupo intersexual fuera de los análisis salvo en el estudio final del total de la muestra.

Para las comparaciones, se utilizó el estadístico chi cuadrado para las variables categóricas y la T de *Student* para las variables continuas. En ambas pruebas se consideró un nivel de significación de 0,05.

A partir de algunas de las variables iniciales, se crearon nuevas variables. En concreto, las nuevas fueron:

- Categorías de frecuencia de consumo. La variable “Días de consumo en los últimos 12 meses” fue tomada del *European Web Survey on Drugs* (Matias et al., 2019) y evalúa la frecuencia de consumo a partir de una variable ordinal con 12 valores representando diferentes rangos de días de consumo. A partir de esta variable, se crearon diferentes categorías de consumo siguiendo los criterios empleados por Trautmann, Kilmer y

Turnbull (2013) y Vuolo y Matias (2020). Para el consumo de cannabis, las categorías de frecuencia fueron “infrecuente” (menos de 11 días en los últimos doce meses), “ocasional” (11-50 días), “regular” (51-250 días) e “intensivo” (más de 250 días). Para cocaína y MDMA, las categorías fueron: “infrecuente” (menos de 11 días), “ocasional” (11-50 días) y “frecuente” (más de 50 días). Estas últimas categorías también fueron utilizadas para el consumo de *speed* y de tusibí.

- Categorías de frecuencia de utilización de estrategias de reducción de riesgos. En la encuesta, las preguntas sobre la frecuencia de utilización de las diferentes estrategias se responden mediante una escala ordinal con 5 valores: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Estas variables fueron recodificadas creando dos categorías de frecuencia: “Frecuencia Baja” (nunca, casi nunca y a veces) y “Frecuencia Alta” (casi siempre y siempre). Este tipo de recodificación de variables de frecuencia de uso de estrategias de reducción de riesgos y daños ha sido utilizado en estudios anteriores como por ejemplo en, Vidal et al., 2016; Vera et al., 2020, etc.

Estudio cualitativo

Partiendo del posicionamiento teórico relacionado con el método mixto explicado anteriormente, las técnicas de producción de datos seleccionadas fueron el grupo focal y la entrevista semiestructurada ya que, de todas las posibilidades existentes, estas se erigen como unas herramientas acertadas para conocer las formas de actuar, opiniones, etc. del grupo analizado. Siempre sin olvidar la complementariedad que la información obtenida a través de estos procedimientos debe tener con la información obtenida de forma cuantitativa, condición sine qua non a cumplir como parte de la metodología de investigación mixta antes explicada.

Captación de las personas participantes

Para buscar y contactar con las personas participantes, en el estudio cualitativo se utilizaron las redes sociales citadas en el anterior apartado para realizar un llamamiento donde se concretaban la edad, género y lugar de residencia, además de pedir una forma de contacto. Una vez transcurrida una semana se cerró la difusión.

Tanto para las entrevistas como los grupos focales se realizó un muestreo aplicando la técnica de la “bola de nieve⁴” con las personas contactadas.

⁴ Esta técnica consiste en pedir a las personas informantes que recomienden a otros posibles participantes.

La selección de personas informantes se realizó siguiendo los criterios de paridad participativa, así como aplicando los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: ser mayor de edad, residente en alguna de las ciudades seleccionadas (Barcelona, Madrid, Sevilla y Palma), y haber consumido MDMA y/o alguna droga por vía esnifada en el último año.
- Criterios de exclusión: ser menor de edad, la negación del consentimiento informado o cualquier situación que incapacite para la participación en el estudio.

Grupos focales

Según Saldanha da Silveira, Colomé, Heck, Nunes da Silva y Viero (2015), esta herramienta se caracteriza por ser un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto concreto, vivido y compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos para el debate que reciben los/las participantes. Esta técnica genera un proceso dinámico entre sus participantes, en el cual intercambian ideas, de forma que sus opiniones pueden ser confirmadas, contestadas y rebatidas por el resto de participantes.

Así pues, esta discusión grupal permite al equipo investigador detectar la percepción, opinión y las acciones de las personas jóvenes que participan en la dinámica, las cuales son analizadas a posteriori con la finalidad de conseguir los objetivos de investigación planteados.

Se llevaron a cabo seis grupos focales en las 4 ciudades españolas que cuentan con sede de Energy Control repartidos de la siguiente manera: 2 Barcelona, 2 Madrid, 1 Sevilla y 1 Palma de Mallorca. El criterio de asignación del número de grupos fue únicamente poblacional, dado que las dos primeras ciudades tienen mayor número de habitantes que las otras.

Las personas integrantes de cada uno de estos espacios generadores de información fueron obtenidas a través de un proceso de difusión realizado a través de las redes sociales de Energy Control (Twitter, Instagram y Facebook).

Para la realización de los grupos, la persona investigadora se sustentó en un guion con preguntas previamente desarrolladas las cuales, de manera no directiva, eran sugeridas a las personas que decidieron participar de la dinámica.

Antes de realizar cualquier acción, se les entregó a las personas participantes una hoja con información de la investigación y se les hizo firmar, siempre que quisieron, una hoja de consentimiento informado.

Las sesiones fueron grabadas en formato audio para, posteriormente, ser transcritas a texto para facilitar su análisis posterior, siempre respetando el

anonimato de las personas participantes. Para eso, cumpliendo de esta manera con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal LOPD, RGPD y LSSICE 34/2002, sus datos personales fueron anonimizados, siendo solo conocidos por aquella persona que realizó la entrevista.

Con este menester se usó un código conformado por la actividad realizada, el número de grupo, mixto (al estar compuestos por edades variables) y la ciudad de realización.

Entrevistas semi estructuradas

Según Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013), la entrevista es una de las técnicas de mayor utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos y percepciones que tienen que ver con la subjetividad de las personas. Según estos autores, podemos encontrar varias modalidades de esta técnica: estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas. De todas ellas, la segunda es la que presenta una mayor flexibilidad a la hora de poder acercarse a la muestra seleccionada, conseguir la información necesaria y cumplir con los objetivos planteados en esta investigación. Además, otro motivo para seleccionar esta técnica es que, según los anteriores autores, es más fácil llegar a información vinculada con las opiniones y las creencias personales a través de preguntas abiertas y no dirigidas.

Para este menester, se llevaron a cabo 28 entrevistas en aquellas ciudades con sede de Energy Control, las cuales se repartieron de la siguiente manera: 8 en Madrid, 8 en Barcelona, 6 en Sevilla y 6 en Palma de Mallorca. El motivo de esta dispersión se basa en criterios meramente poblacionales, dado que las dos primeras tienen mayor número de habitantes que las otras.

El trabajo de selección de informantes se realizó a través de un proceso de difusión realizado a través de las redes sociales de Energy Control (Twitter, Instagram y Facebook).

Antes de comenzar ninguna acción, se les entregó a las personas participantes una hoja con información de la investigación y se les hizo firmar, siempre que quisieron, una hoja de consentimiento informado.

Con la intención de llevar a cabo la situación de entrevista de la mejor manera posible la persona investigadora desarrolló previamente un guion con preguntas las cuales, de manera no directiva, fueron realizándose a las personas entrevistadas.

Las entrevistas fueron grabadas en formato audio para, posteriormente, ser transcritas a texto para facilitar su análisis posterior, siempre respetando el

anonimato de quienes participaron. Para eso, cumpliendo de esta manera con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal LOPD, RGPD y LSSICE 34/2002, Los datos personales de las personas participantes fueron anonimizados, solo teniendo acceso quien realizó la entrevista.

Para esta función se creó un código formado la actividad, el número de entrevista, la edad de la persona que participa y la ciudad donde se realizó.

La aparición de la saturación en los datos analizados junto a la vigilancia epistemológica llevada a cabo durante la aplicación de las técnicas, dota de validez al proceso epistemológico llevado a cabo (García y Rodríguez, 2018).

Análisis cualitativos

Para el estudio de la información recabada por las anteriores técnicas, se realizó análisis discursivo sustentado en ciertas categorías propuestas de manera inductiva por las personas investigadoras y en las aparecidas a través de los datos facilitados por la aplicación del Atlas.ti.

Con esta intencionalidad, los datos obtenidos se han organizado en función de tres grupos de edad comprendidos entre 18 y 24, 25 y 30 y más de 31 años. Durante este proceso se tuvo en cuenta la variable sexo, género y lugar de residencia en los discursos, para la identificación de distintas percepciones, prácticas, estrategias y fuentes de información en base a esta variable.

Personas participantes en el estudio

En el estudio cuantitativo

Características sociodemográficas

En la encuesta online participó un total de 1412 personas: 851 hombres (60,3%), 553 mujeres (39,2%) y 8 intersexuales (0,6%). En relación a la identidad de género, el 59,1% se definió como hombre, el 37,5% como mujer y el 3,5% restante como otro. Por otro lado, la edad media de las personas que participaron fue de 26,33 años (26,49 para ellos y 26,08 para ellas).

Con respecto a la Comunidad Autónoma de residencia, al igual que en estudios anteriores realizados en el marco del programa Energy Control, las que aportaron mayor número de personas a la encuesta fueron aquellas en las que el programa tiene presencia: Cataluña (22,5%), Madrid (17,8%) y Andalucía (15,4%) (Tabla 1).

Con respecto al nivel de estudios, cerca de la mitad de quienes participaron en la encuesta habían completado o bien Formación Profesional (26,6%) o estudios universitarios (22,1%). El 18,6 había finalizado Bachillerato/COU y un 17,8% tenía estudios de posgrado.

Tabla 1. Sexo, identidad de género y CCAA de residencia.

Sexo	n	%
Masculino	851	60,3
Femenino	553	39,2
Intersexual	8	0,6
Total	1412	100
Identidad de género		
Hombre	834	59,1
Mujer	529	37,5
Otro	49	3,5
Total	1412	100
Comunidad Autónoma de residencia		
Andalucía	218	15,4
Aragón	64	4,5
Asturias, Principado de	37	2,6
Canarias	23	1,6
Cantabria	14	1,0
Castilla y León	54	3,8
Castilla-La Mancha	47	3,3
Cataluña	318	22,5
Ceuta, Ciudad Autónoma de	2	0,1
Comunitat Valenciana	125	8,9
Extremadura	24	1,7
Galicia	92	6,5
Illes Balears	46	3,3
Madrid, Comunidad de	251	17,8
Melilla, Ciudad Autónoma de	1	0,1
Murcia, Región de	34	2,4
Navarra, Comunidad Foral de	16	1,1
País Vasco	39	2,8
Rioja, La	7	0,5
Total	1412	100

En el momento de realizar la encuesta, el 44% se encontraba trabajando y el 30,8% combinaba estudios y trabajo. Para el 73,2%, la principal fuente de ingresos era su trabajo y el 58,7% trabajaba por cuenta ajena en el ámbito privado. La principal forma de convivencia respondida fue “con la familia” (padre, madre, hermanos/as u otros familiares) (38,2%), seguida de “con la pareja sin hijos” (19,7%) (Tabla 2).

Tabla 2. Edad media y características sociodemográficas.

	Hombres (n=851)	Mujeres (n=553)	Total (N=1412)
Edad media (años)	26,49	26,08	26,33
Nivel de estudios (n, %)			
Sin estudios finalizados	7 (0,8%)	3 (0,5%)	10 (0,7%)
Educación Primaria finalizada	30 (3,5%)	10 (1,8%)	40 (2,8%)
Educación Secundaria / BUP finalizados	93 (10,9%)	45 (8,1%)	140 (9,9%)
Bachillerato / COU finalizados	156 (18,3%)	104 (18,8%)	262 (18,6%)
Formación Profesional finalizada	256 (30,1%)	118 (21,3%)	375 (26,6%)
Estudios Universitarios finalizados	172 (20,2%)	137 (24,8%)	312 (22,1%)
Estudios de Posgrado	124 (14,6%)	127 (23,0%)	251 (17,8%)
Otro	13 (1,5%)	9 (1,6%)	22 (1,6%)
Ocupación (n, %)			
Solo estudio	118 (13,9%)	88 (15,9%)	207 (14,7%)
Solo trabajo	399 (46,9%)	219 (39,6%)	621 (44,0%)
Estudio y trabajo	253 (29,7%)	179 (32,4%)	435 (30,8%)
Estoy en paro	56 (6,6%)	41 (7,4%)	97 (6,9%)
Otro	25 (2,9%)	26 (4,7%)	52 (3,7%)
Tipo de convivencia (n, %)			
Con nadie	103 (12,1%)	65 (11,8%)	170 (12,0%)
Con mis hijos/as	6 (0,7%)	5 (0,9%)	11 (0,8%)
Con mi pareja (sin hijos/as)	144 (16,9%)	134 (24,2%)	278 (19,7%)
Con mi pareja e hijos/as	38 (4,5%)	12 (2,2%)	50 (3,5%)
Con mis amistades	87 (10,2%)	74 (13,4%)	163 (11,5%)
Con mi padre/madre/hermanos/otros familiares	368 (43,2%)	169 (30,6%)	539 (38,2%)
Con compañeros/as de piso	81 (9,5%)	72 (13,0%)	155 (11,0%)
Otro	24 (2,8%)	22 (4,0%)	46 (3,3%)
Principal fuente de ingresos (n, %)			
Mi trabajo	646 (75,9%)	381 (68,9%)	1034 (73,2%)
Una asignación familiar	129 (15,2%)	97 (17,5%)	227 (16,1%)
La prestación por desempleo	19 (2,2%)	17 (3,1%)	36 (2,5%)
Una beca o préstamo universitario	30 (3,5%)	26 (4,7%)	56 (4,0%)
Otro	27 (3,2%)	32 (5,8%)	59 (4,2%)
Grupo profesional del último trabajo principal (n, %)			
Personal asalariado privado	527 (61,9%)	299 (54,1%)	829 (58,7%)
Personal asalariado público	82 (9,6%)	82 (14,8%)	168 (11,9%)
Empresario o empresaria sin personal asalariado	41 (4,8%)	19 (3,4%)	60 (4,2%)
Empresario o empresaria con personal asalariado	20 (2,4%)	11 (2,0%)	31 (2,2%)
Socio o socia de una cooperativa	12 (1,4%)	10 (1,8%)	22 (1,6%)
Trabajo en una empresa familiar	45 (5,3%)	23 (4,2%)	69 (4,9%)
Otro	28 (3,3%)	23 (4,2%)	51 (3,6%)
No he tenido nunca un trabajo principal	96 (11,3%)	86 (15,6%)	182 (12,9%)

Sustancias consumidas en alguna ocasión en los últimos 12 meses

Las personas que participaron en la encuesta consumieron, en los últimos doce meses, un promedio de 6 sustancias psicoactivas distintas. Las drogas más usadas por estas personas fueron, de mayor a menor prevalencia, las siguientes: alcohol (94,8%), cannabis (83,7%), MDMA (80,6%), cocaína (52,1%),

popper (49,9%) y *speed* (47,4%). Una parte importante también mencionó la ketamina (32,4%) y el tusibí (20,2%) (Tabla 3).

Aunque no se observaron variaciones significativas entre hombres y mujeres en el número de sustancias diferentes consumidas en los últimos doce meses, las diferencias sí emergieron al preguntar sobre el tipo de sustancia consumida. Así, significativamente más hombres que mujeres afirmaron haber consumido cannabis (85,5% de hombres y 79,4% de mujeres, $p = ,000$) o DMT (4,3% de hombres y 2,4% de mujeres, $p = ,049$) mientras que hubo más mujeres que mencionaron haber consumido MDMA (78,0% de hombres y 84,6% de mujeres, $p = ,000$), *speed* (44,8% de hombres y 51,2% de mujeres, $p = ,019$) y benzodiacepinas con receta (8,2% de hombres y 13,9% de mujeres, $p = ,001$).

Tabla 3. Sustancias consumidas en alguna ocasión en los últimos doce meses.

Sustancia	Hombres (n = 851)	Mujeres (n = 529)		Total (n = 1412)
Alcohol	802 (94,2%)	529 (95,7%)		1338 (94,8%)
Cannabis	736 (86,5%)	439 (79,4%)	$\chi^2=12,383, p=,000$	1182 (83,7%)
Cocaína	450 (52,9%)	281 (50,8%)		735 (52,1%)
MDMA	664 (78,0%)	468 (84,6%)	$\chi^2=9,357, p=,002$	1138 (80,6%)
Speed	381 (44,8%)	283 (51,2%)	$\chi^2=5,516, p=,019$	669 (47,4%)
Ketamina	276 (32,4%)	180 (32,5%)		458 (32,4%)
Setas alucinógenas	206 (24,2%)	119 (21,5%)		328 (23,2%)
LSD	154 (18,1%)	96 (17,4%)		254 (18,0%)
Análogos de la LSD	52 (6,1%)	24 (4,3%)		76 (5,4%)
Benzodiacepinas (sin receta)	118 (13,9%)	78 (14,1%)		197 (14,0%)
Benzodiacepinas (con receta)	70 (8,2%)	77 (13,9%)	$\chi^2=11,611, p=,001$	147 (10,4%)
Cocaína base	12 (1,4%)	7 (1,3%)		20 (1,4%)
Heroína	5 (0,6%)	2 (0,4%)		8 (0,6%)
Opio	23 (2,7%)	22 (4,0%)		46 (3,3%)
Metanfetamina	45 (5,3%)	32 (5,8%)		78 (5,5%)
GHB/GBL	75 (8,8%)	54 (9,8%)		131 (9,3%)
DMT	37 (4,3%)	13 (2,4%)	$\chi^2=3,892, p=,049$	51 (3,6%)
2C-B	181 (21,3%)	98 (17,7%)		281 (19,9%)
Mefedrona (4-MMC)	36 (4,2%)	23 (4,2%)		60 (4,2%)
3-MMC, 3-CMC o 4-CMC	26 (3,1%)	10 (1,8%)		38 (2,7%)
Popper	427 (50,2%)	273 (49,4%)		704 (49,9%)
Óxido nitroso	71 (8,3%)	51 (9,2%)		123 (8,7%)
Cloretilo	138 (16,2%)	98 (17,7%)		237 (16,8%)
Tusibí	162 (19,0%)	121 (21,9%)		285 (20,2%)
Cannabinoides sintéticos	38 (4,5%)	30 (5,4%)		70 (5,0%)

Al comparar estos consumos con los observados en el estudio financiado en la anterior convocatoria de subvenciones (Vidal y Navarro, 2021), observamos que en esta primera edición del OEC2022 ha participado una muestra con unos usos más elevados, tanto en lo que se refiere a la prevalencia de consumo en los últimos doce meses como en lo relativo al número medio de sustancias diferentes consumidas durante este periodo, siendo ambas muestras muy

similares en sus variables sociodemográficas. De manera destacada, en la muestra del OEC2022 se observa una mayor proporción de personas que mencionan haber usado cannabis, MDMA, 2C-B, *popper* y tusibí.

En relación a la utilización de *popper* de manera recreativa, posiblemente estemos asistiendo a una diversificación de su consumo, el cual típicamente había estado asociado a los contextos gay y/o de hombres que tienen sexo con otros hombres (Guerras et al., 2021; Le, Yockey y Palamar, 2020).

En el estudio cualitativo

Características sociodemográficas

Grupos focales

Como ya hemos comentado y siguiendo los criterios explicados en los anteriores apartados, se realizaron diferentes grupos focales en aquellas localidades que cuentan con sede de Energy Control.

Las características de los grupos por ciudad fueron las siguientes:

- Madrid:
 - Grupo 1: 2 hombres (29 y 30), una mujer (20) y un hombre trans (19). Además, uno de los hombres se identifica como no binario.
 - Grupo 2: 2 hombres (27 y 22) y dos mujeres (37 y 21). Todos cis menos una mujer no binaria.
- Sevilla:
 - Grupo 1: 2 hombres (27 y 23) y dos mujeres (27 y 40). Todos cis género.
- Barcelona:
 - Grupo 1: 2 hombres (30 y 35) y 4 mujeres (20, 22, 41 y 46). Todos cis género.
 - Grupo 2: 3 hombres (22, 22 y 34) y 1 mujer (21). Todos cis género.
- Palma:
 - Grupo 1: 3 hombres (26, 30 y 32) y 2 mujeres (37 y 41). Todos cis género.

Entrevistas semi estructuradas

La composición de las entrevistas realizadas fue la siguiente:

- Madrid: 4 chicos (25, 29, 23 y 28) y 3 chicas (41, 23, 29) y una mujer trans (24) Uno de los chicos se identifica como no binario
- Sevilla: 4 chicos (30, 38, 26, 27) 1 chica (26) y un hombre trans (34).
- Barcelona: 5 chicos (62, 22, 38, 37 y 18) y 3 chicas (24, 25 y 27). Uno de los hombres se identifica como no binario.
- Mallorca: 2 chicos (34 y 39) y 3 chicas (37, 22 y 29). Todos se identifican como cis género.

Limitaciones

Como en todos los estudios de este tipo, los resultados que se presentan en este informe deben considerarse teniendo en cuenta una serie de limitaciones.

En primer lugar, se trata de un estudio transversal con una muestra de conveniencia. Es decir, no se trata de una muestra extraída de manera aleatoria de la población, por lo que no es posible realizar generalizaciones, a partir de los datos obtenidos, a todas las personas que consumen las sustancias psicoactivas o comportamientos estudiados en el OEC2022.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta el posible sesgo de selección de las personas participantes y que pueden explicar algunos de los resultados. Por ejemplo, dado que la difusión de la encuesta y la captación de las personas participantes en las entrevistas en profundidad y grupos de discusión se realizaron a través de los canales propios del programa Energy Control (especialmente, a través de Instagram), es posible que en la muestra se hayan sobrerrepresentado unos perfiles con características concretas por encima de otros.

Finalmente, las propias características de las metodologías empleadas en el OEC2022 implican necesariamente que los resultados tengan un carácter fundamentalmente exploratorio, sin que, a partir de ellos, puedan establecerse relaciones causales entre las variables estudiadas.

No obstante, a pesar de estas limitaciones, inherentes a este tipo de estudios, consideramos que los resultados obtenidos permiten aventurar un conjunto de recomendaciones para mejorar el abordaje de los consumos recreativos de drogas y el establecimiento de prioridades para los programas de reducción de riesgos y daños. Estas sugerencias son presentadas al final del documento, permitiendo mejorar nuestro conocimiento sobre las dinámicas actuales de consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país. Desafortunadamente, los estudios centrados en el análisis del consumo recreativo aún son escasos en

España y, por tanto, los resultados del OEC2022 ayudarán a llenar modestamente ese hueco.

Sustancias consumidas por primera vez en los últimos 12 meses

Con el objetivo de aproximarnos a las primeras experiencias con sustancias psicoactivas y valorar la posible entrada de nuevas drogas en los repertorios de consumo, en el OEC2022 preguntamos por cuáles, de aquellas que dijeron haber consumido en los últimos doce meses, lo habían sido por primera vez en ese periodo.

Las sustancias que mostraron mayores niveles de primeros consumos fueron, de mayor a menor, las siguientes: tusibí (56,3%), cloretilo (50,8%), mefedrona (47,5%), 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC (46,2%), 2C-B (45,7%), GHB/GBL (41,7%) y óxido nitroso (37,1%) (Tabla 4). No obstante, tanto para la mefedrona y las otras catinonas sintéticas, como para el óxido nitroso, debe tenerse en cuenta que el pequeño número de personas que afirmaron haberlas consumido en los últimos doce meses obliga a considerar este dato con cautela. Por el contrario, alcohol, cannabis, MDMA, cocaína y speed fueron las que menores tasas de primeros consumos tuvieron, no llegando al 20% de personas que consumieron cada sustancia en los últimos 12 meses.

Estos resultados van en línea con las observaciones realizadas desde las acciones de proximidad del programa Energy Control y que ya señalaban una creciente presencia en los últimos tiempos de algunos inhalantes volátiles como el cloretilo y la cada vez mayor introducción en los repertorios de consumo del tusibí, del *popper* y del GHB/GBL.

Tabla 4. Sustancias consumidas por primera vez en los últimos 12 meses⁵.

Sustancia	Hombres	Mujeres		Total
Alcohol	23 (2,9%)	10 (1,9%)		33 (2,5%)
Cannabis	38 (5,2%)	6 (1,4%)	$\chi^2=10,995, p=,001$	44 (3,7%)
Cocaína	75 (16,6%)	60 (21,4%)		135 (18,3%)
MDMA	84 (12,7%)	62 (13,2%)		146 (12,8%)
Speed	65 (17,1%)	65 (23,0%)		130 (19,4%)
Ketamina	86 (31,0%)	64 (35,6%)		150 (32,7%)
Setas alucinógenas	47 (22,7%)	34 (28,6%)		81 (24,6%)
LSD	48 (31,0%)	26 (27,1%)		74 (29,0%)
Análogos de la LSD	14 (26,4%)	7 (29,2%)		21 (27,3%)
Benzodiazepinas (sin receta)	22 (18,5%)	13 (16,7%)		35 (17,7%)
Benzodiazepinas (con receta)	18 (25,4%)	9 (11,7%)	$\chi^2=4,624, p=,032$	27 (18,2%)
Cocaína base	2 (15,4%)	3 (42,9%)		6 (28,6%)
Heroína	0 (0,0%)	1 (50,0%)		1 (11,1%)
Opio	8 (33,3%)	9 (40,9%)		17 (36,2%)
Metanfetamina	8 (17,4%)	5 (15,6%)		13 (16,5%)
GHB/GBL	30 (39,5%)	25 (46,3%)		55 (41,7%)
DMT	13 (34,2%)	6 (46,2%)		19 (36,5%)
2C-B	73 (40,1%)	55 (56,1%)	$\chi^2=6,581, p=,010$	129 (45,7%)
Mefedrona (4-MMC)	18 (48,6%)	11 (47,8%)		29 (47,5%)
3-MMC, 3-CMC o 4-CMC	11 (40,7%)	6 (60,0%)		18 (46,2%)
Popper	88 (20,6%)	79 (28,9%)	$\chi^2=6,445, p=,011$	167 (23,7%)
Óxido nitroso	31 (43,1%)	15 (29,4%)		46 (37,1%)
Cloretilo	71 (51,1%)	50 (51,0%)		121 (50,8%)
Tusibí	83 (50,9%)	77 (63,6%)	$\chi^2=4,565, p=,033$	161 (56,3%)
Cannabinoides sintéticos	6 (15,4%)	4 (13,3%)		11 (15,5%)

Se observaron algunas diferencias significativas en la proporción de hombres y mujeres que dijeron haber tomado por primera vez en los últimos 12 meses algunas de las sustancias psicoactivas preguntadas. Así, fueron significativamente más hombres que mujeres quienes dijeron haberse iniciado en el consumo de cannabis (5,2% de hombres y 1,4% de mujeres, $p = ,001$) y benzodiazepinas con receta (25,4% de hombres y 11,7% de mujeres, $p = ,032$). Por su parte, fueron significativamente más mujeres que hombres quienes se iniciaron en el consumo de 2C-B (40,1% de hombres y 56,1% de mujeres, $p = ,010$), *popper* (20,6% de hombres y 28,9% de mujeres, $p = ,011$) y tusibí (50,9% de hombres y 63,6% de mujeres, $p = ,033$). Aunque cerca de la mitad de las personas que participaron en la encuesta no habían probado ninguna droga nueva en el último año, entre quienes sí lo hicieron, la mayoría probó 1 o 2 (Tabla 5).

⁵ Porcentaje calculado sobre las personas que afirmaron haber consumido la sustancia en los últimos doce meses.

Tabla 5. Número de sustancias distintas consumidas por primera vez en los últimos 12 meses.

	Hombres (n = 851)	Mujeres (n = 529)	Total
Ninguna	390 (45,8%)	237 (42,9%)	631 (44,7%)
1	228 (26,8%)	154 (27,8%)	385 (27,3%)
2	116 (13,6%)	69 (12,5%)	186 (13,2%)
3	53 (6,2%)	45 (8,1%)	98 (6,9%)
4	24 (2,8%)	17 (3,1%)	41 (2,9%)
5	20 (2,4%)	12 (2,2%)	32 (2,3%)
6	8 (0,9%)	2 (0,4%)	10 (0,7%)
7	4 (0,5%)	8 (1,4%)	12 (0,8%)
8	4 (0,5%)	4 (0,7%)	8 (0,6%)
9	2 (0,2%)	4 (0,7%)	6 (0,4%)
10	1 (0,1%)	0 (0,0%)	1 (0,1%)
11	1 (0,1%)	1 (0,2%)	2 (0,1%)
Media (DT)	1,1304 (1,56751)	1,2694 (1,74500)	1,18

Episodios de consumo intensivo

Los episodios de consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*), también llamados “atracones”, han sido ampliamente estudiados y, hoy en día contamos con una extensa literatura en relación con sus determinantes, su prevalencia y consecuencias (Cortés et al., 2021). Sin embargo, no cabe decir lo mismo sobre el estudio de este fenómeno vinculado al consumo de otras sustancias psicoactivas. De hecho, ni siquiera contamos con una definición consensuada de lo que se considera un “atacón” (*binge*). Aunque diferentes investigaciones han tratado de arrojar algo de luz sobre este tema, las diferencias entre ellas en términos de definición, sustancias implicadas y poblaciones estudiadas son tan grandes que no permiten extraer grandes conclusiones. Por ejemplo, Roy et al. (2014) y Juteau et al. (2018), en el marco del estudio COSMO, definieron el atracón de cocaína como el consumo de “grandes cantidades en un corto periodo de tiempo, hasta que [la persona] se sienta físicamente incapaz de consumir más”. Por su parte, Harzke et al. (2009) definieron el atracón de crack como “el consumo de tanto crack como puedas, hasta que se te acabe o no puedas consumir más”. Otras definiciones han sido más concretas, delimitando un periodo de tiempo específico. Por ejemplo, Roy et al. (2011) definieron el atracón como el consumo de varias sustancias para estar bajo sus efectos durante un periodo de 24 horas. Sin embargo, Ovenden y Loxley (1996), en un interesante estudio con personas consumidoras de Anfetamina, encontraron que la definición de “atacón” que daban las personas consumidoras definía considerablemente de la definición clínica que caracteriza estos episodios como un consumo continuado durante varios días, en ocasiones implicando el uso de la vía inyectada. Por último, Dunn et al. (2007) definieron los “atracones de drogas” como el consumo de éxtasis o de otras drogas durante más de 48 horas sin dormir en los últimos 6 meses. De la

escasa literatura disponible, probablemente la principal conclusión que pueda extraerse es que, en estos episodios, las sustancias estimulantes son las que más están implicadas.

Desde ciertos enfoques cualitativos se aborda la complejidad del concepto “atracción” y sus múltiples definiciones, focalizándose en su sentido práctico y contextualizado. En este sentido, hay que destacar la etnografía de Cañedo et al. (2017), donde se aporta un interesante debate sobre este fenómeno, proponiendo una definición no basada en características abstractas y objetivables, sino que “[...] se vincula a la capacidad contextual del consumidor de “controlar”, es decir, de minimizar los efectos negativos sin disminuir los positivos.” (pág. 40).

Dada la potencial relevancia, en términos de riesgo, que podría tener esta forma de consumo, en la encuesta online se incluyeron una serie de preguntas elaboradas a partir de la definición presentada más arriba de Dunn et al. (2007), considerando diferentes intervalos temporales (desde las 12 horas hasta más de 48 horas) con objeto de poder recabar información sobre distintas formas de atracción, tomando como base su duración. Además, se preguntó por las sustancias consumidas en una situación típica de cada uno de los intervalos temporales. A partir de esta información, se calculó el número medio de sustancias consumidas en un episodio típico de atracción para finalmente, analizar las posibles diferencias entre hombres y mujeres.

Episodios intensivos en función de su duración

Aunque algunas definiciones habían propuesto intervalos temporales que llegaban hasta las 24 horas (Roy et al., 2011) o las 48 horas o más (Dunn et al., 2007) para caracterizar la duración de los episodios de consumo intensivo, desde el OEC2022 consideramos oportuno recoger información también por debajo de esos intervalos y conocer, de esta manera, la duración más frecuente de estos episodios de consumo continuado sin dormir.

Sin contar el periodo de hasta 12 horas, el que más personas mencionaron fueron los episodios de consumo de entre 12 y 24 horas (46,3%) y sin que hubiera diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los intervalos (Tabla 6). De manera importante, un 18,4% del total se implicó alguna vez en el último año en una sesión de consumo de más de 36 horas de manera ininterrumpida. Estos episodios, además de los riesgos asociados al consumo de drogas, podrían implicar otros riesgos asociados a la falta de descanso y alimentación (Trovato et al., 2014).

Tabla 6. Prevalencia de los episodios de consumo intensivo según su duración.

Duración del atracón	Hombres (n = 851)	Mujeres (n = 553)	Total (N = 1412)
Hasta 12 horas	606 (71,2%)	393 (71,1%)	1005 (71,2%)
Entre 12 y 24 horas	408 (47,9%)	241 (43,6%)	654 (46,3%)
Entre 24 y 36 horas	157 (18,4%)	121 (21,9%)	283 (20,0%)
Entre 36 y 48 horas	88 (10,3%)	70 (12,7%)	160 (11,3%)
Más de 48 horas	58 (6,8%)	40 (7,2%)	100 (7,1%)

Las sustancias en los episodios de consumo intensivo

Al comparar las diferentes duraciones de los episodios de consumo intensivo se observó que las sustancias psicoactivas depresoras, como el alcohol y el cannabis, perdían presencia a medida que aumentaba la duración de los episodios (Gráfico 1). En los de mayor duración, las drogas estimulantes fueron las más mencionadas, especialmente MDMA y speed. Con respecto a este último, solía estar menos presente en los episodios de menor duración, pero era la más mencionada en los periodos más largos. En todos los intervalos temporales, el speed fue consumido de manera significativa por más mujeres que hombres. El cannabis fue usado por más hombres que mujeres en los episodios de hasta 12 horas, entre 12 y 24 horas, y entre 24 y 36 horas. Finalmente, en los episodios de más de 48 horas, la cocaína fue empleada significativamente más por hombres que por mujeres (Tabla 7 y Tabla 8).

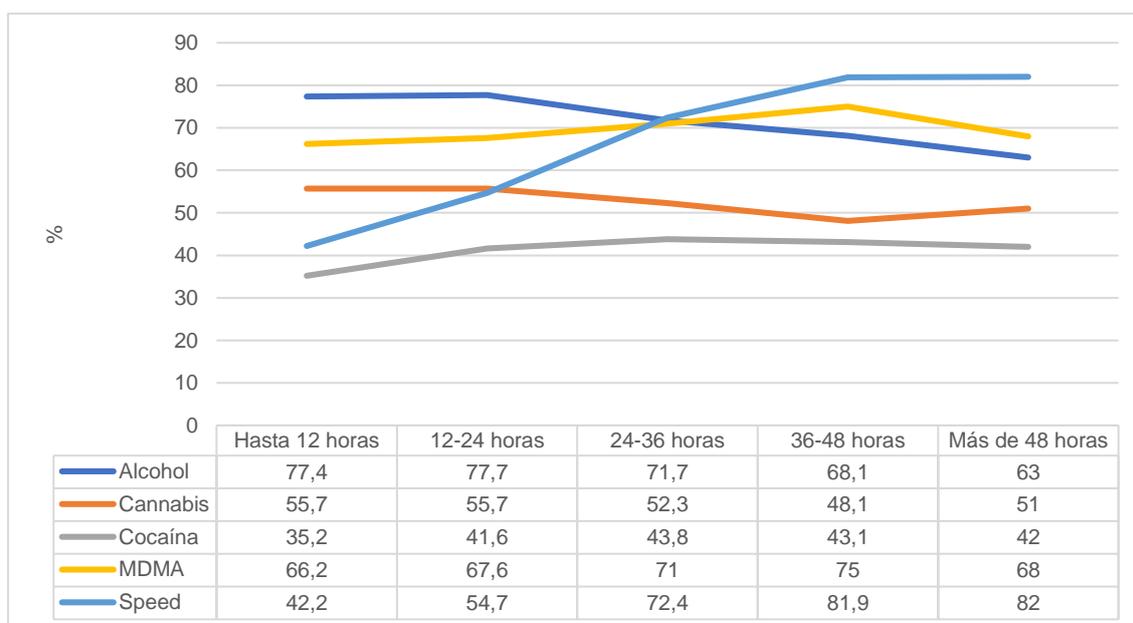
Gráfico 2. Sustancias más consumidas en cada episodio de consumo intensivo.

Tabla 7. Sustancias consumidas en función de la duración de los episodios de consumo intensivo (hasta 12 horas, 12-24 horas y 24-36 horas) (%).

n	Hasta 12 horas			12-24 horas			24-36 horas		
	H (606)	M (393)	T (1005)	H (408)	M (241)	T (654)	H (157)	M (121)	T (283)
Alcohol	79,5	74,3	77,4	80,4	73,0	⁶ 77,7	75,8	66,9	71,7
Cannabis	61,1	47,3	⁷ 55,7	59,8	48,5	⁸ 55,7	58,6	43,8	⁹ 52,3
Cocaína	36,6	32,8	35,2	43,6	37,8	41,6	45,2	41,3	43,8
MDMA	65,0	67,9	66,2	66,2	69,7	67,6	70,7	71,9	71,0
Speed	37,5	49,4	¹⁰ 42,2	47,8	66,4	¹¹ 54,7	67,5	80,2	¹² 72,4
Ketamina	20,3	22,4	21,2	24,0	28,6	25,7	34,4	42,1	37,5
Setas alucinógenas	3,0	3,6	3,2	2,0	3,3	2,4	1,9	4,1	2,8
LSD	5,9	6,1	6,1	6,4	7,1	6,6	8,9	4,1	7,1
Análogos de la LSD	1,2	1,0	1,1	0,7	0,4	0,6	1,3	0,8	1,1
Benzos (sin receta)	3,0	2,0	2,6	2,5	2,1	2,3	3,8	1,7	2,8
Benzos (con receta)	1,3	1,8	1,5	1,5	2,9	2,0	1,9	2,5	2,1
Cocaína base	0,7	0,5	0,6	0,7	0,4	0,6	1,9	--	1,1
Heroína	0,2	--	0,1	0,2	--	0,2	--	--	--
Opio	0,5	0,5	0,5	0,5	0,8	0,6	0,6	0,8	0,7
Metanfetamina	1,3	2,5	1,8	2,0	2,9	2,4	3,2	5,0	3,9
GHB/GBL	3,6	4,6	4,1	3,7	5,0	4,3	6,4	7,4	7,1
DMT	0,2	--	0,1	0,2	--	0,2	--	--	--
2C-B	6,3	6,9	6,6	10,3	6,6	9,0	12,7	8,3	11,0
Mefedrona (4-MMC)	1,7	0,5	1,3	2,0	0,8	1,5	3,2	0,8	2,1
3-MMC/3-CMC/4-CMC	2,0	1,0	1,6	2,2	1,7	2,0	3,2	3,3	3,5
Popper	23,9	26,7	25,2	22,8	28,6	25,1	24,8	24,8	24,7
Óxido nitroso	2,1	2,0	2,2	2,0	1,2	1,8	2,5	3,3	3,2
Cloretilo	6,6	7,4	7,0	6,6	7,9	7,2	6,4	13,2	9,5
Tusibí	7,6	10,4	8,9	7,4	12,4	¹³ 9,3	7,6	10,7	9,2
Cannab. sintéticos	0,8	0,5	0,7	1,0	--	0,6	0,6	--	0,4

Al analizar el número de sustancias psicoactivas diferentes usadas en cada uno de los episodios de consumo intensivo, no se apreciaron diferencias importantes entre hombres y mujeres. En general, las mujeres tendían a usar el mismo número de drogas que los hombres, aunque, al igual que en ellos, el número de sustancias distintas consumidas aumentaba a medida que lo hacía la duración del episodio (Tabla 9).

⁶ $\chi^2=4,734$, $p=,030$ ⁷ $\chi^2=18,204$, $p=,000$ ⁸ $\chi^2=7,777$, $p=,005$ ⁹ $\chi^2=5,996$, $p=,014$ ¹⁰ $\chi^2=13,858$, $p=,000$ ¹¹ $\chi^2=21,144$, $p=,000$ ¹² $\chi^2=5,550$, $p=,018$ ¹³ $\chi^2=4,688$, $p=,030$

Tabla 8. Sustancias consumidas en función de la duración de los episodios de consumo intensivo (36-48 horas y más de 48 horas) (%).

n	36-48 horas			Más de 48 horas		
	H (88)	M (70)	T (160)	H (58)	M (40)	T (100)
Alcohol	72,7	61,4	68,1	65,5	57,5	63,0
Cannabis	50,0	45,7	48,1	51,7	50,0	51,0
Cocaína	47,7	35,7	43,1	50,0	27,5	42,0
MDMA	77,3	72,9	75,0	72,4	62,5	68,0
Speed	75,0	91,4	81,9	75,9	92,5	82,0
Ketamina	40,9	50,0	45,0	39,7	50,0	44,0
Setas alucinógenas	2,3	5,7	3,8	1,7	5,0	3,0
LSD	10,2	7,1	8,8	8,6	12,5	10,0
Análogos de la LSD	1,1	--	0,6	--	--	--
Benzos (sin receta)	6,8	4,3	5,6	10,3	2,5	7,0
Benzos (con receta)	3,4	5,7	4,4	5,2	5,0	5,0
Cocaína base	3,4	--	1,9	5,2	2,5	4,0
Heroína	--	--	--	--	--	--
Opio	2,3	--	1,3	1,7	--	1,0
Metanfetamina	2,3	7,1	4,4	1,7	12,5	6,0
GHB/GBL	5,7	4,3	5,6	10,3	7,5	10,0
DMT	--	--	--	1,7	--	1,0
2C-B	17,0	10,0	14,4	12,1	12,5	13,0
Mefedrona (4-MMC)	2,3	--	1,3	3,4	--	2,0
3-MMC/3-CMC/4-CMC	3,4	2,9	3,1	5,2	2,5	4,0
Popper	25,0	32,9	28,7	24,1	30,0	27,0
Óxido nitroso	2,3	5,7	4,4	3,4	5,0	5,0
Cloretilo	6,8	20,0	13,1	8,6	22,5	15,0
Tusibí	9,1	14,3	11,9	8,6	15,0	12,0
Cannabinoides sintéticos	1,1	--	0,6	1,7	--	1,0

Tabla 9. Número medio de sustancias consumidas en cada episodio de consumo intensivo.

		Duración del episodio				
		< 12 h	12-24 h	24-36 h	36-48 h	> 48 h
Hombres	N	606	408	157	88	58
	Media	3,72	3,96	4,43	4,68	4,69
	DT	2,17	2,14	2,36	2,48	2,54
Mujeres	N	393	241	121	70	40
	Media	3,72	4,08	4,37	4,77	4,75
	DT	2,07	2,07	2,37	2,70	3,11
Total	N	1005	654	283	160	100
	Media	3,73	4,02	4,41	4,75	4,76
	DT	2,15	2,13	2,39	2,63	2,85

¹⁴ $\chi^2=4,961$, $p=,026$ ¹⁵ $\chi^2=7,217$, $p=,007$ ¹⁶ $\chi^2=4,571$, $p=,033$ ¹⁷ $\chi^2=4,783$, $p=,029$ ¹⁸ $\chi^2=6,127$, $p=,013$

El consumo intensivo en el estudio cualitativo

Los episodios de consumo intensivo no eran uno de los objetivos principales en la investigación cualitativa. Sin embargo, gran parte de las personas que participaron en ella refirieron llevar a cabo estas sesiones, hacerlo con alguna regularidad o haberlo hecho en algunos momentos de su vida.

“Pues, normalmente, es un consumo muy equilibrado. Siempre dentro de mi politoxicomanía de hace muchos años. Lo creo equilibrado porque, por ejemplo, ahora en vacaciones estoy consumiendo más porque tengo más tiempo libre y por mi amigo que está pasando ahora mismo. Eso hace que tenga mucho más fácil el acceso en este momento. Pero habitualmente, creo que lo tengo muy equilibrado... sin pasarme.” (Entrevista 24, 38 años, Sevilla)

Las mezclas de drogas son una práctica habitual durante algunos episodios de consumo intensivo.

“He ido aprendiendo con el ensayo error. Por ejemplo, pues el speed me intensifica el pedo del M... pero si estoy muy arriba, con un tiro de coca lo equilibrio todo... Aunque he de tener cuidado con no pasarme con todo... ¡Que hay veces que me pongo morada! Ketamina, consumo poca, ya que para mí es muy potente y si lo mezclo con alcohol, porros y cosas así... pues me quedo frita, así que tengo mucho cuidado.” (Entrevista 15, 29 años, Madrid)

Hay personas que han usado sustancias de forma consecutiva para obtener y regular diferentes placeres.

“Y sí, de las cosas que más me gusta de esnifar es poder mezclar las drogas, me encanta mezclar el M con la keta, para mí es de las mejores mezclas que hay, sobre todo cuando ya estás por la mañana y ya llevas como 10 horas de fiesta, para mí lo único que levanta un poco el cuerpo, aunque parezca mentira, es mezclar M con keta, de verdad... y yo creo que me mola, que si tuviera que decir que veo de positivo en el tema de esnifar es ese, te diría que el poder mezclar sustancias.” (Entrevista 16, 37 años, Mallorca)

Mientras que otras personas expresaron usar de forma regular dos sustancias o más simultáneamente, haciendo “mezcladitos” (Entrevista 5, 38 años, Barcelona y Entrevista 18, 34 años, Mallorca) llegando a tener nombre propio la mezcla de cocaína y ketamina: “Calvin Klein” (Grupo de discusión 1, Mixto, Barcelona y Grupo de discusión 2, Mixto, Barcelona).

No todas las personas que participaron en el estudio cualitativo expresaron encontrar placer en la mezcla de sustancias. Pero quienes sí lo encontraban expresaron que su intención era tanto obtener placeres concretos, gestionar el cansancio o los efectos no deseados de otras sustancias, afrontar determinados riesgos, prevenir algunos daños experimentados (como se verá en los apartados de MDMA y consumo esnifado), etcétera, generando un conocimiento experiencial en este tipo de consumos.

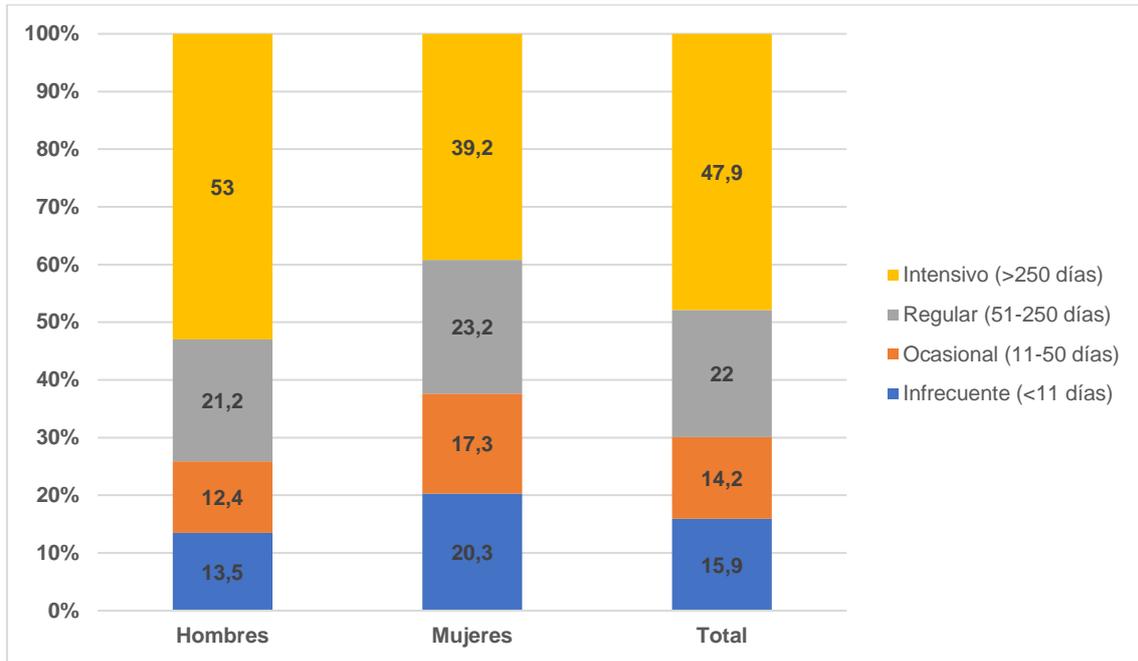
Conocer las prácticas de consumo intensivo, las motivaciones que hay detrás y las estrategias de gestión de riesgos y cuidados resulta de especial interés para el trabajo en la reducción de riesgos.

“Hablando de eso... hace poco me comí mi primera pastilla entera y me dolió bastante la barriga. La persona que me la dio nunca me ha dado cosas que me hayan sentado mal, por eso me la tomé... ¡confío en ella, ya que analiza casi todo lo que vende! Pero esta vez me sentó super mal... Ese día había tomado LSD, GHB, 2CB y me dijo que era una pastilla de 100 a 120 miligramos y me hizo vomitar. Vomité, vomité y vomité y me tuvieron que llevar casa... La verdad es que fue muy raro.... ¡No quería vomitar para no tirar la pastilla, pero lo tuve que hacer!” (Grupo de discusión 4, Mixto, Madrid)

Los porros: ¿con filtro o boquilla?

Fumar cannabis se asocia a diferentes resultados sobre el aparato respiratorio. De una parte, está bien documentado el efecto broncodilatador del THC y de otra, el aumento a corto plazo de síntomas respiratorios como tos crónica, esputos y sibilancias (Tetrault et al., 2007; Martinasek, McGrogan y Maysonet, 2016; Ribeiro y Ind, 2016; Tashkin y Roth, 2019). Aunque es difícil separar los efectos del cannabis de los del tabaco, ya que muchas personas son consumidoras concurrentes de ambos, parece que la forma en que se usa la primera de las sustancias (porros poco compactos, con caladas profundas, mayor retención del humo en los pulmones y la ausencia de filtros) provocan una mayor exposición al alquitrán y otros gases producto de la combustión (Wu et al., 1988).

Aunque existen estudios que han tratado de evaluar la utilidad de los vaporizadores como estrategia de reducción de los daños respiratorios (Doblin, 1994; Earleywine y Barnwell, 2007; Earleywine y Van Dam, 2010; Malouff, Rooke y Copeland, 2013; Van Dam y Earleywine, 2010; Chaiton et al., 2022), poca atención se ha prestado al uso de filtros. Al menos en España, el uso de un cartón enrollado, la punta de un cigarrillo de tabaco o la parte de la almohadilla de los cigarrillos, pero eliminando una parte del algodón, son empleados con frecuencia como métodos para incorporar una boquilla al porro. Pero no podemos olvidar que también hay personas que usan filtros similares a los utilizados por las personas que fuman tabaco de liar o los filtros comercializados para el consumo de cannabis como, por ejemplo, los de carbón activado. Sin embargo, no disponemos de información sobre la frecuencia con la que se utilizan unos u otros.

Gráfico 3. Frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses.

Por tanto, en el OEC2022 quisimos conocer el grado de utilización de boquillas o filtros, así como las creencias asociadas al uso o no uso de estos. Para ello, pedimos a las personas participantes en la encuesta online que marcaron la vía fumada como la principal forma de consumir cannabis en los últimos doce meses, que señalasen qué utilizaban con mayor frecuencia para hacer los porros: una boquilla o un filtro. Además, a las personas que utilizan boquillas, se les preguntó por sus razones para no usar filtros y, a las que usaban estos últimos, se les consultó por las razones para usarlo.

En la Tabla 10 se presentan las características principales del uso de cannabis entre las personas que participaron en la encuesta online. Un 83,7% afirmó haber consumido cannabis en los últimos doce meses (85,5% de hombres y el 79,4% de mujeres, $p < ,001$). En términos de frecuencia de consumo, y utilizando las categorías empleadas por Trautmann, Kilmer y Turnbull (2011) y Vuolo y Matias (2019), la mayoría se situó en las categorías de consumo más frecuente: regular (22,0%) e intensivo (47,9%) (Gráfico 3). Sin embargo, mientras las mujeres dijeron consumir más que los hombres de manera infrecuente (13,5% de hombres y 20,3% de mujeres, $p = ,000$) u ocasional (12,4% de hombres y 17,3% de mujeres, $p = ,000$), más hombres que mujeres se situaron en el consumo intensivo (53,0% de hombres y 39,2% de mujeres, $p = ,000$).

Tabla 10. Características del consumo de cannabis.

	Hombres (n=736)	Mujeres (n=439)	Total (N=1182)
Días de consumo en los últimos 12 meses			
1-5 días	67 (9,1%)	55 (12,5%)	122 (10,3%)
6-10 días	32 (4,3%)	34 (7,7%)	66 (5,6%)
11-20 días	36 (4,9%)	38 (8,7%)	74 (6,3%)
21-50 días	55 (7,5%)	38 (8,7%)	94 (8,0%)
51-80 días	29 (3,9%)	27 (6,2%)	57 (4,8%)
81-100 días	30 (4,1%)	19 (4,3%)	49 (4,1%)
101-150 días	32 (4,3%)	18 (4,1%)	50 (4,2%)
151-200 días	36 (4,9%)	17 (3,9%)	53 (4,5%)
201-250 días	29 (3,9%)	21 (4,8%)	51 (4,3%)
251-300 días	54 (7,3%)	28 (6,4%)	84 (7,1%)
301-350 días	111 (15,1%)	39 (8,9%)	150 (12,7%)
Más de 350 días	225 (30,6%)	105 (23,9%)	332 (28,1%)
Categorías de frecuencia de consumo			
Infrecuente (< 11 días)	99 (13,5%)	89 (20,3%)	188 (15,9%)
Ocasional (11-50 días)	91 (12,4%)	76 (17,3%)	168 (14,2%)
Regular (51-250 días)	156 (21,2%)	102 (23,2%)	260 (22,0%)
Intensivo (> 250 días)	390 (53,0%)	172 (39,2%)	566 (47,9%)
Tipo de cannabis consumido			
Hachís	564 (76,6%)	322 (73,3%)	891 (75,4%)
Marihuana	693 (94,2%)	411 (93,6%)	1110 (93,9%)
Extracciones	214 (29,1%)	59 (13,4%)	274 (23,2%)
Líquido para vapear	50 (6,8%)	22 (5,0%)	74 (6,3%)
Comestibles	172 (23,4%)	88 (20,0%)	263 (22,3%)
$\chi^2=37,695, p=,000$			
Principal vía de administración en los últimos 12 meses			
Fumado (en porros)	685 (93,1%)	414 (94,3%)	1104 (93,4%)
Inhalado (con pipas de agua o bongos, cachimbas, etc.)	14 (1,9%)	5 (1,1%)	20 (1,7%)
Con un vaporizador	21 (2,9%)	8 (1,8%)	29 (2,5%)
Por vía oral (comestibles)	16 (2,2%)	12 (2,7%)	29 (2,5%)
Frecuencia de mezcla de cannabis con tabaco¹⁹			
Nunca	31 (4,5%)	15 (3,6%)	46 (4,2%)
Casi nunca	29 (4,2%)	11 (2,7%)	40 (3,6%)
A veces	19 (2,8%)	16 (3,9%)	36 (3,3%)
Casi siempre	132 (19,3%)	71 (17,1%)	204 (18,5%)
Siempre	474 (69,2%)	301 (72,7%)	778 (70,5%)
Tipo de boquilla/filtro utilizado con mayor frecuencia¹⁵			
Boquilla	544 (79,4%)	316 (76,3%)	864 (78,3%)
Filtro	141 (20,6%)	98 (23,7%)	240 (21,7%)

En cuanto al tipo de cannabis utilizado, la mayoría había usado diferentes formulaciones, siendo más frecuente fue la marihuana (93,9%), seguida del hachís (75,4%). Una cuarta parte de las personas participantes refirió en sus

¹⁹ Solo entre personas que señalaron la vía fumada como vía principal en los últimos 12 meses. N = 1104 (685 hombres y 414 mujeres).

respuestas que usaba extracciones²⁰ (23,2%), especialmente por parte de los hombres (29,1% de hombres y 13,4% de mujeres, $p = ,000$), y los comestibles (22,3%). Finalmente, el uso de líquidos para vapear fue minoritario (6,3%).

Por otro lado, en aquellas personas que hicieron un consumo infrecuente u ocasional de cannabis no se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al tipo de cannabis consumido, mientras que si se encontró en las categorías de mayor frecuencia de uso. En el grupo de personas que hicieron un uso regular, más hombres que mujeres dijeron haber consumido hachís (85,9% de hombres y 75,5% de mujeres, $p = ,034$) y extracciones (25,0% de hombres y 12,7% de mujeres, $p = ,016$). En el grupo de personas que hicieron un uso intensivo, más hombres que mujeres dijeron haber consumido extracciones (41,8% de hombres y 22,7% de mujeres, $p = ,000$).

La principal vía de administración fue la fumada en porros (93,4%). El uso de otras formas de consumo por las que se preguntó fue muy minoritario: vaporizadores (2,5%), por la vía oral (2,5%) o pipas de agua o bongos, cachimbos (1,7%), sin que hubiera diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Esta utilización preponderante de la vía fumada por parte de las personas encuestadas se acompañó de una mayoritaria mezcla del cannabis con tabaco para hacer los porros, ya que el 70,5% dijo mezclarlo siempre y el 18,5% respondió hacerlo casi siempre. No aparecieron diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en función de la frecuencia de consumo, relacionadas con el anterior fenómeno.

El 78,3% dijo usar una boquilla (de cartón, una mora²¹ o parte de un filtro de cigarrillo convencional) para hacerse los porros, sin que hubiera diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en función de la frecuencia de consumo. Sin embargo, el 70,0% de ellas dijo haber usado alguna vez un filtro, especialmente los hombres (73,9% de hombres y 63,3% de mujeres, $p = 0,001$) (Tabla 11).

Cuando se les preguntó por las razones por las que no usaban los filtros en lugar de boquillas, la principal fue simplemente por costumbre (65,6%). Alrededor de un tercio señaló no usar el filtro porque no tira (36,7%), porque retiene el THC y coloca menos (31,8%) y porque sabe diferente (28,8%), especialmente entre los hombres (32,7% de hombres y 22,2% de mujeres; $p = 0,001$). Para una pequeña parte (10,1%), y especialmente entre hombres (12,5% de hombres y 6,0% de mujeres, $p = ,002$) la razón de no utilizar filtro estaba en

²⁰ Las extracciones se realizan mediante solventes y consisten en separar los cannabinoides de la materia vegetal. Entre los solventes utilizados están el alcohol isopropílico (ISO Hash), el gas butano (*Butane Hash Oil, BHO*) o el dióxido de carbono (*CO2 Oil*).

²¹ Una mora es, en realidad, la punta de un cigarrillo de tabaco convencional que se coloca como boquilla en el porro.

que les resultaba incómodo tener que llevarlos encima. Finalmente, a la pregunta de si se les dijera que usando un filtro podrían reducir los riesgos respiratorios de los porros sin que los placeres (colocón, sabor, etcétera) tuvieran necesariamente que disminuir, el 66,8% dijo que se animaría a poner un filtro con más frecuencia en lugar de la boquilla y el 25,9% dijo que no lo sabía, sin que hubiera diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 11. Entre quienes usaban la boquilla para hacerse los porros: prueba de filtros, razones para no usarlos con más frecuencia e intención de utilizarlos

	Hombres (n=544)	Mujeres (n=316)		Total (N=864)
Ha probado los filtros				
Sí	402 (73,9%)	200 (63,3%)	²²	605 (70,0%)
Razones para NO usar los filtros				
Retiene el THC y coloca menos	179 (32,9%)	93 (29,4%)		275 (31,8%)
Sabe diferente	178 (32,7%)	70 (22,2%)	²³	249 (28,8%)
No tira	211 (38,8%)	104 (32,9%)		317 (36,7%)
Por costumbre	350 (64,3%)	215 (68,0%)		567 (65,6%)
Porque encarece el porro	52 (9,6%)	35 (11,1%)		88 (10,2%)
Porque me resulta incómodo tener que llevarlos	68 (12,5%)	19 (6,0%)	²⁴	87 (10,1%)
Si te dijéramos que usando un filtro podrías reducir los riesgos respiratorios de los porros sin que los placeres (colocón, sabor, etcétera) tuvieran necesariamente que disminuir, ¿te animarías a usarlo con más frecuencia en lugar de una boquilla?				
No	44 (8,1%)	18 (5,7%)		63 (7,3%)
No lo sé	135 (24,8%)	89 (28,2%)		224 (25,9%)
Sí	365 (67,1%)	209 (66,1%)		577 (66,8%)

Entre quienes dijeron utilizar el filtro, las principales razones para hacerlo fueron que irrita menos la garganta (52,9%) y por costumbre (42,1). En torno a una cuarta parte dijo que porque tenía menos tos (23,8%) y porque le gustaba el sabor con él (22,9%). Tan solo un 15,4% dijo que respiraba mejor usándolo. Finalmente, se preguntó a este grupo si creía que los porros colocan menos por llevar un filtro y el 85% contestó que no. En ninguno de los casos se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres (Tabla 12).

²² $\chi^2=10,707$, $p=,001$

²³ $\chi^2=10,880$, $p=,001$

²⁴ $\chi^2=9,252$, $p=,002$

Tabla 12. Entre quienes usaban un filtro para hacerse los porros: razones para usarlo y percepción de disminución de efectos por ello.

	Hombres (n=141)	Mujeres (n=98)	Total (N=240)
Razones para usar los filtros			
Respiro mejor	17 (12,1%)	19 (19,4%)	37 (15,4%)
Tengo menos tos	33 (23,4%)	23 (23,5%)	57 (23,8%)
Irrita menos la garganta	72 (51,1%)	55 (56,1%)	127 (52,9%)
Me gusta el sabor con el filtro	34 (24,1%)	21 (21,4%)	55 (22,9%)
Por costumbre	61 (43,3%)	40 (40,8%)	101 (42,1%)
¿Crees que los porros colocan menos por llevar un filtro?			
Sí	23 (16,3%)	13 (13,3%)	36 (15,0%)
No	118 (83,7%)	85 (86,7%)	204 (85,0%)

Como conclusión, según los datos obtenidos a través de la encuesta aplicada a una población consumidora habitual de cannabis que usaba de forma mayoritaria la vía fumada y mezcla el cannabis con el tabaco, dos de cada diez utilizaban un filtro en lugar de una boquilla. Entre quienes usaban esta última, la costumbre parece ser la razón principal para una parte importante, aunque para otra, lo es el cambio en la experiencia de fumar (sabe diferente o no tira), incluyendo la percepción de que coloca menos. Sin embargo, entre quienes usaban un filtro se observó la percepción contraria, afirmando mayoritariamente que no.

Dado que varias investigaciones han planteado que la ausencia de filtro, junto a otros factores, sería responsable de una mayor absorción de dióxido de carbono y otros gases producto de la combustión, el uso de filtros en lugar de boquillas podría explorarse en más detalle en futuras investigaciones como estrategia para reducir los riesgos respiratorios asociados al consumo fumado de cannabis.

Dosificación de la MDMA y reducción de riesgos

En esta primera edición, el OEC2022 ha querido analizar las diferentes pautas de consumo de MDMA, con especial énfasis en las estrategias de reducción de riesgos vinculadas con su dosificación, tanto en formato cristal como en comprimidos. Según Vidal et al. (2022), los últimos años han estado marcados por una pureza alta y estable del cristal, así como por la presencia de comprimidos con elevadas concentraciones de MDMA, situación que implica que la utilización de estrategias de reducción de riesgos por parte de las personas que consumen MDMA cobren una especial relevancia. Aunque estudios previos como el de Fernández-Calderón et al. (2018), ya habían demostrado que las personas que usan MDMA emplean diferentes métodos de reducción de riesgos cuando consumen, hasta la fecha pocos trabajos las han explorado en función del formato de presentación (cristal o comprimido), así como tampoco han explorado otras estrategias aplicables a ambos tipos de presentaciones, como son el espaciado entre dosis o el conteo de las cantidades consumidas.

Entre las personas que participaron en el OEC2022, la MDMA fue la tercera sustancia más consumida (80,6%), destacando por encima el uso de mujeres con respecto al de hombres (78,0% de hombres y 84,6% de mujeres, $p = ,002$). Además, su utilización, tanto de cristal como de pastillas, era infrecuente (menos de 11 días en los últimos doce meses) en ambos grupos.

La elección del formato: ¿MDMA en cristal o pastillas?

Las personas que usan MDMA tienden a preferir una u otra presentación basándose tanto en sus experiencias con ellas como en los efectos placenteros buscados, obtenidos y los daños experimentados.

“Pues, las pastillas... hay pastillas que a mí me activan mucho, sabes, y por ejemplo con el M tengo más gustera, sabes, me quedo más suave con el M que con las pastillas que consumo [...]”.
(Entrevista 16, Mallorca, 37 años)

A la hora de considerar las razones que sustentan la toma de decisiones relacionada con el formato elegido para consumir MDMA hay que tener en cuenta siempre que la selección de una presentación no excluye la otra. Es decir, el consumo de MDMA en ambos formatos y por diferentes vías coexiste en una misma sesión de consumo a lo largo de las trayectorias de las personas en el uso de esta sustancia, influyendo diferentes variables en este fenómeno que a continuación vamos a presentar.

“Claro, en cristal no lo sé si es por las sensaciones, no sé si será otro tipo de droga o qué, pero la resaca es peor que si me la tomo en pastilla. Puede ser que, a lo mejor, yo en aquel momento, cuando tomaba cristal, me metía mucho y a lo mejor me iba a unas dosis muy altas, que luego, obviamente, el batacazo es aún peor, y con la pastilla igual controlas más el comer un trocito... Yo con la pastilla sí que voy notando como me sube y que estás una hora o dos que estás ahí subido y luego vuelve la bajada. Entonces vas mordiendo... Y la resaca también se pasa mejor. Al final, lo que te decía, me importa más una resaca buena que no... porque al final, en la fiesta te lo pasas... Yo soy él que se lo pasa bien estando con mis amigas, estando con mis colegas y todos sabiendo más o menos que estamos consumiendo, que estamos todos un poco en armonía y tal y ya está. Después, lo que también me interesa es que la resaca no sea una resaca de “uf...” en plan...” (Entrevista 18, 34 años, Mallorca)

Uno de los motivos para justificar la elección del formato es la facilidad percibida para dosificar la sustancia. Si bien para algunas personas resulta más sencillo gestionar sus dosis con las pastillas, para otras personas sucede con el cristal.

“Sí, porque con el cristal controlo más la dosis, clarísimo, lo he comprobado muchas veces que con la pastilla he tenido

experiencias malas, con el cristal no tanto.” (Entrevista 3, 23 años, Barcelona)

“A ver, es que yo el M en lo que es en polvo, digamos así chupado es una cosa que me parece que no se dosifica una mierda. Sí, es decir, porque tú cuando pillas de ahí puedes pillar mucho, puedes pillar poco [...]” (Entrevista 13, 41 años, Madrid)

Sin embargo, cuando quienes usan esta sustancia poseen un conocimiento más tecnificado sobre la MDMA, además de disponer mayoritariamente de recursos específicos para la dosificación como una báscula de precisión, perciben mayor facilidad en la preparación de las dosis con el cristal.

“Por eso he acabado prefiriendo el cristal, porque con las pastillas llegue a un punto que... es que ni siquiera del mismo lote. Claro, tú analizas una y tiene 130 y dices “vale, puta madre”, otro día, pensando que son flojas, dices “No pasa nada, estas son 130, venga, me zampo una entera” a tomar por culo. Y dices, “a ver, ya no puedo analizarla, pero es casi seguro que esto eran más de 130, porque me he hecho bombetas 10 veces y esto no son 130, y al final, pues las pastillas... Si no hay otra cosa, ok, pero prefiero el cristal porque así lo puedo dosificar como yo quiera.” (Grupo de discusión 5, Mixto, Mallorca)

“Yo normalmente, y no siempre, que he hecho muchas tonterías también, pero normalmente dosifico muy bien con el MDMA, conociendo mi dosis, con mi báscula de precisión, preparando la bombeta antes de salir de casa [...] porque el M tiene esta cosa que es que no te lleva gradualmente a un sitio, tú subes y después solo puedes hacer una cosa, mantenerte ahí con una re dosificación, pero si quieres subir poquito a poco con el M va a ser una experiencia muy sucia. Tienes que tomarte la dosis que tú sabes que te sienta bien de primeras, 100, 120mg, 80, 150... no, hay para... o depende de lo que busques también.” (Grupo de discusión 1, Mixto, Barcelona)

Otro de los aspectos que influyen en la elección del formato son los efectos positivos buscados y experimentados. Ya que, si bien se trata de la misma sustancia psicoactiva, hay personas que verbalizaron experiencias diferentes en los efectos percibidos según este formato.

“Sí, sube más rápido y la sensación... con el speed, no sé, siempre lo he esnifado... la pastilla o el M esnifado, creo que tienen una sensación diferente de cuando la consumo vía oral.” (Entrevista 6, 27 años, Barcelona)

Otro factor que tiene gran influencia en la elección del formato de la MDMA son los daños experimentados por su consumo, siendo estos principalmente la resaca y los dolores y malestares estomacales provocados por el consumo, según los discursos de las personas participantes en el estudio cualitativo. Los primeros están relacionados con la dosificación y las estrategias de reducción de riesgos empleadas, aspectos que se abordarán un poco más adelante.

Una gran cantidad de participantes afirmaron haber experimentado dolores y/o malestares físicos principalmente en el estómago, después de consumir MDMA.

“Lo he consumido alguna que otra vez, pero mucho menos. Mis amigos, sí que les gusta mucho las pastillas, pero yo he tenido alguna que otra mala experiencia... ¡He vomitado tras comerlas! Con lo que no las he vuelto a tomar.” (Entrevista 15, 29 años, Madrid)

“¡Si! MDMA en pastillas, porque ya lo que es chupado... ¡no! Me destroza el estómago.” (Entrevista 21, 27 años, Sevilla)

Otros también señalaron la aparición de llagas en la boca.

“O sea, yo al principio de empezar a consumir MDMA sí que tenía la boca como más destrozada, sabes, y los sabores y todo te lo distorsiona [...]” (Grupo de Discusión 1, Mixto, Barcelona)

Estas consecuencias negativas habían motivado el cambio de un formato a otro en ambas direcciones; es decir, algunas personas que experimentaron estos malestares con el cristal transitaban hacia el consumo de pastillas, mientras que otras siguieron el recorrido inverso.

“Pues el M suele ser a chupaditas... Antes, por ejemplo, no me gustaba nada en la copa, pero más que nada porque no era capaz de controlar, consideraba que no era capaz de controlar tanto las cantidades, como si lo hago con el dedo que lo veo perfectamente lo que estoy tomando. Las bombetas no me gustan, sí que antes tomaba, pero ahora no me gustan, pues más que nada por cómo baja el papel por aquí que no... [se señala el cuello y el tórax] que no me gusta, me da asco, entonces las bombetas que ya las deje. Al final siempre es eso, M a chupaditas, rara vez esnifado y alguna vez en la copa, bueno copa ya no bebo, pero en la botella de agua o en el refresco que este tomando, sí.” (Entrevista 17, 22 años Mallorca)

Del mismo modo, y como se expondrá más adelante, la elección de la vía de consumo depende de varios factores, entre ellos la experimentación de estos mismos daños con una u otra forma de consumir MDMA.

Formas de consumir MDMA en formato cristal

En la encuesta online, entre las personas que habían consumido MDMA en los últimos doce meses, el 88,2% lo hizo en forma de cristal. Tanto en hombres como en mujeres que hicieron un uso infrecuente u ocasional del mismo, la manera más habitual de uso fue mediante las llamadas “mojaditas”²⁵ (76,3%). El segundo procedimiento de administración más mencionado fue disolver la sustancia en una bebida alcohólica (62,9%). El tercero fueron las llamadas “bombitas”²⁶ (34,8%), método que consiste en preparar dosis individuales de cristal de MDMA envueltas en papel de fumar y finalmente, esnifándolo (32,1%). Los datos obtenidos con relación al anterior fenómeno, no presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la manera de consumir MDMA en formato cristal (Tabla 13).

Cuando se les pidió que, de entre los diferentes métodos de consumo de cristal de MDMA, seleccionaran uno de ellos como su forma preferida, las “mojaditas” lo fueron para el 34,2%, seguida de disolverlo en una bebida alcohólica (21,1%) y en “bombitas” (18,1%). El resto de los métodos fue seleccionado por menos del 10%.

De nuevo, no se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres, ni en función de la frecuencia de consumo.

De igual modo que, en una misma sesión de consumo, pueden utilizarse ambos formatos, también pueden usarse varias vías de administración, influyendo en la selección de estas últimas diferentes variables construidas por lo grupal e individual como son la costumbre, la experimentación, el contexto, los efectos deseados, la presión de grupo, la disponibilidad y la experimentación o no de daños.

“Sabemos que el consumo tiene consecuencias negativas, pero si hacemos ciertas cosas, estas se minimizan mucho. Muchos de los problemas, los debes experimentar tú mismo, como en el caso del

²⁵ Las “mojaditas” como forma de consumo del cristal de MDMA consisten en impregnar el dedo con la sustancia y chupándola. En definitiva, se trata de una variante de la administración oral que surge a primeros del siglo XXI cuando el formato cristal cobra relevancia en el mercado de la MDMA (Smith, Moore y Measham, 2009). Según la zona geográfica, puede denominarse también como “chupaditas”, “chupaínas”, etc. A lo largo del texto se usarán varios de esos nombres indistintamente.

²⁶ Las “bombitas” consisten en preparar la sustancia para ser consumida por vía oral como si fuera una cápsula, pero, en lugar de usar una cápsula propiamente dicha, se utiliza papel de fumar para cubrir la sustancia. Aunque, en los últimos años, se ha utilizado para la administración del cristal de MDMA, no es un método de administración exclusivo de ese formato, sino que también se utiliza para la administración de pastillas de MDMA, otras sustancias e, incluso, fármacos (Kenerson y Lear-Kloul, 2012). En el ámbito anglosajón, a este método se le conoce como “parachuting” y, además de papel de fumar, también se ha utilizado papel higiénico (Daveluy et al., 2018). Según la zona geográfica, puede denominarse también como “bombetas”, “bombas”, etc. A lo largo del texto se usarán estos nombres indistintamente.

M y la dosis de 100. Si me hubiera sentado mal, la próxima vez no hubiera tomado de esa manera.” (Entrevista 25, 30 años, Sevilla)

“La verdad... es que no... no lo dosifico... no lo controlo demasiado. Pero, como te decía, suelo mojar el dedo pequeño, como siempre he hecho.” (Entrevista 23, 26 años, Sevilla)

Tabla 13. Características del consumo de cristal de MDMA.

	Hombres (n = 590)	Mujeres (n = 409)	Total (n = 1004)
Días de consumo en los últimos 12 meses			
1-5 días	282 (47,8%)	216 (52,8%)	501 (49,9%)
6-10 días	141 (23,9%)	77 (18,8%)	218 (21,7%)
11-20 días	92 (15,6%)	68 (16,6%)	161 (16,0%)
21-50 días	57 (9,7%)	38 (9,3%)	95 (9,5%)
51-80 días	10 (1,7%)	3 (0,7%)	14 (1,4%)
81-100 días	6 (1,0%)	6 (1,5%)	12 (1,2%)
101-150 días	1 (0,2%)	--	1 (0,1%)
151-200 días	1 (0,2%)	1 (0,2%)	2 (0,2%)
Categorías de frecuencia de consumo			
Infrecuente (<11 días)	423 (71,7%)	293 (71,6%)	719 (71,6%)
Ocasional (11-50 días)	149 (25,3%)	106 (25,9%)	256 (25,5%)
Frecuente (>50 días)	18 (3,1%)	10 (2,4%)	29 (2,9%)
Formas de consumo de cristal de MDMA			
En bombitas	202 (34,2%)	143 (35,0%)	349 (34,8%)
En cápsulas	35 (5,9%)	23 (5,6%)	59 (5,9%)
Esnifado	189 (32,0%)	130 (31,8%)	322 (32,1%)
En bebida alcohólica	376 (63,7%)	254 (62,1%)	632 (62,9%)
En bebida no alcohólica	167 (28,3%)	122 (29,8%)	290 (28,9%)
“Mojaíta”	455 (77,1%)	309 (75,6%)	766 (76,3%)
En la mano	140 (23,7%)	95 (23,2%)	236 (23,5%)
Forma favorita de consumo de cristal de MDMA			
En bombitas	109 (18,5%)	71 (17,4%)	182 (18,1%)
En cápsulas	17 (2,9%)	12 (2,9%)	29 (2,9%)
Esnifado	35 (5,9%)	27 (6,6%)	64 (6,4%)
En bebida alcohólica	126 (21,4%)	86 (21,0%)	212 (21,1%)
En bebida no alcohólica	48 (8,1%)	41 (10,0%)	89 (8,9%)
“Mojaíta”	206 (34,9%)	137 (33,5%)	343 (34,2%)
En la mano	27 (4,6%)	23 (5,6%)	50 (5,0%)
Otra	22 (3,7%)	12 (2,9%)	35 (3,5%)
Cantidades consumidas en una situación típica			
Menos de un cuarto de gramo	257 (43,6%)	215 (52,6%)	473 (47,1%)
Entre un cuarto y medio gramo	240 (40,7%)	154 (37,7%)	397 (39,5%)
Entre medio y tres cuartos de gramo	64 (10,8%)	27 (6,6%)	92 (9,2%)
Entre tres cuartos y un gramo	23 (3,9%)	11 (2,7%)	34 (3,4%)
Más de un gramo	6 (1,0%)	2 (0,5%)	8 (0,8%)
Excede los 250 mg en una situación típica de consumo			
Sí	333 (56,4%)	194 (47,4%)	531 (52,9%)

$$\chi^2 = 7,864, p = ,005$$

En el consumo de cristal, la vía de administración mencionada con más frecuencia por las personas participantes en el estudio cualitativo coincidió con

la que señalaron los resultados de la encuesta: la “mojadita”. Para algunas personas, mojar el dedo resulta una forma eficaz de gestionar el consumo en términos de efectos y dosis de la MDMA. En este sentido, consumir esta droga en formato cristal de esta manera proporciona conocimiento y experiencia, situación que genera cierta sensación de control sobre la dosis ingerida y sobre los tiempos en la experimentación de los efectos.

“No, siempre es a ojo. [...] y cuando es de mojar el dedo, pues lo que encuentre. Sí que es verdad que con el cristal, por ejemplo, pues a veces hay piedras que son más grandes que las otras, pues si cojo alguna igual la dejo o intento que solamente sea esa piedra, por si acaso... porque me da miedo el hecho de tener una dosis demasiado grande [...] sí prefiero más que sea consumirlo en cristal que no en pastilla, porque no sé, las dosis de la pastilla es como algo que más o menos no controlo muy bien, que igual con la mojadita del dedo, pues digo “¿Esto qué tal me ha sentado? Pues en media hora, bien, tal, no sé qué...” Pues igual, vuelvo a hacerlo porque no he notado nada, o lo que sea. En cambio, con la pastilla es como, un cuarto de pastilla y a ver qué pasa... Pero bueno, también te digo eh, que como empiezo a hacerla ya voy borracha, por así decirlo (se ríe), no le doy mucha importancia, no...” (Entrevista 19, 29 años, Mallorca)

Sin embargo, entre los motivos para no elegir esta forma de consumo, apareció con especial frecuencia la posibilidad de que alguien beba y consuma M sin ser consciente de ello.

“A veces también me lo pongo en la copa y demás, pero se degrada mucho y tienes el peligro de que alguien beba y se ponga malo... ¡Eso me come mucho la cabeza!” (Entrevista 22, 27 años, Sevilla)

“De forma ingerida, mojando el dedo. No me gusta ponerlo en la bebida, por si alguien bebe sin querer... Alguna vez, si el cristal es muy grande, hemos preparado bombetas...” (Entrevista 9, 24 años, Madrid)

“[...] lo que pasa que cuando lo echo en la bebida, luego me encuentro que se queda todo abajo y cuando haces el último trago está todo ahí, entonces es como algo que no tenías en cuenta cuando te estabas bebiendo la cerveza o el cubata o lo que quieras hacerlo.” (Entrevista 19, 29 años, Mallorca)

Vinculado al uso de la “bombita”, aparecieron dos formas de calcular las cantidades de sustancia que se ponen en ella. Por un lado, una principalmente

guiada por el saber y experiencia adquirida a lo largo de su trayectoria de consumo.

“Si en vez de en pastillas es en polvo, sabiendo que es más difícil, pues lo equivalente en bombetas. Pero no deja de ser nada más que ojo de buen cubero...” (Entrevista 11, 29 años, Madrid)

Por otro, diversas formas de preparar las “bombitas” que implican el uso de básculas de precisión y/o la división de la sustancia en diferentes partes para preparar diferentes dosis.

“Claro, llegaba a casa y “tengo un pollo de M” y en esa época no tenía tanita, entonces ¿qué hago? Pues lo trituraba pum-pum-pum, lo tienes polvo, entonces me sacaba todo de papelitos y decía “vale, tengo un pollo y somos cuatro, pues claro, ocho cuartos... ocho tomas, no...” pues me preparaba ocho papelitos y hacía ocho bombitas, sabes, entonces me preparaba un chivato de tabaco con ocho bombitas y ya, pues de fiesta.” (Entrevista 5, 38 años, Barcelona)

Esta estrategia de dosificación se vuelve más compleja aún si ha de incorporar la información proporcionada a través de un servicio de análisis de sustancias.

“[...] sabiendo lo que tiene, si yo sé que tiene un 85% de pureza, y 85 es mi dosis perfecta, pues 10 capsulitas, si es que no hay más...[...]” (Grupo de discusión 5, Mixto, Mallorca)

En cuanto al uso esnifado de cristal, hay que destacar varios aspectos. Si bien es un procedimiento que fue mencionado con bastante frecuencia en el estudio cualitativo, no es de las preferidas.

“[...] el MDMA algunas veces según, no sé, tampoco asocio el consumirlo de forma esnifada o por vía oral a una cosa u otra, quizá, a mí personalmente creo que, por vía oral, muchas veces me da algunas molestias a nivel de estómago, entonces, cuando es un sitio cómodo que puedo hacer una raya sin muchos malabarismos, prefiero consumirlo en forma esnifada, y si no también lo he consumido en forma oral o pastilla.” (Entrevista 7, 27 años, Barcelona)

“Uf, no sé, porque por la noche me hincho a pastillas y ya por el día cambio las pastillas por el M, sabes. No sé por qué, es una tontería, luego hay noches que sí que consumo M, pero no a lo mejor en las mismas cantidades que lo hago de día, no sé por qué, no sé decirte, a lo mejor es porque el uso ya me viene mejor para el efecto del M, o a nivel visual a lo mejor también, sabes, que necesito luz para

poder ver mejor no por la noche... Yo qué sé, habrá diferentes factores.” (Entrevista 16, 37 años, Mallorca)

En la elección de esta vía intervienen diferentes factores como las preferencias personales, la intención de evitar determinados daños, el control de las dosis, los placeres e intensidades buscadas según el momento de la fiesta y las características y limitaciones de los espacios donde se consume.

“Eso al final, te viene provocado por los cristales de muchas de las sustancias que consumes... ¡En una situación de fiesta muchas veces es complicado picarlo bien! [...] Más joven.... Cuando empecé con esto... Si es verdad que casi todo lo esnifaba. La verdad es que es un método que hace que todo te suba mucho más rápido, todo te pega mucho antes y, además, malgastas menos sustancia. Luego, con el paso de los años, uno ya tiene mucha más cabeza y te das cuenta de que por la nariz puede ser mucho más dañino... por lo de destrozarte el tabique y eso. Al fin y al cabo, el M son cristales y tú te estás reventando al final por dentro. Entonces, chupado, normalmente es la manera en la que lo consumo ahora mismo.” (Entrevista 22, 27 años, Sevilla)

Resulta interesante destacar el papel del conocimiento basado en la experiencia en la dosificación, vinculado en este caso con el esnifado de cristal.

“Yo considero que es mucho más fácil pasarte esnifando que consumiendo de otra manera. No es lo mismo que cuando te comes una bombeta o una pastilla y te comes un trozaco... Si sabes que te subirá un poco más tarde y no sigues tomando. Siempre se controla más que con las rayas que de tanto ir te puedes pasar.” (Grupo de discusión 6, Mixto, Sevilla)

“Pues la verdad es que sobre todo por la forma de dosificar. Es mucho más rápido conseguir el efecto por esta vía... a través de pintarte una raya que andar chupando y con las bombitas... ¡Para eso prefiero una raya!” (Grupo de discusión 6, Mixto, Sevilla)

En el mismo grupo de discusión realizado en Sevilla dos personas tenían percepciones opuestas en cuanto a la facilidad de la dosificación mediante la preparación de rayas, evidenciando cómo estas apreciaciones se presentan de nuevo como un conocimiento construido por una dialéctica entre el saber grupal y lo individual, conformados por los factores antes citados.

Para terminar de caracterizar el patrón de consumo de cristal aparecido en el estudio, en la encuesta online se preguntó por la cantidad que solían tomar en un día típico de consumo en los últimos doce meses. La mayoría señaló consumir menos de un cuarto de gramo (47,1%) o entre un cuarto y medio

gramo (39,5%) durante el intervalo temporal antes citado. Por su parte, las mujeres mostraron con mayor frecuencia que los hombres consumir menos de un cuarto de gramo (43,6% de hombres y 52,6% de mujeres, $p = ,005$), mientras que ellos evidenciaron consumos de entre 0,5 y 0,75 gramos más que las mujeres (10,8% de hombres y 6,6% de mujeres, $p = ,022$). Por otra parte, al analizar las cantidades consumidas en función de las categorías de frecuencia de consumo, quienes hicieron un uso infrecuente dijeron consumir menos de un cuarto de gramo con más frecuencia que quienes hicieron un uso ocasional (55,2% para infrecuente y 27,3% para ocasional, $p = ,000$).

En relación con esto, una gran cantidad de las personas que participaron en el estudio cualitativo percibían como consumo problemático de MDMA el hecho de hacerlo con alta frecuencia.

“Salir, pues no sé, todos los fines, y viernes, sábado y domingo consumir M, de alguna forma es problemático.” (Entrevista 20, 39 años, Mallorca)

En consecuencia, muchas de las personas regulaban la frecuencia para no perder “la magia”²⁷ de la sustancia y evitar generar tolerancia.

“Eso sí, también me dijeron que controlase con el M, que no tomase más de una vez al mes... que se pierde la “magia”, que lo que se vive no se repite...” (Entrevista 25, 30 años, Sevilla)

Asimismo, los riesgos de los consumos intensivos de MDMA durante una misma sesión eran conocidos por la propia vivencia o la de alguna persona cercana de su grupo de iguales, tendiendo a regularse para no repetir dichas experiencias.

“Una vez, fui a una fiesta techno y fue una noche bastante loca... Un amigo y yo mismo nos comimos más de lo que deberíamos, con lo que dimos mucho el cante... sobar a la gente, estar sin camisa, caras desencajadas... Esto me cambió mucho la manera de ver la relación con el M, ya que al final no consumí tanto nunca más... ¡Esto es una experiencia que no quiero volver a repetir!” (Entrevista 8, 25 años, Madrid)

Una de las principales razones por las que algunas personas realizaban este tipo de consumos era la falta de experiencia, ya que esta se adquiere a medida que se avanza en la trayectoria de consumo.

²⁷ Se ha planteado que el consumo repetido de MDMA produce una “tolerancia acumulativa” que se traduce en una menor experimentación de los efectos empatógenos y una mayor experimentación de efectos estimulantes no deseados, como la tensión mandibular. A esto se le conoce popularmente como “pérdida de la magia” (Holland, 2001).

“Para mí no acordarte de las cosas, a mí me ha pasado de chica, o sea, de chica con 21 – 22 añitos que fue cuando empecé, ostras, yo he vuelto a casa y he dicho “me podían haber follado en el baño”, te lo digo de verdad eh, porque claro, te entra tal gustera, tienes un calentón que te mueres, sabes, y te da igual ocho que ochenta a mí me ha pasado, personalmente. A mí me ha dado igual ocho que ochenta, luego llegas a casa, que no me he acordado de lo que he hecho. Ese es el riesgo que veo si te pasas de M, porque yo ha habido noches que al principio, yo de chiquitilla, yo he salido con una bolsa de 2 gramos de M y no ha vuelto nada, o sea, en plan a lo loco... o sea, a lo loco a ver, que no me lo comía yo sola, pero tampoco éramos muchos en aquella época, a lo mejor éramos 4 o 5, sabes, estamos hablando de dosis muy altas y encima de las primeras, ya te digo, que yo... (dice mientras ríe) al principio era, y encima el M de aquella época, que no es el de ahora, es que... ese es el riesgo que yo veo, consumir grandes cantidades y sin conocimiento que se te puede ir la olla y hacer cosas que luego no te acuerdas ni de que has hecho, sabes ese es el riesgo” (Entrevista 16, 37 años, Mallorca)

De esta manera, la vivencia de estos efectos no deseados se vincula discursivamente a edades más tempranas, las cuales varían en función de la época de inicio en el uso de las diferentes drogas según cada persona.

La dosificación de las pastillas de MDMA

Como ya se ha comentado a lo largo del texto, la preferencia por uno u otro formato no excluye el uso del otro. Sin olvidar que, al igual que sucede con las vías de administración del cristal, diferentes formas de tomar las pastillas coexisten en una misma sesión de consumo.

“[...] porque con el M seguramente, bueno, seguramente no, muchas de las pastillas que consumo llevan, también algún tipo de corte y le han metido cafeína, sabes, o le han metido algo, algún estimulante y en el M que consumo no, entonces, me quedo más suave con el M y más activa con las pastillas.” (Entrevista 16, 37 años, Mallorca)

Del mismo modo, existen percepciones opuestas sobre las ventajas e inconvenientes de las pastillas frente al cristal basándose en su composición.

“Porque una pastilla sí que... por ejemplo, el otro día estuve en Monegros y ahí sí que dije “Las pastillas, bueno, sí que las pillo ahí” pero lo que eran... nos llevamos algunas cosas de nuestros camellos de confianza, en plan el speed y tal sí que lo cogimos de nuestra

gente de confianza porque pillarlo en un festival... a saber que te dan. Las pastillas al final no te pueden engañar..." (Entrevista 17, 22 años, Mallorca)

En la encuesta online, el 82,5% de quienes dijeron haber consumido MDMA en los últimos doce meses las había consumido en pastillas. El 67,5% de ellas hizo un consumo infrecuente (menos de 11 días en el último año) y el 28,1% realizó un uso ocasional (entre 11 y 50 días en el último año). De nuevo, los datos obtenidos no presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres vinculadas a este tipo de consumo (Tabla 14).

Tabla 14. Características del consumo de pastillas de MDMA.

	Hombres (n = 590)	Mujeres (n = 409)	Total (n = 1004)
Días de consumo en los últimos 12 meses			
1-5 días	270 (48,8%)	168 (44,1%)	441 (47,0%)
6-10 días	117 (21,2%)	76 (19,9%)	193 (20,6%)
11-20 días	92 (16,6%)	74 (19,4%)	167 (17,8%)
21-50 días	56 (10,1%)	41 (10,8%)	97 (10,3%)
51-80 días	10 (1,8%)	12 (3,1%)	22 (2,3%)
81-100 días	5 (0,9%)	9 (2,4%)	14 (1,5%)
101-150 días	2 (0,4%)	1 (0,3%)	4 (0,4%)
151-200 días	1 (0,2%)	--	1 (0,1%)
Categorías de frecuencia de consumo			
Infrecuente (<11 días)	387 (70,0%)	244 (64,0%)	634 (67,5%)
Ocasional (11-50 días)	148 (26,8%)	115 (30,2%)	264 (28,1%)
Frecuente (>50 días)	18 (3,3%)	22 (5,8%)	41 (4,4%)
¿Ha esnifado pastillas?			
Sí	217 (39,2%)	162 (42,5%)	383 (40,8%)
Cantidad consumida en una situación típica			
Un cuarto	44 (8,0%)	50 (13,1%)	95 (10,1%)
Media	152 (27,5%)	119 (31,2%)	271 (28,9%)
Tres cuartos	80 (14,5%)	74 (19,4%)	154 (16,4%)
Una pastilla	182 (32,9%)	100 (26,2%)	285 (30,4%)
Más de 1 pastilla	95 (17,2%)	38 (10,0%)	134 (14,3%)
Divide la pastilla en uno o más trozos antes de consumirla			
Baja frecuencia ²⁸	47 (8,5%)	28 (7,3%)	75 (8,0%)
Alta frecuencia ²⁹	506 (91,5%)	353 (92,7%)	864 (92,0%)

Aunque la administración oral de las pastillas es la más habitual, un 40,8% de las personas que las tomaron en los últimos doce meses dijo haber empleado la vía esnifada. Aunque no se observaron diferencias entre hombres y mujeres con relación a esta variable, sí se encontraron en función de la frecuencia de consumo, ya que quienes hicieron un uso infrecuente de pastillas refirieron haberlas esnifado de una manera significativamente menor que quienes

²⁸ Agrupa las categorías de respuesta "nunca", "casi nunca" y "a veces".

²⁹ Agrupa las categorías de respuesta "siempre" y "casi siempre".

hicieron un consumo más reiterado (35,9% para infrecuentes, 56,8% para ocasionales y 64,0% para frecuentes, $p = ,000$).

Igual que sucede en otros aspectos, la vía esnifada es usada en función de varios factores y simultáneamente con otras vías, formatos de la MDMA y sustancias. Los motivos que esgrimieron las personas participantes en la investigación cualitativa para la transición entre formas de uso del cristal fueron muy parecidos a los que usaron para explicar los motivos de cambio de la vía de administración con las pastillas, cobrando de nuevo una especial relevancia los asuntos relacionados con el estómago.

“La verdad es que llevo una temporada tomando MDMA en formato pastilla... que no sé si es porque durante esa temporada tenían algún corte raro o por otra cosa... pero un porcentaje muy alto de ellas me dan unos pinchazos en la tripa infernales y arcadas y vómitos- por eso yo sólo las consumo ahora de esta manera... pintadas.” (Entrevista 11, 29 años, Madrid)

“¿Por qué prefiero esnifar? Pues... eso, las que son por la nariz pues porque es por ahí por donde, no sé, creo que se hace, y luego las pastillas por la mañana porque notas el ciego diferente creo yo, o sea, llego un momento que por la boca no, el estómago se te satura, o al menos yo siento que ya no me hace nada...” (Entrevista 17, 22 años, Mallorca)

Al contrario de lo que sucede con el esnifado de cristal, en los discursos recogidos aparecieron menos percepciones negativas y se manifestaron menos daños cuando se esnifan pastillas.

“Claro, por eso me parece como muy suave la pastilla cuando la picas. Picas una pastilla y te salen ochenta rayas, y el cristal como sé que me va a doler... pues a veces digo “pff... no” porque sé que me va a doler, y le tengo un poco de aprecio, de momento mis fosas no están, no se me taponan ni nada, entonces no quiero abusar, y poco más.” (Grupo de discusión 5, Mixto, Mallorca)

“[...] M... de vez en cuando, aunque no es lo típico. Casi nunca me meto el cristal por vía esnifada... ¡pero las pastillas sí! [...]” (Grupo de discusión 6, Mixto, Sevilla)

Por otra parte, la práctica de dividir la pastilla en uno o más trozos o dosis antes de consumirla fue prácticamente mayoritaria: el 92,0% de las personas encuestadas dijo hacerlo siempre o casi siempre, sin que existieran diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, quienes hacían un uso frecuente de pastillas eran quienes menos dijeron llevar a cabo esta práctica

siempre o casi siempre (92,7% de infrecuentes, 92,4% de ocasionales y 78,0% de frecuentes, $p = ,003$).

Partir las pastillas también es una práctica incorporada por la mayoría de las personas que participaron en el estudio cualitativo. Las razones detrás de esto son principalmente dos.

Por un lado, está el aprendizaje mediante la experiencia; es decir, algunas personas afirmaban partir la pastilla en uno o más trozos porque, cuando no lo hacían, experimentaban efectos no deseados.

“Ah bueno, si tomas mucho, muchísima, mucha pastilla, mucho M, pues igual sí... Lo he vivido, pero ya, como no tomo tanto, o sea, tomo muy poco, pues no me pasa ya eso. [...] cuando empezamos mi amiga y yo, pues era como, acabamos de descubrir un mundo nuevo, íbamos... no sabíamos las cantidades, tampoco que... o sea, íbamos de pastilla en pastilla todo el rato, que si cristal, que si speed, buah, nos poníamos como las cabras y ahora como ya es algo super normalizado en nuestras vidas, pues lo hacemos con mucha más calma, con mucha más moderación, no nos ponemos como las cabras como antes, sabes, ahora es más chill.” (Entrevista 4, 25 años, Barcelona)

Por otro lado, hubo personas que dijeron llevar a cabo esta práctica porque fueron introducidas de esta manera en el consumo de pastillas.

“[...] y después la pastilla... o sea, sí que hubo veces, sobre todo las primeras veces con el cristal, que era “¿Y esto cómo se hace?” “Pues mojas el dedo y coges una cantidad normal, te la pones en la boca y tragas” vale, pum, pues lo haces. La pastilla, pues igual “¿Qué hago?” “No, un trocito” vale, un trocito y para dentro, o sea, siempre con la persona que he estado y tiene esta droga es la primera persona que te da la información de como tomártela.” (Entrevista 18, 34 años, Mallorca)

Finalmente, cuando se les preguntó por la cantidad que solían tomar en un día típico de consumo de MDMA en pastillas en los últimos doce meses, a diferencia de lo observado en el caso del cristal, las cantidades señaladas fueron más variadas. En orden de mayor a menor frecuencia, para los hombres, las cantidades más señaladas fueron: una pastilla (32,9%), media pastilla (27,5%) y más de una pastilla (17,2%). Para las mujeres, fueron: media pastilla (31,2%), una pastilla (26,2%) y tres cuartos de pastilla (19,4%).

Los resultados cualitativos fueron similares en cuanto a las cantidades consumidas, pues la mayoría de las personas no superaban la pastilla por evento de consumo. Partir las pastillas y consumirlas a mitades o incluso a

cuartos, era una práctica bastante extendida y que se realizaba en función de los efectos deseados y la duración de la sesión de consumo.

“No tengo ni idea en cuestión de miligramos, la verdad. En pastillas... pues suele rondar entre media pastilla y una entera... ¡Depende de lo que vaya a durar la fiesta! Es decir, te tomas media y cuando baja otra media o un cuarto y luego otro... ¡Dependiendo de lo que busque!” (Entrevista 11, 29 años, Madrid)

Los motivos para justificar esta conducta estaban basados en el conocimiento que las personas usuarias tienen sobre el mercado y, en algunos casos, complementados con los resultados del análisis de sustancias y/o la consulta de diferentes recursos.

“Tengo una aplicación que se llama “KnowDrugs” y suele poner ahí, si es una pastilla, pongo la pastilla a ver que sale, o miro las alertas... siempre miramos las alertas de “pastilla sospechosa” que te salen por Energy también.” (Entrevista 6, 27 años, Barcelona)

Pese a los resultados de los servicios de análisis, y en función de los conocimientos más técnicos y especializados que pudiera tener la persona, también se reconoció la posibilidad de que la composición de las pastillas no fuera homogénea y que pudiera haber una cierta variabilidad en la composición en las pastillas de un mismo lote.

“Mal. Es decir... claro, tú, por ejemplo, partes una pastilla con un colega, pero lo que hay en cada trozo no es igual. Es decir, la pastilla pesa X, pero... y, además, tú cuando analizas una pastilla te dicen “estas pastillas son de tanto” pero tú compras un paquete de mil pastillas y como no se ha disuelto el cristal en el resto de aglomerantes, pues cada pastilla tendrá una cantidad diferente, entonces... [...] El problema es que yo me he dado cuenta de esto cuando he dejado de tomar pastillas, vale. Es decir, la mayoría de personas de mi círculo, partimos las pastillas pensando que una mitad es una mitad y que... sí, que un trocito es un trocito, pero claro, igual te estás comiendo un trocito que lleva el trozo más grande de cristal y de una tirada de mil, sabes... entonces claro, de repente te pega y te piensas que es porque no has cenado, no, no, igual te has metido mucho de golpe...” (Grupo de discusión 1, Mixto, Barcelona)

Estrategias generales de reducción de riesgos relacionadas con la dosificación

Con el fin de explorar el uso del conteo de las dosis consumidas y el respeto de intervalo de tiempo entre dosis, estrategias válidas tanto para el consumo de MDMA en pastillas como en cristal, se preguntó por la frecuencia con la que llevaban la cuenta de las tomas y la frecuencia con la que dejaban un intervalo de 3 – 4 horas entre ellas (Tabla 15).

Tabla 15. Estrategias de reducción de riesgos generales relacionadas con la dosificación.

	Hombres (n = 664)	Mujeres (n = 468)	Total (n = 1138)
Llevar la cuenta de las dosis consumidas			
Nunca	34 (5,1%)	24 (5,1%)	58 (5,1%)
Casi nunca	37 (5,6%)	19 (4,1%)	56 (4,9%)
A veces	65 (9,8%)	61 (13,0%)	129 (11,3%)
Casi siempre	192 (28,9%)	137 (29,3%)	330 (29,0%)
Siempre	336 (50,6%)	227 (48,5%)	565 (49,6%)
Baja Frecuencia	136 (20,5%)	104 (22,2%)	243 (21,4%)
Alta Frecuencia	528 (79,5%)	364 (77,8%)	895 (78,6%)
Dejar un intervalo de 3-4 horas entre dosis			
Nunca	135 (20,3%)	71 (15,2%)	206 (18,1%)
Casi nunca	178 (26,8%)	102 (21,8%)	282 (24,8%)
A veces	152 (22,9%)	136 (29,1%)	290 (25,5%)
Casi siempre	124 (18,7%)	101 (21,6%)	226 (19,9%)
Siempre	40 (6,0%)	29 (6,2%)	70 (6,2%)
Siempre tomo una única dosis	35 (5,3%)	29 (6,2%)	64 (5,6%)
Baja Frecuencia ³⁰	465 (78,9%)	309 (70,4%)	778 (72,4%)
Alta Frecuencia	164 (26,1%)	130 (29,6%)	296 (27,6%)

Con respecto a la primera, el 78,6% dijo llevar la cuenta siempre o casi siempre, sin que hubiera diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sobre la segunda, tan solo el 27,6% dijo esperar el tiempo indicado entre dosis, sin que tampoco hubiera diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Como muestran estos resultados, hay determinadas personas que no esperan el tiempo aconsejado entre tomas. Situación que se replica en la mayor parte de la población que participó en la parte cualitativa de esta investigación.

“Una vez tomé dos y no fue tan malo, porque no lo tome todo de golpe... me tome una, y luego, dos horas después, la otra. Pero una vez tomé las dos pastillas al mismo tiempo y me perdí a mí misma, como una hora...” (Grupo de discusión 2, Mixto, Barcelona)

³⁰ En el análisis por categorías de frecuencia se han excluido los casos en los que siempre se tomaba una única dosis.

Sin embargo, eso no implica que no aplicaran ningún tipo de control sobre los tiempos entre dosis. Estos cálculos, como sucede con los aspectos anteriores, se aprendieron mediante la experiencia incorporada, de manera tanto individual como grupal, y se realizan en función mayormente de los efectos buscados y el contexto situacional.

“Si es un pastillote, lo divido en partes. La verdad es que hay algunas que son indivisibles o muy difíciles... pero siempre trato de partirlas e ir comiéndolas cada 45 min como poco. Eso si son grandes, pero si son pequeñas depende de la tolerancia de cada uno.” (Grupo de discusión 4, Mixto, Madrid)

En el caso concreto de las pastillas, intervienen sobre su dosificación otros factores como la información técnica disponible y, como se ha visto anteriormente, ciertos aspectos visibles como el tamaño, el grosor, el dibujo, etc.

“Sí. Dependiendo de cómo de gorda sea la pastilla, porque hay pastillas que son mucho más gordas que otras. Normalmente, pues de media en media pastilla... Eso sí, sin son de las gordas, igual un poco menos. [...] Sí. Como de momento no analizamos, usamos la regla de que cuanto más grande es la pastilla, más MDMA contiene.” (Entrevista 12, 23 años, Madrid)

En el caso del consumo de cristal, las estrategias que se aplican varían en función de la vía de uso y las ya comentadas en este epígrafe. En general consisten en el control de la dosis mediante la observación directa de mojar el dedo en la droga, de lo que se pone en la bebida o de la cantidad que se esnifa.

“Pues más o menos en plan... la raya más pequeña, chupando poco y pillando las pastillas más pequeñas [...] ¡Así me aseguro que lo que tomo no es mucho!” (Grupo de discusión 4, Mixto, Madrid)

En el caso de la preparación de las bombitas se usan herramientas como las básculas de precisión y se divide la cantidad total en función de los miligramos por dosis, el número de dosis y/o las personas que consumirán.

“Yo lo peso en una báscula y si tengo planeado consumir fuera, lo que hago es llevarme todo pesado y contado”. (Grupo de discusión 4, Mixto, Madrid)

Además, no debemos olvidar como todas estas estrategias de dosificación, tanto para el cristal como para pastillas, están mediadas por los efectos buscados, la sesión de consumo y los conocimientos incorporados a través del saber individual y grupal.

“Yo este año, es un festival en Asturias, fue donde consumí por primera vez cristal. Antes siempre había tomado pastillas, pero esta vez no había y tomé cristal en chupaditas” (Grupo de discusión 3, Mixto, Madrid)

Como se ha intentado mostrar a lo largo del bloque de MDMA, ambos formatos y las diferentes vías de administración comentadas coexisten en una misma sesión de consumo.

Así pues, como la MDMA se usa de maneras diferentes para obtener placeres distintos, en algunas personas esto lleva a la percepción de que pastillas y cristal son sustancias diferentes.

“De MDMA me gusta en pastilla, o sea, probé en su momento cristal machacado y que vas haciendo con chupaditas con el dedo y me acuerdo que al principio superguay “uau, me encanta esta droga”, de hecho, en aquel momento me acuerdo que... bueno, voy a mezclar las temáticas, los bloques de la entrevista, pero esnifar sí que he esnifado cristal, no lo he dicho antes, pero me he acordado ahora, pero muy pocas veces. También por la sensación de mucho picor y horror, horror... Estuve tomando un tiempo, un año o dos, me gustaba bastante mojar el M y tal, pero después me dejaba una resaca emocional, de al tercer día, cuando te baja toda la serotonina que está ya abajo y el páncreas te lo está creando... estoy fatal. Entonces era como ¿Por qué? ¿Qué necesidad?” Que también es un poco el “Love is Love” [...] también es cierto que yo después, cuando cogí esta sensación de “no me gusta y no me sienta bien” ya como que cada vez que lo tomo, el rechazo de mi cuerpo es más grande... entonces ya digo que no de hace tiempo. Ahora, en pastilla no, en pastilla sí que consumo. MDMA es éxtasis también, ¿no? O como...” (Entrevista 17, 34 años, Mallorca)

El uso, tanto de un formato concreto como de una vía determinada, depende de la disponibilidad de la sustancia, los efectos deseados, el contexto y el saber incorporado a través de la experiencia individual y grupal sobre los posibles daños.

Un aspecto que todavía no se ha abordado en este análisis, y que apareció de manera recurrente en las verbalizaciones de las personas informantes, fueron los efectos no deseados vinculados con el consumo de MDMA que aparecen después de una sesión de consumo. Este fenómeno es definido como “resaca emocional” (Entrevista 19, 29 años, Mallorca), caracterizada por “[...] la sensación de desgana, apatía y querer morirse durante varios días, no te la quita nadie [...]” (Entrevista 12, 23 años, Madrid).

Si bien el concepto no es empleado por todas las personas que participaron en la parte cualitativa del estudio, la gran mayoría dijo haber experimentado efectos similares a los expresados en la entrevista 12, muchas veces tras intensas y/o largas sesiones de consumo.

“Depende, a ver... sí, pues si a veces abusas un poco, sí que puedo sentir algún tipo de bajón emocional o este tipo de cosas sí que se pueden sentir, después de quizás abusar un poco de la cantidad o si son ya días de fiesta uno tras otro, pues si [...]” (Entrevista 20, 39 años, Mallorca)

Esto se considera importante por dos razones. En primer lugar, los diferentes grupos de personas crean su propio vocabulario en torno a experiencias compartidas, como es en este caso el concepto de “resaca emocional”, “bajón emocional” o “*martes suicida*” (Grupo de discusión 5, Mixto, Mallorca). Lo mismo sucede con las diversas expresiones para el consumo oral mojando el dedo. Es importante prestar atención a estos detalles para el desarrollo de estrategias de comunicación dirigidas a esta población diana, en especial lo que tiene que ver con la creación y difusión de mensajes preventivos. En segundo, algunas de las personas que usan MDMA desarrollan estrategias y pautas de comportamiento, o requisitos, previos a su consumo y/o formas de gestionar los efectos no deseados después de la sesión de consumo, que van desde asegurarse de tener un buen estado anímico, de no tener compromisos ni responsabilidades al día siguiente, evitar determinados pensamientos, cuidar su alimentación los días antes y después y, en algunos casos, tener compañía durante el día después.

“[...] suelo intentar tener el día completamente libre y no tener tareas rollo, dejarme que esté la casa recogida, tener algo de comida para ir tirando, que no tenga que agobiarme [...] pero más allá de eso, no, según como me encuentre... pues si me apetece un poco más me quedo en casa, en el sofá, escuchando música, mirando una peli, típico día... y si no pues, hay veces que hago mi vida normal, aunque me note así un poco más de bajoncillo, pero...” (Entrevista 7, 37 años, Barcelona)

“[...] la única resaca que tengo, es que, con las pastillas y el M, al día siguiente estas como de... bajón, no triste del todo, pero como que... quieres cariñitos, quieres... lo que es la resaca del M... no sé si la conoces...” (Entrevista 17, 22 años, Mallorca)

“[...] En principio con el M decía que era mi droga, M en cristal, me encantaba ese empatógeno... [...] decía que no me compensaba lo que me subía con lo que luego me bajaba, decía “ah vale, te sube eso, pero es que luego me quiero morir al día siguiente o a los dos

días siguientes”, martes suicida los descubrí, o los apode así porque los lunes todavía andaba un poco... y los apode los martes suicidas, de realmente pensamientos un poco suicidas... que ahora me doy cuenta de que es un poco no saber llevar... Claro, pero es que ahora no me acerco ni a eso, es como “no le hagas caso a ningún pensamiento negativo que puedas tener en estas...” igual que de colocón [...]” (Grupo de discusión 5, Mixto, Mallorca)

Otro aspecto relevante es el papel del grupo de iguales en las dinámicas sociales analizadas en este estudio, el cual aparece de forma casi permanente en la mayoría de los momentos y espacios donde se usan sustancias. Compartir las es un acto muy integrado dentro de los comportamientos que se dan entre la población consumidora y usuaria de espacios de ocio.

“Yo lo peso en una báscula y si tengo planeado consumir fuera, lo que hago es llevarme todo pesado y contado. Otra cosa es que luego me inviten y tal... ¡Además, me suelo llevar mucho! ¡Es que me gusta mucho la droga!” (Grupo de discusión 4, Mixto, Madrid)

En este sentido, las mediciones de los consumos mediante encuestas son capaces de mostrar sus tendencias y frecuencias. Sin embargo, en el caso de la medición de las cantidades utilizadas durante una ocasión, un aspecto que no se tiene en cuenta es el acto de invitar y recibir invitaciones. El enfoque combinado desde lo cuantitativo y lo cualitativo proporciona una mayor comprensión y profundidad para aproximarse a esta cuestión.

“Pues la verdad es que casi siempre a chupaditas. Pero es verdad que, si me invitan, pues como me digan... por la nariz, bombeta, etc. Lo que me interesa muchas veces es consumirlo y me da igual cómo lo haga.” (Entrevista 26, 34 años, Sevilla)

En resumen, los diferentes formatos y vías de uso de la MDMA se rigen, sobre todo, por los efectos deseados, los daños experimentados, el contexto y el saber experiencial y grupal incorporado por la persona consumidora. Es por esto que las personas consumidoras, transitan entre la MDMA en formato cristal y pastilla buscando un equilibrio entre los efectos deseados y los daños experimentados.

Este fenómeno sucede de manera similar a la hora de seleccionar la vía de uso, donde además se añade otro factor más como son las facilidades o dificultades a la hora de consumir que tienen los espacios donde se realizan los consumos. Mientras que el comerse un trozo de pastilla o mojar el dedo en la bolsa donde está el MDMA en cristal son métodos de uso que se perciben como discretos, la preparación de bombitas o de rayas para esnifar, como se verá más en detalle en el siguiente bloque, se consideran formas de uso menos discretas y que

necesitan de una preparación previa que no todos los espacios donde se consume permiten.

Las prácticas de reducción de riesgos relacionadas con el esnifado de sustancias

El esnifado es una de las formas más habituales de consumir aquellas drogas que lo permiten, como sucede con el clorhidrato de cocaína, la anfetamina, la metanfetamina, la ketamina, la heroína y, como hemos visto, el propio cristal de MDMA. Dado que las fosas nasales son una zona muy vascularizada, este tipo de vía presenta algunas ventajas sobre otras formas de consumo, al igual que algunas problemáticas particulares. Entre otras características, esta forma de consumo provoca que los efectos de la sustancia consumida aparezcan de forma más rápida que la vía oral y de manera similar a la de la vía parenteral, presentando la ventaja de que es un método menos invasivo. Por tanto, se trata de una vía especialmente atractiva para las personas que consumen para conseguir un efecto rápido (Fattinger, Benowitz, Jones y Verotta, 2000).

Al igual que sucede con los formatos y vías de uso de la MDMA, esnifar es una forma de consumo que convive con otras y, a veces, es utilizada con múltiples sustancias de manera simultánea a lo largo de una misma sesión.

“Al final, tú sigues ahí esnifando porque causa gusto, la verdad, y porque el método absorción es mucho más rápido que por ejemplo una bombeta.” (Entrevista 22, 27 años, Sevilla)

Las personas que han participado en el estudio cualitativo también explicitaron cómo esta elección se hace en función de la rapidez de los efectos, según el contexto de consumo.

Otro de los motivos para escoger la vía esnifada fue la intención de minimizar la posibilidad de sufrir los daños que se experimentan consumiendo drogas de otra manera.

“Esnifar, y bueno, pues eso, es más rápido, te sube muchísimo más rápido, y eso, que al estómago me da un poquito más de reparo porque a veces me da un poco de ardor y... y ya está.” (Entrevista 4, 25 años, Barcelona)

Sin embargo, desde la óptica de los riesgos, el hecho de que mediante la administración nasal se evite el primer paso hepático, puede producir un aumento en la biodisponibilidad de la sustancia (Grassin-Delyle et al., 2012) y, por tanto, podría aumentar el riesgo de toxicidad de la misma, especialmente cuando existe poco control en las dosis consumidas.

A este respecto, las personas que han participado en el estudio cualitativo mostraron un aprendizaje en el control de las dosis mediante la experiencia propia y la del grupo de iguales, desde la asunción de estrategias de reducción de riesgos y búsquedas de placeres incorporados a través de aquello que les genera confianza.

“Cada uno tenemos nuestras dosis, yo muchas veces quito la mitad o cosas así, o sea, yo si veo una raya voy a decidir del tamaño que yo me la quiero tomar, no voy a coger y decir “porque me la han puesto, me la tomo.” Antes sí, tuve una época que sí, porque tenía un exnovio que me decía “no, tú eres muy pequeña para llevar las drogas o para pintar o para tal... así que yo te lo administro” y cuando deje de estar con él, es verdad que consumía mucho menos y me lo pasaba mucho mejor.” (Entrevista 17, 22 años, Mallorca)

Tradicionalmente, los programas de reducción de riesgos y daños han prestado una especial atención al esnifado de sustancias, ya que se trata de una vía de administración que requiere de cuidados a la hora de preparar la sustancia y aspirarla a través de las fosas nasales. En este sentido, pulverizarla bien se vuelve una acción necesaria para evitar la presencia de “rocas” o cristales lo suficientemente grandes para que, al ser aspiradas, no provoquen hemorragias y otras lesiones. Además, también se recomienda el lavado de las fosas nasales tras la sesión de consumo con el fin de eliminar restos que pudieran quedar y que, de no hacerlo, podrían producir una obstrucción y/o erosión de las paredes internas de la nariz. Estos fenómenos, aunque son consecuencias negativas leves que desaparecen con rapidez, en el esnifado crónico de sustancias puede devenir en consecuencias más severas, por ejemplo, daños importantes en la mucosa nasal (Trimarchi et al., 2013).

Los sangrados de nariz son, en algunas personas, un daño experimentado con más o menos frecuencia, bien en propia persona o dentro del grupo de iguales. En consecuencia, esto es percibido también como un riesgo del consumo esnifado.

“Hombre, yo creo que una de las cosas que pasa es, por ejemplo, la obstrucción de la nariz o que sangre por la nariz, a mí eso me parece bueno un riesgo sobre todo si tienes los capilares, o sea, las venitas de la nariz muy sensibles, que yo tengo además muy poco tabique y muy poquito agujero, entonces a nada que me meto cuatro rayas y empiezo, o sea, me sale sangre, no me sale a borbotones, no hay rollos, no, sino al día siguiente sobre todo esos mocos de tener muchos mocos y tener mucha sangre, o sea, como y luego sí que alguna eso, de tener herida a lo mejor por dentro de la garganta de hacerlo pasar por ahí, pues que se te inflama o se te irrita, sabes que puedes estar así como ya no solo porque haya salido toda la noche hayas bebido y has fumado, sino que notas que es por donde ha pasado, sabes por donde ha pasado la raya. Eso es lo que te quería decir” (Entrevista 13, 41 años, Madrid)

Por su lado, los daños en la mucosa, fosas nasales y tabique, aunque también se perciben como un riesgo, solo una de las personas participantes en el estudio cualitativo expresó haberlos experimentado, vinculándolos además a un consumo excesivo.

“[...] que antes de dejar las drogas abuse mucho de la cocaína y me empezaron a salir aquí las venas basculares, sabes... [dice mientras señala su nariz y la zona de alrededores] esto es con la única droga que me ha pasado, y esto fue el stop para dejarlo. Dije “Res más... nunca más nada por la nariz” pero bueno, siempre hay alguna vez... [...] tipo las marcas basculares que salen a la gente mayor aquí [se señala las mejillas], pues de tanto utilizar la nariz, pues arañitas basculares y tal, y me lo he tenido que ir quitando con láser, porque era bastante semado³¹, además claro, estaba enganchado, me salían y seguía consumiendo, sabes, veía que se me hacía más grande y seguía consumiendo, entonces es como un pez que se muerde la cola. Entonces por la nariz intento no meterme, pero me encanta, sabes...” (Grupo de discusión 2, Mixto, Barcelona)

Por otra parte, la manera más habitual de esnifar es preparando rayas y esnifándolas mediante un tubito llamado comúnmente turulo, aunque existen otras maneras como, por ejemplo, usar la punta de una llave y esnifar “puntitas”³². En un estudio realizado por Energy Control con personas que

³¹ En la comarca de Barcelona, un “semado” es alguien a quien le gusta llamar la atención de forma negativa y/o exagerada, algo que provoca que se actúe de esta manera o cuando algo es muy exagerado.

³² Aunque la pauta más usada consiste en utilizar una llave para la administración de la sustancia por vía nasal, también se emplean otros instrumentos como la esquina de una tarjeta de crédito, uñas de porcelana, etc.

consumían ketamina, cerca del 40% dijo esnifar habitualmente de esta forma la sustancia (Vidal y López, 2014). Desde hace años, con relación al uso de turulos para esnifar este tipo de sustancias, hay una creciente preocupación ante la posibilidad de transmisión de la Hepatitis C por el hecho de compartirlos (Scheinmann et al., 2007). Sin embargo, este postulado no es defendido por todos los expertos de igual manera, como se evidencia en Hermanstynne et al. (2012), los cuales ponen en duda esta posibilidad. Aun así, la Organización Mundial de la Salud reconoce que, entre los grupos de población más expuestos al riesgo de infección por el virus de la Hepatitis C se encuentran los consumidores de drogas por vía intranasal, motivo por el cual el intercambio de esta herramienta de consumo se define como una conducta de riesgo (OMS, 2016).

Por todo ello, desde el OEC2022, quisimos acercarnos a esta vía de administración para conocer si las personas que la usaban ponían en marcha también alguna estrategia de reducción de riesgos y daños durante este proceso, cuáles eran y con qué frecuencia estaban siendo implementadas.

Las estrategias seleccionadas para formar parte del estudio fueron el pulverizar bien la sustancia, alternar las fosas nasales, realizar lavados de las fosas nasales tras una sesión de consumo y limpiar previamente la superficie donde se iban a preparar las rayas. Además, se decidió preguntar de manera específica por la frecuencia con la que habían compartido el turulo a la hora de esnifar.

De manera más específica, en la encuesta online preguntamos a las personas que habían indicado haber esnifado MDMA en cristal y a quienes dijeron haber consumido cocaína y *speed*, por la frecuencia con la que, en los últimos doce meses, habían utilizado cada una de las estrategias y por la frecuencia con la que habían compartido el turulo. Las opciones de respuesta fueron “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “casi siempre” y “siempre”.

Además, se crearon categorías de frecuencia en el uso de las estrategias y en el compartir el turulo. En el caso de las primeras, las opciones fueron recodificadas en dos: alta frecuencia de uso de la estrategia (casi siempre, siempre) y baja frecuencia de uso (nunca, casi nunca y a veces). Para la frecuencia con la que habían compartido el turulo, las respuestas se categorizaron de distinta manera: baja frecuencia de compartir el turulo (nunca, casi nunca) y alta frecuencia (a veces, casi siempre, siempre).

Tabla 16. Estrategias de reducción de riesgos relacionadas con el esnifado de sustancias. Porcentaje personas que afirman haber usado la estrategia siempre o casi siempre en los últimos doce meses.

n	Cristal de MDMA			Cocaína			Speed		
	H (189)	M (130)	T (322)	H (450)	M (281)	T (735)	H (381)	M (283)	T (669)
Pulverizar bien la sustancia	84,7	76,9	81,7	84,7	77,9 ³³	82,0	85,3	79,9	83,1
Alternar fosas nasales	54,0	53,8	53,7	54,2	49,1	52,1	54,3	47,0	51,1
Lavados tras el consumo	32,3	22,3	28,6	28,9	27,4	28,4	33,1	29,0	31,5
Limpia la superficie antes	36,0	23,8 ³⁴	31,4	42,7	31,7 ³⁵	38,5	39,9	31,4 ³⁶	36,3

Los anteriores resultados mostraron una implementación desigual de las estrategias de cuidado sobre las que se preguntó, siendo la más empleada para esnifar cristal de MDMA, cocaína o *speed* la de pulverizar la sustancia, seguida de la de alternar las fosas nasales (Tabla 16). Otras estrategias como los lavados después del consumo o la limpieza de la superficie antes de preparar las rayas fueron empleadas por el 30 – 38% de las personas. Los hombres mostraron un uso significativamente mayor que las mujeres de pulverizar bien la cocaína (84,7% de los hombres, 77,9% de las mujeres, $p = ,021$) y de la limpieza de la superficie antes de preparar las rayas de las tres sustancias.

Tabla 17. Porcentaje de personas que comparten el turulo con alta frecuencia al esnifar cristal de MDMA, cocaína o speed.

n	Cristal de MDMA			Cocaína			Speed		
	H (189)	M (130)	T (322)	H (450)	M (281)	T (735)	H (381)	M (283)	T (669)
Alta frecuencia ³⁷	67,7	67,7	67,7	67,8	70,5	68,8	67,2	64,0	65,8

Sin embargo, encontramos que, por otra parte, la práctica de compartir el turulo ha sido frecuente entre las personas que participaron en la encuesta (Tabla 17), independientemente de la sustancia empleada y de si eran hombres o mujeres. De hecho, el porcentaje de personas que compartieron el turulo con baja frecuencia (nunca o casi nunca) apenas superó el 30% para cada sustancia (Gráfico 4).

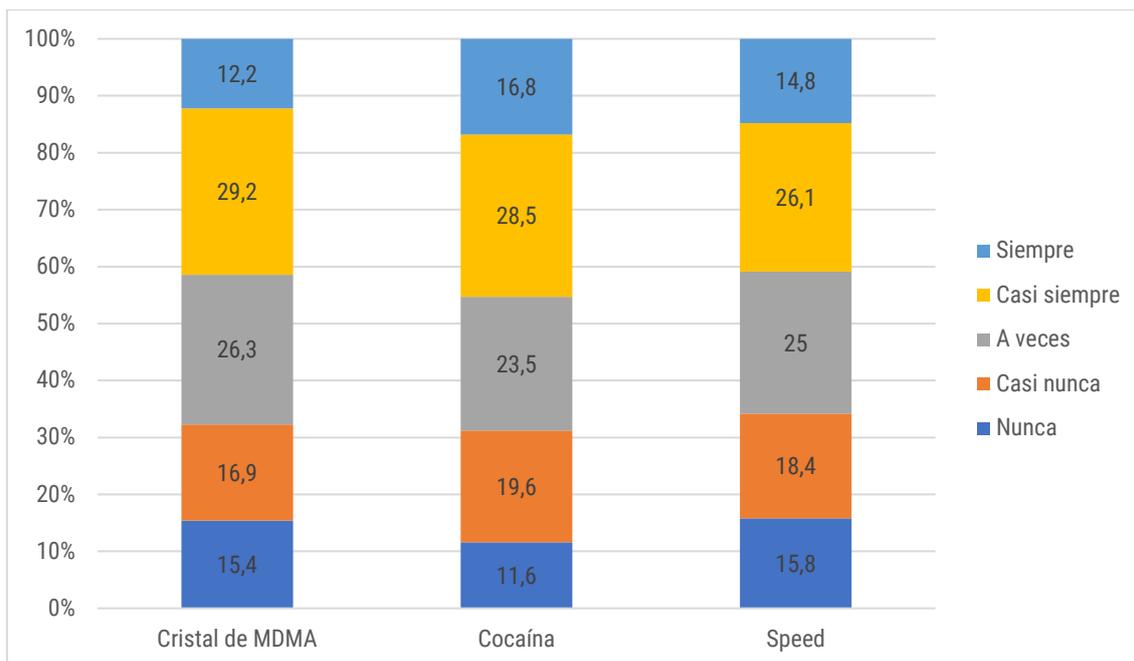
³³ $\chi^2 = 5,328$, $p = ,021$

³⁴ $\chi^2 = 5,297$, $p = ,021$

³⁵ $\chi^2 = 8,836$, $p = ,003$

³⁶ $\chi^2 = 5,010$, $p = ,025$

³⁷ Incluye las categorías “a veces”, “casi siempre”, “siempre”.

Gráfico 4. Frecuencia con la que se comparte el turulo, según sustancia.

En la parte cualitativa del estudio se preguntó por la descripción de los momentos en que se esnifaban sustancias y por las diferentes preparaciones según la forma de consumo. Pulverizar bien la sustancia fue la medida más referida por las personas que participaron.

“Una de las cosas que intento, no siempre, es tenerlo todo bien picado... ¡Si te metes un pedrolo, te sangra la nariz, fijo! Además, busco que sea una superficie plana para barrerlo bien, que no se caiga...” (Entrevista 21, 27 años, Sevilla)

Se establece además una relación directa con evitar las heridas y el sangrado de nariz durante o posterior al consumo.

Pese a esto, no en todos los espacios donde se consume por vía esnifada existe la misma disponibilidad para poder machacar bien la sustancia. En consecuencia, las personas que han participado en el estudio señalaron dos estrategias para gestionar esta situación.

Por un lado, llevan las sustancias pulverizadas al espacio donde las consumirán.

“Estás en medio de la pista, no quieres ir al baño... y usas una esquina para meterte algo... ¡Obviamente! lo llevamos muy picado de casa ¡Es más sencillo coger y hacer eso en vez de pintar!” (Entrevista 15, 29 años, Madrid)

Y, como ya se esboza en esta misma cita, otro recurso para poder pulverizar bien las sustancias en espacios donde se tienen que ocultar, es ir al baño de los locales o espacios concretos.

"[...] pues entro un momento al baño con un colega, salgo y nadie sabe nada." (Entrevista 3, 22 años, Barcelona)

En cuanto a la alternancia de fosas nasales para esnifar, en los resultados del estudio cualitativo apenas apareció esta práctica. En cambio, el lavado de las fosas nasales una vez terminada la sesión de consumo aparece con más frecuencia que el cambio de fosas. El uso de esta medida se percibe también vinculado a la disminución de las heridas, del posible sangrado e irritación de mucosas nasales.

"Sí, yo también tengo que es como un spray que, por lo menos, lo que hace es bajarte la inflamación y dejarte ahí... o sea, he probado dos tipos de spray, uno que te limpia, ya te digo, este que te mete como el sifón este por la nariz, y otro que lo que hace es bajarte el nivel de inflamación de las mucosas. Y eso por lo menos sí que te descongestiona más, porque puedes tenerlo limpio, pero claro, si te has metido mucha caña por la noche, eso lo vas a tener jodido por dentro." (Grupo de discusión 1, Mixto, Barcelona)

Aunque tampoco se hace de forma habitual y rutinaria.

"Pues si me acuerdo, me lavo la nariz con suero, si no, no." (Entrevista 2, 24 años, Barcelona)

"No más allá de que cuando puedo, me lavo la nariz con suero fisiológico. En caso de que no hay, trato de hacerlo con agua del grifo." (Entrevista 11, 29 años, Madrid)

En cuanto a la superficie, no se menciona mucho el hecho de lavarla antes de preparar las rayas en ella. Si bien hay personas que lo tienen en cuenta, apareció mayoritariamente el uso de determinados objetos en función de los espacios donde se consumen.

En el caso de ser en discotecas, locales de ocio o festivales, salió con mayor frecuencia el uso de los móviles como base para preparar las rayas.

"Cuando salgo de fiesta, lo suelo hacer en el móvil de manera mayoritaria." (Entrevista 10, 23 años, Madrid)

Si la fiesta se desarrolla en casas particulares, se usan superficies especialmente reservadas para ese uso.

"Cuando ha sido en alguna casa, lo típico en algún plato o en cualquier cosa así, tranquilamente. Y alguna vez que ha sido fuera de casa, normalmente siempre ha sido en el móvil y aprovecho ahora que siempre llevamos el típico gel desinfectante y demás, limpio un poquito el móvil antes de... para que no esté asqueroso [...]" (Entrevista 7, 37 años, Barcelona)

En este sentido, existen ciertas preferencias y pautas incorporadas a la hora de utilizar un objeto u otro como base para esnifar.

“Si estoy en mi casa tengo una placa, una placa metálica de un reactor farmacéutico, son muestras... claro, es acero pulido, entonces es puta madre, es producto farmacéutico, no se queda nada pegado ni nada, es perfecto. Si no, en un plato de cerámica en casa de alguien.” (Entrevista 5, 38 años, Barcelona)

El uso individual y compartido del rulo presenta una cierta complejidad. En primer lugar, los objetos usados son diferentes y variados, yendo desde la improvisación con post-its (Entrevista 2, 24 años, Barcelona), pajitas de beber recortadas (Grupo de discusión 4, Mixto, Madrid), tickets (Entrevista 13, 41 años, Madrid), billetes (Entrevista 20, 39 años, Mallorca), material específico de reducción de riesgos para hacer rulos (Grupo de discusión 1, Mixto Barcelona y Grupo de discusión 5, Mixto, Mallorca) hasta turulos de metal, madera u otro material. *“[...] un rulo que tengo especial que... bueno, voy cambiando, que tengo una pajita muy dura que tengo y voy limpiando...” (Grupo de discusión 2, mixto, Barcelona)*

El uso del billete como turulo es percibido como una opción a evitar, generando sensaciones de asco y poca higiene incluso entre quienes sí lo utilizan.

“Pues yo soy de billete, aunque sé que no debería, pero me gusta. Sé que no es muy higiénico probablemente, que no es la mejor opción, pero no sé...” (Entrevista 20, 39 años, Mallorca)

“Yo nunca con billete... ¡Eso es una cerdada!” (Grupo de discusión 4, Mixto, Madrid)

En cuanto al hecho de compartirlo, se han expresado de forma general tres tipos de pautas: no compartirlo con nadie, compartirlo solo entre grupos de iguales asiduos o amistades de confianza, y usarlo por parte de todas las personas con las que se está esnifando, siendo esta última opción la minoritaria.

“¡Sí! O sea, mi rulo nunca lo comparto. De hecho, tengo uno mío personal y el mío no, no lo comparto con nadie.” (Entrevista 10, 23 años, Madrid)

“Sí, en general, si... yo suelo tener, pero si es con gente de confianza sí, como siempre es gente más o menos cercana, pues sí. Un desconocido que te invita sí que lo he hecho alguna vez, pero no compartiendo el rulo.” (Entrevista 7, 37 años, Barcelona)

“Pues sí, básicamente es porque comparto el rulo, no lo miro mucho eso, la verdad no es algo que pienso mucho, entonces, si se comparte el rulo no me supone un problema. Hay gente que tiene su rulo y se lo guarda él y es para él y no... pero yo la verdad que es algo que no me lo planteo, y seguramente es algo que sería lo más arriesgado [...]” (Entrevista 20, 39 años, Mallorca)

Otra forma de esnifar es mediante tarjetas o una llave, cogiendo la droga directamente desde el envoltorio donde se guarde. Como se ha comentado con anterioridad en este trabajo, esta práctica suele llevar asociado que las personas que la practican lleven la sustancia previamente picada antes de consumirla en los espacios de ocio.

“Claro, y luego lo llevas ahí en la bolsita y te haces tu llave de M bien machacado, con el bordillo del mechero así [se da golpes en la palma de la mano].” (Grupo de discusión 2, Mixto, Barcelona)

Asimismo, este método de esnifar es para algunas personas una forma eficaz de gestionar las cantidades.

“Pues por lo general, o sea, no es que tenga ninguna manera de consumir. No es que mida la talla de lo que me pinto... pero sí uso la tarjeta como medida. Más o menos, lo que entre en la esquina de esta.” (Entrevista 9, 24 años, Madrid)

“Sí, por ejemplo, suelo tratar de que las líneas no sean muy, muy gordas. Para eso, suelo fijarme en la tarjeta, que no sea más grande que la mitad de esta. Pero, como te decía antes, según pasa la noche esto se nos olvida.” (Entrevista 26, 34 años, Sevilla)

Calcular las cantidades adecuadas en las rayas es un proceso que se va aprendiendo mediante la experiencia propia y colectiva, ya sea mediante la búsqueda activa de información o por la experimentación de efectos tanto buscados como evitados.

“Esto es una cuestión de transiciones, sabes lo que te digo, pero digamos que yo, por ejemplo, pues no sé una rayita pequeña, pues para mí es una cosita, así que voy a tener tres centímetros, cuatro centímetros, una cosa así infinita, no me gusta, prefiero cuando tomo prefiero menos cantidad más veces que más cantidad de una sola vez.” (Entrevista 13, 41 años, Madrid)

Además, se van generando conocimientos y saberes diferentes según los tipos de consumo o sustancias determinadas.

“Yo creo que esto, la rapidez y en sustancias que la dosis es muy crítica, como la ketamina, un feedback mucho más directo de lo

que te has metido. O sea, si te tomas ketamina ingerida y te pasas con la dosis, en 45 minutos vas a ser un zombi, esnifando puedes calibrar mucho más la dosis que tú quieres con la ketamina, que es muy importante. A la ketamina sí que le veo mucho sentido a la vía esnifada, más que la oral, a no ser que tengas una báscula de precisión y ya sepas lo que te quieres meter y tal, pero normalmente en un ambiente festivo no vas tan preparado, entonces, te haces una raya pequeña y si te quedas corto un poquito más “ah, vale, vale, así” y ahí tienes garantías de que no te vas a quedar hecho un descuajaringue.” (Grupo de discusión 1, Mixto, Barcelona)

En el momento de preguntar sobre qué les gustaba de la práctica de esnifar, algunas de las personas señalaron que además de la intensidad y rapidez de los efectos, encontraban ciertos placeres en el momento y en la práctica de compartir. En este sentido, se le da valor al componente social y colectivo del momento, como uno de los aspectos placenteros de esnifar.

“[...] del tema de esnifar, que creo que es también algo... yo, por ejemplo, en baños, a mí no me gusta hacerlo, pero que hay un componente social que es el estar juntos, alguien prepara las rayas, alguien pone la droga... hay como ese componente social que hace que se creen unas dinámicas de grupo de estar de fiesta, de compartir, tal, que yo creo que hace que cuando estás con gente tengas más tendencia a esnifar. Yo, por ejemplo, alguna vez que he consumido speed, como he dicho, por la mañana, muy pocas veces, pero por la mañana que no he dormido, la he esnifado por inercia, pero perfectamente la podría tomar oral y creo que sería mejor, porque oral dura más, tiene menos pico, pero es más... para una jornada de 8 horas es mejor. Entonces es esto, yo creo que el componente social de compartir, de regalar, todo esto es como... el que se hace el porro, no, también hay un componente social ahí y yo creo que esto propicia que se esnife.” (Grupo de discusión 1, Mixto, Barcelona)

En este momento no solo se comparten las sustancias sino también la subida, la gestión y experimentación de los efectos positivos, etcétera.

“Claro, una buena experiencia... igual es una pregunta buena, por qué igual no es nada más que estar con tu grupo de amigas o amigos, que haces el momento de hacerte la raya, lo que te decía del ritual este “ja, ja, ju, ju” y a lo mejor esto es lo mejor, por qué después sí que es cierto que vas tomándote la droga y va subiendo, el cuerpo va cogiendo esta química y va haciendo ahí un tal... y la

*única sensación buena que tengo esnifando droga, así...”
(Entrevista 18, 34 años, Mallorca)*

Algunas de las personas llegaron a usar la palabra “ritual” para describir el conjunto de prácticas para preparar la sustancia y consumirla. Desde un análisis antropológico, si bien no se puede considerar como un ritual propiamente al no cumplir con la estructura clásica de estos, los comportamientos sí que se asemejan a una conducta ritualizada en tanto se repiten los mismos actos usando los mismos elementos o aquellos que tengan las mismas características. Estas conductas ritualizadas, además, se asocian a resultados percibidos como positivos.

“Pues claro, todo, o sea, desde el momento en que vamos a esnifar todos, que es como un ritual, no, hasta pues, el momento de subidón que estás como flotando, son risas todo, nos reímos todos, o sea, todos de todos... luego está el bajón que es como “buah, justamente ahora me acaba de bajar, sabes”, no sé, es muy divertido, es muy guay.” (Entrevista 4, 25 años, Barcelona)

El grupo de iguales tiene un papel constante y fundamental en la construcción de las prácticas y saberes que se van generando a medida que se va adquiriendo más experiencia en el consumo. Se introducen y repiten prácticas que han producido los efectos positivos esperados, minimizado los no deseados.

Desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños resulta interesante tener en cuenta el significado socialmente compartido del momento de esnifar, pues conociendo los placeres deseados, los medios usados y los riesgos específicos que aparecen, se abre un espacio para repensar los mensajes y adaptarlos a las realidades complejas que son los consumos de sustancias de forma recreativa. En este sentido, los grupos de iguales se pueden considerar destinatarios de las intervenciones, haciendo promoción de estrategias de reducción de riesgos contextualizadas y situadas.

*“Yo, pues a partir de gente con... yo, empecé a esnifar este verano por primera vez, bueno, había probado la cocaína hace años, pero una vez y fue como “nunca más...” Y entonces empecé a esnifar este año, y claro, yo no sabía ni hacer rayas ni nada, y entonces siempre miraba a... una amiga con la que siempre iba a hacer las rayitas y tal, y aprendiendo de ella, no, ella siempre veía las cantidades... [...] Y aprendiendo a ojo... según el ojo suyo pues he hecho mi ojo.”
(Grupo de discusión 2, Mixto, Barcelona)*

Aproximación cuantitativa al consumo de tusibí

En los últimos años, el denominado “tusibí”, “tusi” o, como la denominan los medios y los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, “cocaína rosa”, parece haber ganado una cierta popularidad. En Colombia, tras una tímida introducción de la 2C-B (4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina) en torno a 2010 en los ambientes de fiesta de gente acomodada del país, pronto se buscó marcar la diferencia con un producto propio añadiéndole un colorante alimentario que hiciera que la experiencia del esnifado fuera menos desagradable y dolorosa. En 2012, la revista *Semana* (Colombia) se hacía eco de la extensión del consumo de este producto e, incluso, señalaba a Alejo Tusibí quien, según parece, era poseedor de la fórmula secreta del tusibí³⁸.

Sin embargo, a pesar de que la policía colombiana y los medios de comunicación rápidamente asociaron el tusibí a la 2C-B, cuando no la bautizaron como “cocaína rosada”, algunos primeros informes parecían ya indicar que no se trataba de cocaína ni de 2C-B. El proyecto colombiano de reducción de riesgos y daños Échele Cabeza de la Corporación Acción Técnica y Social informó unos años después de que lo que venía siendo comercializado como 2C-B era, en realidad, una combinación de diferentes sustancias como ketamina, anfetamina y MDMA, posiblemente en un intento de cubrir una demanda de 2C-B para la que no existía suficiente abastecimiento (Échele Cabeza, 2018). Según el proyecto antes citado, aunque en unos inicios se trataba de 2C-B, al reducirse su disponibilidad, “*el mercado del narcotráfico se ajustó, preparó, falsificó una sustancia que la gente estaba demandando solo porque era la droga de ‘modelos, reinas, actores y políticos’*”. Lo que quedaba claro, en cualquier caso, es que ya se había creado un nuevo producto, distinto

³⁸ “La droga 2CB, la ‘traba’ de élite” (*Semana*, 26/10/2012). Disponible en línea en <https://www.semana.com/nacion/articulo/la-droga-2cb-la-traba-de-elite/267008/>.

al resto y ensalzado por los medios de comunicación como “novedoso”, pero también “exclusivo” al referirse a él como una sustancia consumida por las “élites”. Desde entonces, el consumo ha ido ganando una cierta popularidad, no solo en Colombia, sino también en otros países latinoamericanos (Ford, 2022).

En España, las primeras noticias sobre el tusibí arrancaron con una nota de prensa de la Policía Nacional, en junio de 2016, en la que se informaba de la detención de nueve personas en Madrid que se dedicaban a producir y distribuir tusibí, *“una novedosa droga sintética conocida también como la ‘droga de la élite’”*³⁹. Tres años más tarde, el 12 de abril de 2019, la Guardia Civil informaba de la detención de *“20 personas pertenecientes a una organización delictiva dedicada a la venta y distribución de cocaína y tusibí conocida como «Pantera Rosa»”* y de la incautación de *“1,5 kilos de tusibí”* que definían como *“una droga química especialmente peligrosa dado que sus componentes pueden provocar graves secuelas si se consume de forma continuada en un breve periodo de tiempo”*⁴⁰. En el tiempo transcurrido entre ambas notas de prensa policiales, aparecieron varias noticias en los medios de comunicación. En ellas, como ya se podía ver en la primera nota de prensa de la Policía Nacional, se afirmaba que el tusibí era, en realidad, 2C-B, y que se la conocía por diferentes nombres como “cocaína rosa”, “tusibí” o “Pantera Rosa”. Además, también se narraba como su consumo se vinculaba con la “alta sociedad” siendo, por tanto, una “droga de la élite”. En ninguna de las noticias se hacía referencia a análisis realizados a los decomisos que demostraran dicha composición. A partir de ese momento, la mayoría de las notas de prensa policiales, como gran parte de las noticias sobre el tusibí, han seguido alimentando la idea de que se trataba de 2C-B.

Aparte de las noticias sensacionalistas en los medios de comunicación y las notas de prensa de los CFSE, poco sabemos sobre el consumo de tusibí en España. La última encuesta EDADES del Ministerio de Sanidad (OEDA, 2021), en población general con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, la incluyó dentro del grupo de las nuevas sustancias psicoactivas (NPS). En concreto, este trabajo preguntaba a las personas participantes si habían consumido alguna vez en su vida “cocaína rosa (2CB, Nexus, Pantera Rosa)”. Las prevalencias encontradas fueron realmente bajas: tan solo el 0,3% reconoció haberla consumido, aunque su consumo parecía concentrarse entre los grupos de edad más jóvenes (0,8% en el grupo de 25-34 años) y más entre los

³⁹ Policía Nacional (2016). *La Policía Nacional dismantela dos laboratorios clandestinos donde elaboraban tusibí y adulteraban cocaína*. Disponible en línea en https://www.policia.es/_es/comunicacion_prensa_detalle.php?ID=5598

⁴⁰ Guardia Civil (2019). *La Guardia Civil detiene a 20 personas pertenecientes a una organización delictiva dedicada a la venta y distribución de cocaína y tusibí conocida como “Pantera Rosa”*. Disponible en línea en <https://www.guardiacivil.es/es/prensa/noticias/6961.html>.

hombres que en las mujeres (en este mismo grupo, 1,1% de los hombres y 0,5% de las mujeres). Sin embargo, estos datos deben tomarse con cautela ya que, al preguntarse de esta manera, en las respuestas se están incluyendo tanto a las personas que tomaron 2C-B como a las que tomaron “cocaína rosa”. Pero podría ocurrir que las personas que tomaron “tusibí”, que es el nombre más habitual con el que se conoce a este producto, ni siquiera contestaran al no aparecer mencionado en la pregunta.

A pesar de toda la información existente, a día de hoy sigue habiendo gran confusión relacionada tanto con la composición de la sustancia como con los efectos percibidos como podemos ver en la siguiente verbalización.

“El tusibí también lo consumo por vía esnifada. Tengo una relación odio con el tusibí, porque en mi país cuando lo consumía la sensación era increíble... pero aquí la verdad es que no me gusta nada... Yo me pregunto... ¿con qué mierda está trabajado esto, para que no me guste y allí sí?

- pregunta. Menos mal que cuando esto me pasa, viene San Speed y me rescata- comenta generando risas en sus compis”. (Grupo de discusión 3, Mixto, Madrid)

Desde el programa Energy Control, se ha tratado de arrojar luz sobre el fenómeno del tusibí a través de dos vías:

De una parte, publicando los resultados de análisis de muestras de tusibí recibidas en sus servicios de análisis que muestran que la composición básica de este producto es ketamina mezclada con MDMA y, en ocasiones, una tercera sustancia que suele ser cafeína. La presencia de 2C-B es muy minoritaria y la de cocaína, prácticamente inexistente.

Por otro lado, se decidió incluir en el OEC2022 un bloque de cuestiones específicamente dirigidas a conocer mejor este tipo de consumos, qué sustancia o sustancias creen que lleva las personas que lo consumen, cómo la obtienen y si han experimentado problemas graves por su consumo (atención sanitaria por algún problema físico o mental y/o indicios de consumo problemático). Para este último aspecto se incluyó, a modo de prueba y con el fin de analizar descriptivamente de manera separada cada uno de sus ítems, la escala *Severity of Dependence Scale (SDS)*⁴¹.

⁴¹ La SDS mide los componentes psicológicos de la adicción (Gossop et al., 1995) y, desde su creación, ha sido ampliamente utilizada en contextos clínicos y de investigación debido a sus buenas propiedades psicométricas y su brevedad (Fernández-Calderón, Vidal y López, 2016). Las preguntas utilizadas en la encuesta online fueron las correspondientes a la versión española de González et al. (2008). Aunque la escala no ha sido validada para el consumo de tusibí, se incluyó para analizar de manera descriptiva los diferentes componentes evaluados por la escala.

De las 1412 personas que participaron en la encuesta, 285 (20,2%) afirmaron haber consumido tusibí en alguna ocasión en los doce meses previos a su realización, sin que hubiera diferencias significativas entre hombres y mujeres en las respuestas obtenidas (19,0% de hombres y 21,9% de mujeres). De ellas, el 56,3% lo había probado por primera vez en el último año, más las mujeres que los hombres (50,9% de hombres y 63,6% de mujeres, $p = ,033$). Para ambos grupos, la edad media con la que se iniciaron en el consumo fue de 24 años (Tabla 18).

Según los datos obtenidos podemos decir que el consumo de tusibí es algo muy esporádico para la población antes citada, ya que el 76,8% afirmó haberlo consumido solo entre 1 y 5 días en el último año. Por otro lado, la manera más frecuente de consumo por parte de aquellas personas que lo consumieron fue por vía esnifada en puntitas con una llave o similar (67,0%) o en rayas, especialmente más entre mujeres (51,9% de hombres y 64,5% de mujeres, $p = ,034$) (Tabla 19).

Tabla 18. Edades de inicio y frecuencia de consumo de tusibí.

	Hombres (n = 162)	Mujeres (n = 121)	Total (n = 285)
Edad media de inicio	24,62	24,06	24,36
Días de consumo en los últimos 12 meses			
1-5 días	124 (76,5%)	94 (77,7%)	219 (76,8%)
6-10 días	16 (9,9%)	14 (11,6%)	30 (10,5%)
11-20 días	11 (6,8%)	9 (7,4%)	20 (7,0%)
21-50 días	5 (3,1%)	2 (1,7%)	8 (2,8%)
51-80 días	5 (3,1%)	1 (0,8%)	6 (2,1%)
81-100 días	1 (0,6%)	1 (0,8%)	2 (0,7%)

Con respecto a los lugares donde lo habían consumido, destacan las discotecas (51,6%) y las raves (42,5%) por encima de otro tipo de posibilidades. Las mujeres afirmaron consumir en casas de colegas (23,5% de hombres y 41,3% de mujeres, $p = ,001$) más que los hombres, mientras que estos afirmaron más que ellas haber consumido tusibí en la calle (25,9% de hombres y 15,7% de mujeres, $p = ,039$).

Por otro lado, la gran mayoría respondió haberlo consumido con sus amistades (94,4%). En el caso de las mujeres, estas afirmaron más que los hombres haber consumido tusibí con sus parejas (17,3% de hombres y 28,9% de mujeres, $p = ,020$).

Tabla 19. Vías de administración y elementos contextuales del consumo de tusibí.

	Hombres (n = 162)	Mujeres (n = 121)		Total (n = 285)
Formas de consumo				
Esnifándolo en rayas	84 (51,9%)	78 (64,5%)	⁴²	164 (57,5%)
Esnifándolo en puntitas (con una llave o similar)	113 (69,8%)	76 (62,8%)		191 (67,0%)
Diluyéndolo en una bebida no alcohólica	6 (3,7%)	4 (3,3%)		11 (3,9%)
Diluyéndolo en una bebida alcohólica	6 (3,7%)	8 (6,6%)		15 (5,3%)
En bombitas o cápsulas	13 (8,0%)	8 (6,6%)		22 (7,7%)
Chupando con el dedo	12 (7,4%)	23 (19,0%)		36 (12,6%)
Lugares de consumo				
En casa	41 (25,3%)	31 (25,6%)		73 (25,6%)
En bares	25 (15,4%)	12 (9,9%)		37 (13,0%)
En pubs	23 (14,2%)	25 (20,7%)		48 (16,8%)
En raves	63 (38,9%)	56 (46,3%)		121 (42,5%)
En festivales	55 (34,0%)	36 (29,8%)		92 (32,3%)
En discotecas	85 (52,5%)	60 (49,6%)		147 (51,6%)
En casas de colegas	38 (23,5%)	50 (41,3%)	⁴³	89 (31,2%)
En la calle	42 (25,9%)	19 (15,7%)	⁴⁴	62 (21,8%)
Compañía durante el consumo				
Con amistades	156 (96,3%)	111 (91,7%)		269 (94,4%)
Con mi/s pareja/s	28 (17,3%)	35 (28,9%)	⁴⁵	64 (22,5%)
A solas	8 (4,9%)	4 (3,3%)		13 (4,6%)
Con personas desconocidas	24 (14,8%)	24 (19,8%)		48 (16,8%)
Con la persona que me lo pasa	9 (5,6%)	10 (8,3%)		20 (7,0%)
Actividades durante el consumo				
Salir de fiesta	139 (85,8%)	100 (82,6%)		241 (84,6%)
Estar en casa (propia o ajena)	42 (25,9%)	40 (33,1%)		83 (29,1%)
Escuchar música	64 (39,5%)	52 (43,0%)		117 (41,1%)
Pasear	12 (7,4%)	6 (5,0%)		19 (6,7%)
Mantener relaciones sexuales	17 (10,5%)	13 (10,7%)		31 (10,9%)
Mantener relaciones sexuales en un contexto de chemsex	7 (4,3%)	1 (0,8%)		8 (2,8%)

Finalmente, la actividad principal que realizaban durante el consumo de tusibí era estar de fiesta (84,6%) seguida, de lejos, por escuchar música (41,1%) o estar en casa, propia o ajena (29,1%). De los datos conseguidos resulta relevante mostrar cómo un 10% de las personas encuestadas afirmó mantener relaciones sexuales mientras consumía tusibí, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (Tabla 19).

⁴² $\chi^2=4,501$, $p=,034$

⁴³ $\chi^2=10,318$, $p=,001$

⁴⁴ $\chi^2=4,282$, $p=,039$

⁴⁵ $\chi^2=5,424$, $p=0,020$

Tabla 20. Policonsumo, sustancias que se cree lleva el tusibí y necesidad de atención médica.

	Hombres (n = 162)	Mujeres (n = 121)	Total (n = 285)
Frecuencia de combinación con otras drogas			
Siempre que lo he consumido	103 (63,6%)	78 (64,5%)	183 (64,2%)
Casi siempre que lo he consumido	18 (11,1%)	19 (15,7%)	37 (13,0%)
La mitad de las veces que lo he consumido	17 (10,5%)	7 (5,8%)	24 (8,4%)
Casi nunca	6 (3,7%)	7 (5,8%)	13 (4,6%)
Nunca	18 (11,1%)	10 (8,3%)	28 (9,8%)
Sustancias con las que se combinó más habitualmente⁴⁶			
Alcohol	124 (86,1%)	87 (78,4%)	213 (82,9%)
Cannabis	63 (43,8%)	45 (40,5%)	110 (42,8%)
Cocaína	47 (32,6%)	39 (35,1%)	87 (33,9%)
MDMA	82 (56,9%)	62 (55,9%)	146 (56,8%)
Speed	41 (28,5%)	44 (39,6%)	85 (33,1%)
Ketamina	33 (22,9%)	32 (28,8%)	66 (25,7%)
Setas alucinógenas	2 (1,4%)	--	2 (0,8%)
LSD	5 (3,5%)	4 (3,6%)	9 (3,5%)
Análogos de la LSD	--	--	--
Benzodiazepinas (sin receta)	2 (1,4%)	1 (0,9%)	3 (1,2%)
Benzodiazepinas (con receta)	1 (0,7%)	2 (1,8%)	3 (1,2%)
Cocaína base	1 (0,7%)	--	1 (0,4%)
Heroína	--	--	--
Opio	--	--	--
Metanfetamina	2 (1,4%)	1 (0,9%)	3 (1,2%)
GHB/GBL	8 (5,6%)	2 (1,8%)	11 (4,3%)
DMT	--	--	--
2C-B	8 (5,6%)	5 (4,5%)	13 (5,1%)
Mefedrona (4-MMC)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	2 (0,8%)
3-MMC, 3-CMC o 4-CMC	2 (1,4%)	--	2 (0,8%)
Popper	27 (18,8%)	34 (30,6%)	62 (24,1%)
Óxido nítrico	4 (2,8%)	4 (3,6%)	9 (3,5%)
Cloretilo	11 (7,6%)	9 (8,1%)	21 (8,2%)
Cannabinoides sintéticos	--	1 (0,9%)	1 (0,4%)
Sustancias que piensa lleva el tusibí			
Cocaína	54 (33,3%)	47 (38,8%)	103 (36,1%)
MDMA	117 (72,2%)	75 (62,0%)	194 (68,1%)
Ketamina	111 (68,5%)	80 (66,1%)	192 (67,4%)
Speed	20 (12,3%)	22 (18,2%)	42 (14,7%)
2C-B	68 (42,0%)	50 (41,3%)	119 (41,8%)
Cafeína	54 (33,3%)	33 (27,3%)	87 (30,5%)
LSD	46 (28,4%)	39 (32,2%)	86 (30,2%)
Tusibí	28 (17,3%)	20 (16,5%)	49 (17,2%)
No tengo ni idea	11 (6,8%)	12 (9,9%)	23 (8,1%)
Ha recibido atención médica por algún problema físico o psicológico debido a que había consumido tusibí			
Sí, en el último año	--	2 (1,7%)	2 (0,7%)

⁴⁶ Solo entre personas que afirmaron haber mezclado el tusibí con otras sustancias: 144 hombres, 111 mujeres y 257 del total.

⁴⁷ $\chi^2=4,862$, $p=,027$

Tabla 21. Análisis descriptivo de la escala SDS entre personas que habían tomado tusibí en el último año.

	Hombres (n = 162)	Mujeres (n = 121)	Total (n = 285)
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has pensado que no podías controlar tu consumo de Tusibí?			
Nunca	144 (88,9%)	105 (86,8%)	250 (87,7%)
Algunas veces	5 (3,1%)	5 (4,1%)	11 (3,9%)
A menudo	--	1 (0,8%)	1 (0,4%)
Siempre	13 (8,0%)	10 (8,3%)	23 (8,1%)
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar "Tusibí"?			
Nunca	153 (94,4%)	115 (95,0%)	270 (94,7%)
Algunas veces	9 (5,6%)	6 (5,0%)	15 (5,3%)
A menudo	--	--	--
Siempre	--	--	--
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido preocupado/a por tu consumo de "Tusibí"?			
Nunca	147 (90,7%)	116 (95,9%)	265 (93,0%)
Algunas veces	13 (8,0%)	4 (3,3%)	17 (6,0%)
A menudo	2 (1,2%)	--	2 (0,7%)
Siempre	--	1 (0,8%)	1 (0,4%)
¿Con qué frecuencia has deseado poder dejar de consumir "Tusibí"?			
Nunca	146 (90,1%)	114 (94,2%)	261 (91,6%)
Algunas veces	10 (6,2%)	3 (2,5%)	13 (4,6%)
A menudo	2 (1,2%)	1 (0,8%)	3 (1,1%)
Siempre	4 (2,5%)	3 (2,5%)	8 (2,8%)
En ese mismo periodo, ¿hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir "tusibí"?			
Nada difícil	157 (96,9%)	120 (99,2%)	279 (97,9%)
Bastante difícil	5 (3,1%)	1 (0,8%)	6 (2,1%)
A menudo	--	--	--
Siempre	--	--	--
Puntuación SDS			
Media	5,62	5,54	5,60
DT	1,38	1,23	1,32
Distribución de las puntuaciones SDS			
5	129 (79,6%)	96 (79,3%)	225 (78,9%)
6	5 (3,1%)	7 (5,8%)	13 (4,6%)
7	4 (2,5%)	3 (2,5%)	7 (2,5%)
8	15 (9,3%)	12 (9,9%)	28 (9,8%)
9	4 (2,5%)	1 (0,8%)	5 (1,8%)
10	4 (2,5%)	--	4 (1,4%)
11	--	2 (1,7%)	2 (0,7%)
12	1 (0,6%)	--	1 (0,4%)

El 64,2% mezcló el tusibí con otras sustancias siempre que lo consumió, mientras que el 13% refirió haberlo hecho casi siempre. Las principales sustancias con las que mezclaron tusibí en un día típico de consumo en el último año fueron el alcohol (82,9%), la MDMA (56,8%), el cannabis (42,8%), la cocaína (33,9%) y speed (33,1%). De manera destacable, mayor proporción de

mujeres que de hombres afirmó haber mezclado el tusibí con *popper* (18,8% de hombres y 30,6% de mujeres, $p = ,027$).

Por otra parte, cuando se les preguntó por la sustancia o sustancias que creían llevaba el tusibí, las respuestas más señaladas fueron MDMA (68,1%) y la ketamina (67,4%). De manera destacada, un 41,8% señaló 2C-B y un 36,1% cocaína. El 17,2% señaló tusibí como sustancia y un 8,1% dijo no tener ni idea.

Finalmente, no parece que las personas que tomaron tusibí en el último año, experimentaron problemas que hubieran requerido de asistencia médica (Tabla 20).

En cuanto a las respuestas en la escala SDS (Tabla 21), en la mayoría de los ítems la respuesta mayoritaria fue nunca ya que una parte importante de las personas encuestadas se habían iniciado en este tipo de consumo en el último año. Con lo que su uso es muy infrecuente, con lo que la presencia de consumos problemáticos es minoritaria o inexistente.

Todos estos resultados nos llevan a pensar que, al menos entre las personas que participaron en la encuesta online, el uso de tusibí se inserta dentro de unos patrones ya existentes de consumo de diferentes sustancias. Aunque en la mayoría de las cuestiones abordadas no se encuentran diferencias con respecto al consumo de otras drogas, por ejemplo, en relación con la compañía o lugar de los consumos, sí es destacable el uso de las “puntitas” como método para el esnifado en lugar de las rayas. Como para el consumo de otras sustancias como MDMA, cocaína y *speed*, etc., no se preguntó por este método, desconocemos si la práctica de esnifar en puntitas es algo común vinculado al consumo de todas estas sustancias o es particular del consumo de tusibí.

Con respecto al conocimiento que tenían las personas que participaron en la encuesta sobre la composición del tusibí, debe tenerse en cuenta que puede existir un cierto sesgo en la muestra ya que cabe entender que se trata de personas en contacto con el programa Energy Control, especialmente a través de sus redes sociales y es posible que hubieran recibido antes de realizar la encuesta, información sobre su composición a través de las diferentes publicaciones que se han ido realizando en los últimos tiempos y en las que se advertía de la ketamina y la MDMA como las principales sustancias identificadas.

Visitas a urgencias y servicios sanitarios en festivales

En España, el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones recopila información relacionada con las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas⁴⁸. Según los últimos datos disponibles, en 2020, se notificaron 4.657 episodios de urgencias hospitalarias. En ellas, las sustancias más frecuentemente implicadas fueron el cannabis (44,9%) y la cocaína (39,9%). Por otra parte, existen diferentes trabajos que han analizado las urgencias relacionadas con sustancias psicoactivas a partir del análisis de casos individuales recibidos en los dispositivos de urgencias hospitalarias, de subtipos concretos de pacientes o del análisis de todas las intoxicaciones en general atendidas en urgencias (Miró et al., 2018).

A nivel europeo, el 2013 se creó el Registro Euro-DEN integrado por 16 hospitales de 10 países europeos y en el que participaron dos hospitales españoles: el Hospital Universitario de Son Espases de Palma de Mallorca y el Hospital Clínic de Barcelona. A partir de las metodologías de dicho registro, en 2016, se pone en marcha la Red de Estudio de Drogas en Urgencias Hospitalarias en España (REDUrHE) con el objetivo de crear un grupo de servicios de urgencias hospitalarias y profesionales centinelas para el registro de casos de este tipo de intoxicaciones de manera permanente, y en el que participan 11 servicios hospitalarios de urgencias de 6 Comunidades

⁴⁸ La información sobre este indicador, así como el protocolo de recogida de datos puede consultarse en la página web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>.

Autónomas (Ibrahim-Achi et al., 2021). Los trabajos de esta red han dado lugar a diferentes publicaciones que han profundizado en las características clínicas de los episodios de urgencias, el perfil de las personas atendidas y la atención recibida (Supervía et al., 2021; Burillo-Putze, Ibrahim-Ach, Martínez, et al., 2022; Burillo-Putze, Ibrahim-Ach, Galicia, et al., 2022). En general, de manera similar al indicador de urgencias del OEDA, la REDUrHE encontró que las sustancias implicadas con más frecuencia en estos episodios fueron la cocaína (47,8%) y el cannabis (44,4%), seguidas a bastante distancia de las anfetaminas (25,5%), las benzodiacepinas (8,8%) y los opiáceos (7,3%) (Ibrahim-Achi et al., 2021).

Por otra parte, existe un amplio reconocimiento de que los festivales de música son espacios de consumo de sustancias psicoactivas. En Europa, diferentes trabajos, empleando diferentes metodologías que van desde las encuestas a asistentes a estos eventos (ver, por ejemplo, Chinet et al., 2007; Hesse et al., 2010; Van Havere et al., 2011; Gjerde et al., 2019; González et al., 2020; Kender-Jeziorska, 2020; Feltman et al., 2021) al análisis de las aguas residuales de los mismos (ver, por ejemplo, Gjerde et al., 2019; Gjersing et al., 2019; Mackullak et al., 2019; Benaglia et al., 2020, Bijlsma et al., 2020; Geuens et al., 2022), han mostrado el amplio abanico de sustancias consumidas en ellos. De forma paralela, hay un creciente cuerpo de trabajo relativo a la provisión de servicios sanitarios en estos espacios y, aunque el tipo de incidencias atendidas en ellos cubre un amplio espectro, el consumo de sustancias cobra una especial relevancia debido a las posibles consecuencias médicas que se pueden derivar del consumo. Sin embargo, al menos en España y hasta dónde llega nuestro conocimiento, son pocos los trabajos que han intentado analizar las actitudes que las personas que atienden a estos contextos pueden tener con relación a dichos servicios. En Australia, Page et al. (2022) encontraron que estas personas podían identificar, al menos, una barrera para el acceso a estos servicios. Entre las más frecuentes estaban la posibilidad de tener problemas con la policía, el no saber dónde encontrar la ayuda o las dificultades para reconocer si una persona se encontraba mal. Por tanto, el análisis de estas actitudes resulta esencial para detectar barreras potenciales de acceso a los mismos.

Por todo ello, en el OEC2022 quisimos realizar una primera aproximación a la cuestión de las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, aunque de manera sencilla debido a las restricciones derivadas de la longitud de la encuesta online. En concreto, quisimos conocer el porcentaje de personas que habían necesitado una atención urgente por encontrarse mal después de haber bebido alcohol y/o haber consumido otras drogas, al igual que explorar las razones que son importantes en la decisión de acudir o no a los servicios médicos de un festival.

El 9,1% y el 6,5% de las personas participantes en la encuesta online dijeron haber tenido que acudir a urgencias por haberse encontrado mal después de beber alcohol (Gráfico 5) u otras sustancias distintas a esta (Gráfico 6), respectivamente. En el último año, el porcentaje que tuvo que acudir a urgencias fue del 1,8% y el 2,5%, respectivamente y sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, estas diferencias sí se observaron en el caso de las visitas a urgencias relacionadas con el consumo de alcohol realizadas con anterioridad (6,0% de hombres y 9,2% de mujeres, $p = ,023$).

Gráfico 5. Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido que acudir a urgencias por encontrarse mal tras haber consumido alcohol.

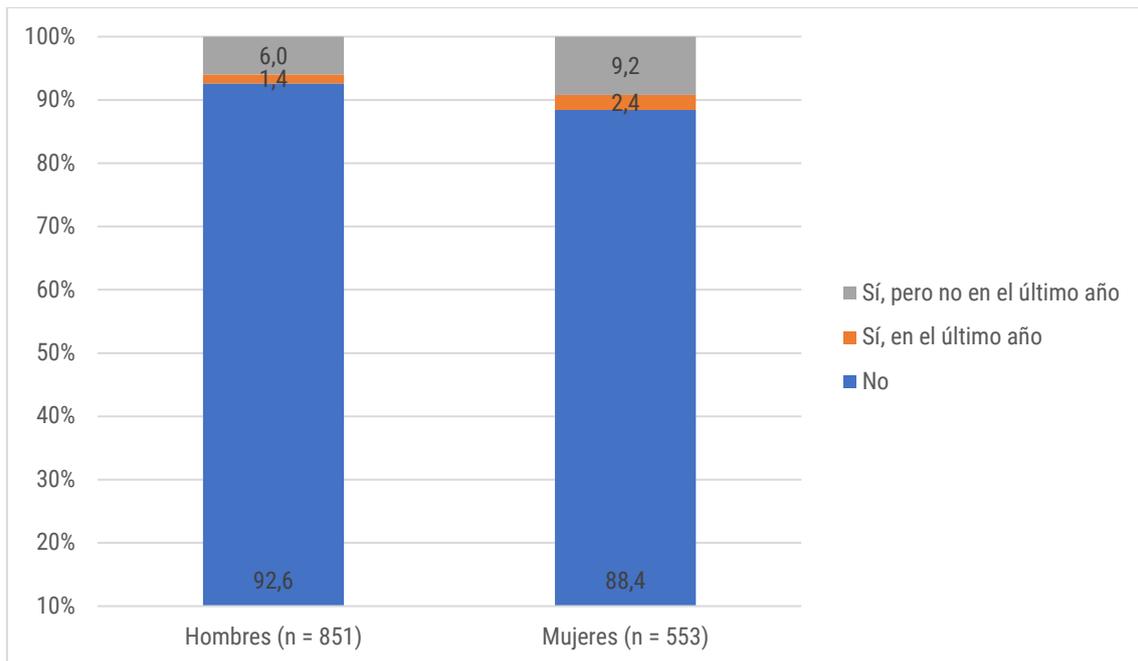
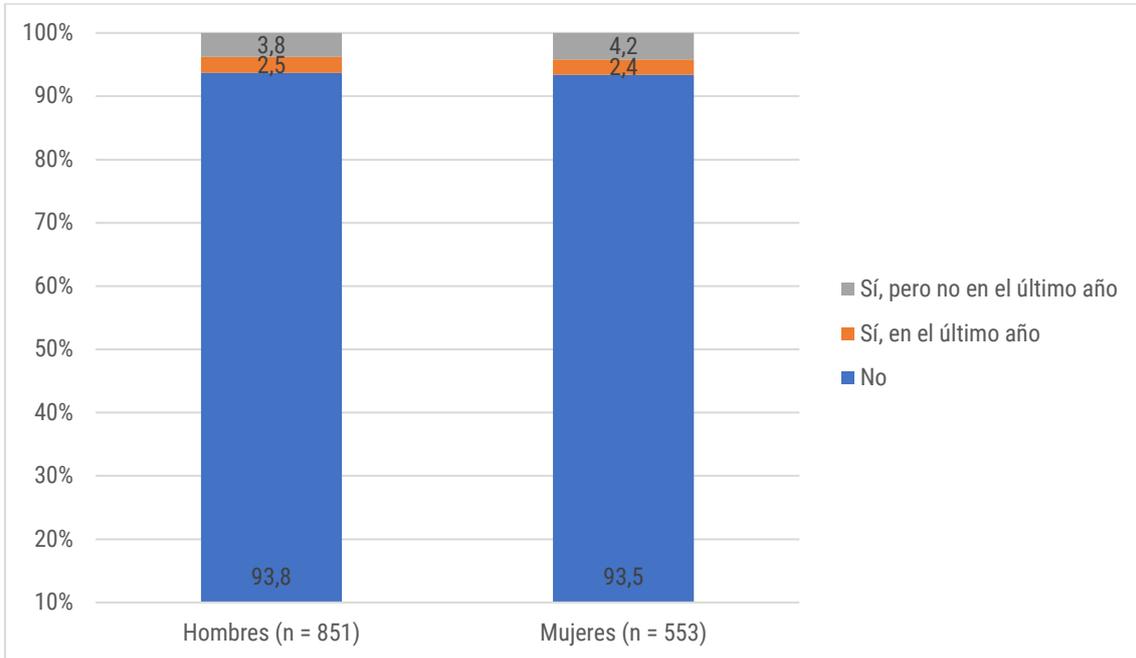


Gráfico 6. Porcentaje de hombres y mujeres que han tenido que acudir a urgencias por encontrarse mal tras haber consumido otras sustancias distintas al alcohol.



Para explorar la utilización de los servicios médicos de un festival se les preguntó si, en caso de que comenzaran a sentirse mal a consecuencia de su consumo de alcohol y/o de otras sustancias y no sabían o podían gestionar la situación, acudirían a estos servicios. Mientras que el 71,6% afirmó que sí, un 21,9% dijo no saber y solo un 6,5% que no. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Cuando se formuló la misma pregunta, pero para el caso de que fuera un amigo o amiga quien se encontraba mal, el porcentaje de personas que respondieron que sí ascendió al 88,7%, un 10,2% dijo no saber y solo un 1,1% dijo que no. Tampoco se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Debido al bajo porcentaje de personas que afirmaron no tener intención de acudir a los servicios de urgencias, no se pudo realizar el análisis de los motivos para ello.

La información como estrategia de reducción de riesgos

La cuestión de la información sobre drogas como estrategia preventiva ha recibido atención desde hace décadas. Ya en los setenta del siglo pasado se planteó que las inexactitudes en la información presentada, las tácticas basadas en el miedo que tendían a exagerar los daños o el fracaso en separar los valores o la moral de la información científica, eran serios problemas de la información sobre drogas (Sinnett, Press y Bates, 1975). Este aspecto es de crucial importancia dado que se acepta que la alfabetización en salud (*health literacy*) tiene la potencialidad de impactar sobre la salud preventiva y reducir las presiones sobre los sistemas sanitarios (Sørensen et al., 2012).

Diferentes estudios han mostrado que las personas que usan drogas recurren a diferentes fuentes de información, aunque estas no siempre proceden de organismos sanitarios o sociales (Dermota et al., 2013; Falck et al., 2014; Vidal y Guerrero, 2014; Jakub et al., 2022). De hecho, el hallazgo principal de estos es que el recurso informativo más utilizado son el grupo de iguales y, en los últimos tiempos, Internet. Por ejemplo, Falck et al. (2014), en su estudio con 304 adultos jóvenes consumidores de MDMA, encontraron que la principal fuente de información sobre la MDMA eran los amigos que, además, eran percibidos como proveedores creíbles de información de calidad. En este trabajo también aparecía Internet como una fuente importante de información para este grupo, en especial las páginas web de ciertas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

En España, Vidal y Guerrero (2014), en su estudio con 469 personas que habían consumido ketamina, encontraron que la mayoría había obtenido información sobre esta sustancia de los amigos, especialmente las mujeres, o de la consulta

a páginas web sobre drogas. En este mismo trabajo, algo más de la mitad refirió consultar información sobre la sustancia antes citada en libros o en foros y una parte importante, más de la mitad, comentó informarse a través de la persona que le vendía esta droga. En general, el uso de las fuentes de información era muy variable, de igual manera que el grado de credibilidad atribuido a cada una de ellas. Siguiendo esta lógica, las fuentes de información más creíbles fueron las páginas web, los libros y el grupo de iguales, mientras que las menos fueron los profesionales del ámbito de las drogas, los de la salud y los medios de comunicación. Un hallazgo especialmente relevante fue que la credibilidad concedida a la persona que les vendía la sustancia era superior a la otorgada a estos profesionales.

Por lo anteriormente comentado, desde el OEC2022 quisimos acercarnos a esta cuestión para conocer el grado en que las personas participantes en el estudio se consideraban a sí mismas informadas sobre varias sustancias que habían consumido en el último año: alcohol, cannabis, cocaína, MDMA, *speed*, *popper*, ketamina, setas alucinógenas, 2C-B y tusibí. También pretendimos saber, de entre diferentes fuentes de información predefinidas ya empleadas anteriormente en el estudio con personas que habían consumido ketamina (Vidal y Guerrero, 2014), cuáles habían utilizado para instruirse sobre características de las sustancias, precios, efectos, riesgos, etc., en el último año, así como la credibilidad que le otorgaban (en una escala del 1 al 5) a cada una de ellas. Las fuentes de información sobre drogas por las que se preguntó fueron el grupo de iguales, las páginas web de ONGs, las de Administraciones Públicas, los foros especializados en Internet, los profesionales del ámbito de las adicciones, los sanitarios, libros y/o revistas especializadas, los medios de comunicación y la persona que les vendía las sustancias.

Tabla 22. Grado de información percibido sobre sustancias entre quienes habían consumido cada una en los últimos doce meses.

	Hombres	Mujeres		Total
Alcohol				
Muy informado/a	465 (58,0%)	301 (56,9%)		771 (57,6%)
Medianamente informado/a	304 (37,9%)	202 (38,2%)		507 (37,9%)
Poco informado/a	32 (4,0%)	25 (4,7%)		58 (4,3%)
Nada informado/a	1 (0,1%)	1 (0,2%)		2 (0,1%)
Cannabis				
Muy informado/a	509 (69,2%)	222 (50,6%)	p = ,000	735 (62,2%)
Medianamente informado/a	207 (28,1%)	181 (41,2%)	p = ,000	391 (33,1%)
Poco informado/a	17 (2,3%)	36 (8,2%)	p = ,000	53 (4,5%)
Nada informado/a	3 (0,4%)	--		3 (0,3%)
Cocaína				
Muy informado/a	157 (34,9%)	64 (22,8%)	p = ,002	222 (30,2%)
Medianamente informado/a	218 (48,4%)	142 (50,5%)		362 (49,3%)
Poco informado/a	69 (15,3%)	70 (24,9%)	p = ,004	140 (19,0%)
Nada informado/a	6 (1,3%)	5 (1,8%)		11 (1,5%)
MDMA				
Muy informado/a	279 (42,0%)	140 (29,9%)	p = ,000	422 (37,1%)
Medianamente informado/a	294 (44,3%)	242 (51,7%)	p = ,041	537 (47,2%)
Poco informado/a	83 (12,5%)	79 (16,9%)		163 (14,3%)
Nada informado/a	8 (1,2%)	7 (1,5%)		16 (1,4%)
Speed				
Muy informado/a	120 (31,5%)	74 (26,1%)		195 (29,1%)
Medianamente informado/a	156 (40,9%)	116 (41,0%)		274 (41,0%)
Poco informado/a	93 (24,4%)	79 (27,9%)		173 (25,9%)
Nada informado/a	12 (3,1%)	14 (4,9%)		27 (4,0%)
Popper				
Muy informado/a	93 (21,8%)	56 (20,5%)		152 (21,6%)
Medianamente informado/a	197 (46,1%)	131 (48,0%)		329 (46,7%)
Poco informado/a	121 (28,3%)	69 (25,3%)		190 (27,0%)
Nada informado/a	16 (3,7%)	17 (6,2%)		33 (4,7%)
Ketamina				
Muy informado/a	80 (29,0%)	44 (24,4%)		124 (27,1%)
Medianamente informado/a	99 (35,9%)	64 (35,6%)		165 (36,0%)
Poco informado/a	85 (30,8%)	65 (36,1%)		150 (32,8%)
Nada informado/a	12 (4,3%)	7 (3,9%)		19 (4,1%)
Setas alucinógenas				
Muy informado/a	99 (48,1%)	48 (40,3%)		148 (45,1%)
Medianamente informado/a	70 (34,0%)	43 (36,1%)		114 (34,8%)
Poco informado/a	34 (16,5%)	24 (20,2%)		59 (18,0%)
Nada informado/a	3 (1,5%)	4 (3,4%)		7 (2,1%)
2C-B				
Muy informado/a	54 (29,8%)	18 (18,4%)	p = ,037	72 (25,6%)
Medianamente informado/a	88 (48,6%)	49 (50,0%)		138 (49,1%)
Poco informado/a	33 (18,2%)	27 (26,6%)		61 (21,7%)
Nada informado/a	6 (3,3%)	4 (4,1%)		10 (3,6%)
Tusibí				
Muy informado/a	26 (16,0%)	9 (7,4%)	p = ,029	35 (12,3%)
Medianamente informado/a	54 (33,3%)	53 (43,8%)		108 (37,9%)
Poco informado/a	64 (39,5%)	51 (42,1%)		116 (40,7%)
Nada informado/a	18 (11,1%)	8 (6,6%)		26 (9,1%)

Entre quienes habían consumido en el último año cada una de las 10 sustancias por las que se preguntó, el grado en que se consideraban informadas sobre cada una de ellas varió considerablemente según la sustancia (Tabla 22). De

mayor a menor y para cada una de ellas, el porcentaje de personas que se consideró estar muy informadas fue: cannabis (62,2%), alcohol (57,6%), setas alucinógenas (45,1%), MDMA (37,1%), cocaína (30,2%), *speed* (29,1%), ketamina (27,1%), 2C-B (25,6%), *popper* (21,6%) y tusibí (12,3%). Los hombres señalaron significativamente más que las mujeres estar muy informados sobre cannabis (69,2% de hombres y 50,6% de mujeres, $p = ,000$), cocaína (34,9% de hombres y 22,8% de mujeres, $p = ,002$), MDMA (42,0% de hombres y 29,9% de mujeres, $p = ,000$), 2C-B (29,8% de hombres y 18,4% de mujeres, $p = ,037$) y tusibí (16,0% de hombres y 7,4% de mujeres, $p = ,029$).

Cuando se comparó el porcentaje de personas que decían estar muy informadas sobre cada una de las diez sustancias en función de si la habían consumido o no en los últimos doce meses, para todas ellas excepto el alcohol⁴⁹, este porcentaje fue mayor entre quienes las habían tomado que entre quienes no lo habían hecho, tanto en hombres como en mujeres (Tabla 23).

Las fuentes de información más utilizadas fueron el grupo de iguales (76,8%), las páginas web de ONGs (70,3%) y los foros especializados en Internet (69,1%). Las menos utilizadas fueron los profesionales sanitarios (25,1%), los medios de comunicación (28,7%) y los profesionales del ámbito de las adicciones (35,0%) (Tabla 24). El 41,5% se había informado a través de la persona que le vendía las sustancias. Los hombres usaron con más frecuencia las páginas web de ONGs (72,6% de hombres y 66,4% de mujeres, $p = ,012$), los foros especializados en Internet (71,9% de hombres y 64,6% de mujeres, $p = ,004$) y los libros y/o revistas especializadas (42,4% de hombres y 33,5% de mujeres, $p = ,001$). Por su parte, las mujeres utilizaban más que los hombres al grupo de iguales (82,5% de mujeres y 73,0% de hombres, $p = ,000$), los profesionales del ámbito de las adicciones (38,7% de mujeres y 32,2% de hombres, $p = ,012$) y los medios de comunicación (33,6% de mujeres y 25,4% de hombres, $p = ,001$). No hubo diferencias significativas en el uso de las páginas web de Administraciones Públicas, los profesionales sanitarios o la persona que les vendía las sustancias.

⁴⁹ Posiblemente, este resultado se deba al reducido número de personas que no habían consumido alcohol en el último año (74 de las 1412 participantes en la encuesta online).

Tabla 23. Grado de información en función de si se había consumido o no la sustancia en los últimos doce meses, en hombres y mujeres.

Consumo últimos 12 meses	Hombres		Mujeres		Total	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Alcohol						
Muy	33 (67,3%)	465 (58,0%)	16 (66,7%)	301 (56,9%)	49 (66,2%)	771 (57,6%)
Medianamente	12 (24,5%)	304 (37,9%)	7 (29,2%)	202 (38,2%)	20 (27,0%)	507 (37,9%)
Poco	2 (4,1%)	32 (4,0%)	--	25 (4,7%)	2 (2,7%)	58 (4,3%)
Nada	2 (4,1%)	1 (0,1%)	1 (4,2%)	1 (0,2%)	3 (4,1%)	2 (0,1%)
Cannabis						
Muy	50 (43,5%)	509 (69,2%)	46 (40,4%)	222 (50,6%)	97 (42,2%)	735 (62,2%)
Medianamente	38 (33,0%)	207 (28,1%)	42 (36,8%)	181 (41,2%)	80 (34,8%)	391 (33,1%)
Poco	19 (16,5%)	17 (2,3%)	21 (18,4%)	36 (8,2%)	40 (17,4%)	53 (4,5%)
Nada	8 (7,0%)	3 (0,4%)	5 (4,4%)	--	13 (5,7%)	3 (0,3%)
Cocaína						
Muy	69 (17,2%)	157 (34,9%)	39 (14,3%)	64 (22,8%)	108 (16,0%)	222 (30,2%)
Medianamente	151 (37,7%)	218 (48,4%)	86 (31,6%)	142 (50,5%)	238 (35,2%)	362 (49,3%)
Poco	134 (33,4%)	69 (15,3%)	105 (38,6%)	70 (24,9%)	240 (35,5%)	140 (19,0%)
Nada	47 (11,7%)	6 (1,3%)	42 (15,4%)	5 (1,8%)	91 (13,4%)	11 (1,5%)
MDMA						
Muy	42 (22,5%)	279 (42,0%)	10 (11,8%)	140 (29,9%)	52 (19,0%)	422 (37,1%)
Medianamente	64 (34,2%)	294 (44,3%)	23 (27,1%)	242 (51,7%)	88 (32,1%)	537 (47,2%)
Poco	57 (30,5%)	83 (12,5%)	36 (42,4%)	79 (16,9%)	94 (34,3%)	163 (14,3%)
Nada	24 (12,8%)	8 (1,2%)	16 (18,8%)	7 (1,5%)	40 (14,6%)	16 (1,4%)
Speed						
Muy	62 (13,2%)	120 (31,5%)	17 (6,3%)	74 (26,1%)	79 (10,6%)	195 (29,1%)
Medianamente	110 (23,4%)	156 (40,9%)	53 (19,6%)	116 (41,0%)	165 (22,2%)	274 (41,0%)
Poco	186 (39,6%)	93 (24,4%)	125 (46,3%)	79 (27,9%)	312 (42,0%)	173 (25,9%)
Nada	112 (23,8%)	12 (3,1%)	75 (27,8%)	14 (4,9%)	187 (25,2%)	27 (4,0%)
Popper						
Muy	37 (8,7%)	93 (21,8%)	22 (7,9%)	56 (20,5%)	59 (8,3%)	152 (21,6%)
Medianamente	136 (32,1%)	197 (46,1%)	83 (29,6%)	131 (48,0%)	221 (31,2%)	329 (46,7%)
Poco	175 (41,3%)	121 (28,3%)	119 (42,5%)	69 (25,3%)	294 (41,5%)	190 (27,0%)
Nada	76 (17,9%)	16 (3,7%)	56 (20,0%)	17 (6,2%)	134 (18,9%)	33 (4,7%)
Ketamina						
Muy	38 (6,6%)	80 (29,0%)	23 (6,2%)	44 (24,4%)	63 (6,6%)	124 (27,1%)
Medianamente	116 (20,2%)	99 (35,9%)	50 (13,4%)	64 (35,6%)	166 (17,4%)	165 (36,0%)
Poco	249 (43,3%)	85 (30,8%)	153 (41,0%)	65 (36,1%)	404 (42,3%)	150 (32,8%)
Nada	172 (29,9%)	12 (4,3%)	147 (39,4%)	7 (3,9%)	321 (33,6%)	19 (4,1%)
Setas alucinógenas						
Muy	127 (19,7%)	99 (48,1%)	51 (11,8%)	48 (40,3%)	178 (16,4%)	148 (45,1%)
Medianamente	213 (33,0%)	70 (34,0%)	136 (31,3%)	43 (36,1%)	350 (32,3%)	114 (34,8%)
Poco	200 (31,0%)	34 (16,5%)	162 (37,3%)	24 (20,2%)	365 (33,7%)	59 (18,0%)
Nada	105 (16,3%)	3 (1,5%)	85 (19,6%)	4 (3,4%)	191 (17,6%)	7 (2,1%)
2C-B						
Muy	41 (6,1%)	54 (29,8%)	15 (3,3%)	18 (18,4%)	56 (5,0%)	72 (25,6%)
Medianamente	118 (17,6%)	88 (48,6%)	43 (9,5%)	49 (50,0%)	162 (14,3%)	138 (49,1%)
Poco	180 (26,9%)	33 (18,2%)	93 (20,4%)	27 (26,6%)	275 (24,3%)	61 (21,7%)
Nada	331 (49,4%)	6 (3,3%)	304 (66,8%)	4 (4,1%)	638 (56,4%)	10 (3,6%)
Tusibí						
Muy	36 (5,2%)	26 (16,0%)	16 (3,7%)	9 (7,4%)	52 (4,6%)	35 (12,3%)
Medianamente	132 (19,2%)	54 (33,3%)	50 (11,6%)	53 (43,8%)	183 (16,2%)	108 (37,9%)
Poco	197 (28,6%)	64 (39,5%)	110 (25,5%)	51 (42,1%)	309 (27,4%)	116 (40,7%)
Nada	324 (47,0%)	18 (11,1%)	256 (59,3%)	8 (6,6%)	583 (51,7%)	26 (9,1%)

Tabla 24. Uso de diferentes fuentes de información, según sexo.

	Hombres (n=851)	Mujeres (n=553)		Total (N=1412)
Mis amigas/os	621 (73,0%)	456 (82,5%)	$\chi^2=16,883$, p = ,000	1084 (76,8%)
Páginas web de ONG	618 (72,6%)	367 (66,4%)	$\chi^2=6,264$, p = ,012	993 (70,3%)
Páginas web de AAPP	271 (31,8%)	164 (29,7%)		438 (31,0%)
Foros especializados en Internet	612 (71,9%)	357 (64,6%)	$\chi^2=8,487$, p = ,004	975 (69,1%)
Profesionales ámbito adicciones	274 (32,2%)	214 (38,7%)	$\chi^2=6,246$, p = ,012	494 (35,0%)
Profesionales sanitarios	218 (25,6%)	134 (24,2%)		355 (25,1%)
Libros/revistas especializadas	361 (42,4%)	185 (33,5%)	$\chi^2=11,340$, p = ,001	549 (38,9%)
Medios de comunicación	216 (25,4%)	186 (33,6%)	$\chi^2=11,172$, p = ,001	405 (28,7%)
Quien me vende las sustancias	355 (41,7%)	229 (41,4%)		586 (41,5%)

Como también se ha mostrado en los resultados de la parte cualitativa en relación a las estrategias relacionadas con la dosificación de la MDMA y con el consumo esnifado, el grupo de iguales tiene un papel muy importante. Este es un generador de prácticas, experiencias y saberes individuales y colectivos sobre el consumo de sustancias y la gestión de los riesgos y placeres. En el ámbito de la información actúa de manera similar: es una red generadora de diferentes conocimientos individuales que se comparten y contrastan con el grupo, se aplican y se ajustan con la experiencia individual, para luego, volverse a compartir.

“No me informé una mierda, yo no me informé una mierda. En ese momento yo tenía colegas, tenía un colega además en concreto que vendía M, lo consumía bastante, bueno consumía bastante, solo cuando salía de fiesta. Yo lo veía a él, y dije “pues yo quiero estar como él”, yo empecé a tiquitiquitiquiti y ahí, al principio, no te informas de nada porque lo haces sin conocimiento, o sea, a lo mejor estabas haciendo chupadas cada 10 minutos, y eso no es una dosis correcta al final, eso está más claro que el agua. Yo al principio, como te he comentado antes, yo era una sin conocimiento, en el sentido de a la hora de consumir [...] Ha sido a raíz de la experiencia, ha sido a raíz de prueba y error... propio... o sea, no ha habido más tu tía, sabes, porque por mucho que ves lo de los demás, al final hasta que no lo haces contigo mismo... por qué es lo que tú me has preguntado antes, de sí alguien te pregunta tal, lo del consumo, pues coño yo te puedo informar, pero yo no sé cómo te va a sentar a ti la misma cantidad que yo consumo, es que a lo mejor con lo mío te tumbo y viceversa a lo mejor con otras cosas, entonces dices, no... hasta que no pruebas no sabes.” (Entrevista 16, 37 años, Mallorca)

Del mismo modo, y en contraste con la cita anterior, también hay personas que siguen determinados criterios y realizan procesos de búsqueda de información

sobre las sustancias por diferentes motivos, ya sea por bagaje laboral, formación profesional y académica curiosidad o por el gusto de saber.

“Bueno, un poco... aquí te tendría que hablar de algo que tiene que ver con mi anterior oficio, es decir, yo me he dedicado 40 años al periodismo, de acuerdo, yo ya tengo cierto olfato de cuál es una fuente fiable y cuál no lo es, me suelo preocupar bastante por ir a contrastar, no me fío solo de una sola fuente, no, sino que voy a ver a varios sitios, en más de dos, para ver si eso que estoy leyendo tiene fiabilidad o no, si es un refrito de... que eso se nota en seguida, que están haciendo un refrito de textos sacado de otra página y esto, no. Y procuro no leer en un solo idioma también, es decir, voy a buscar fuentes en castellano, pero también voy a buscar fuentes anglosajonas. De esa forma intento minimizar el engaño, el riesgo o la mala influencia.” (Entrevista 1, 62 años, Barcelona)

“Y, sobre todo, de charlas con amigos. Yo soy también de hablar sin tapujos de drogas, sin estigma, sin que nadie se sienta peor por lo que hace... Además, por mi formación, he tenido acceso a muchas teorías que explican muchas cosas sobre drogas, por eso siempre que a mí me preguntan sobre drogas, trato de ayudar desde mi experiencia.” (Grupo de discusión 4, Mixto, Madrid)

El grupo de iguales no es solo una fuente de información. Es además la suma de los diferentes saberes de las personas que lo componen y el medio por el cual se contrastan los conocimientos sobre el consumo de sustancias y se adaptan a las experiencias y peculiaridades individuales.

“Ahora, todo eso me lo sé, con lo que el riesgo no lo tiene la droga, sino la falta información sobre ella. Con todo lo que sé ahora, ya sé que me puedo deshidratar, marear, no debo beber alcohol... eso te lo da la experiencia y la información.” (Entrevista 21, 27 años, Sevilla)

“Bueno, hay veces por lo que se conoce de cada sitio, por ser cercano a lo científico... Además, aquello que me cuentan mis colegas, pues me lo creo... ¡Ellos no me engañan! Si lo que leo y me dicen, coincide con mucha de mi experiencia, pues me suelo fiar bastante la verdad. Solemos comparar mucho la información que dicen. Buscamos otras fuentes, tratamos de confirmarlo, leer papers... ¡Vamos, todo unos frikis!” (Entrevista 14, 28 años, Madrid).

Del mismo modo, los conocimientos que los individuos aportan al grupo de iguales también pueden ser valorados críticamente y, al final, la experiencia propia siempre es una herramienta de contraste.

“Contrastar entre informaciones y según tu experiencia propia... si oyes a un pavo “buah, la keta te hace alucinar, no sé qué...” y otro dice “no, la keta es esto” pues bueno, alguien te está mintiendo, o los dos están mintiendo. Luego, yo me meto keta y es una experiencia totalmente diferente, y es como “vale, esto no es verdad” y entonces me voy a ver un documental oficial de algo. Ese documental demoniza la keta, pues bueno, ese documental no me gusta... y vamos haciendo como... luego, es que cura la depresión, vale, pero es una manera muy especial de hacer... o sea, no es que te metes keta por la nariz de fiesta y te cura la depresión, no, obviamente, pero... sí, es básicamente tener un poco de sentido común y decir “vale, este documental está enfocado ¿para qué? Para demonizar esto” pues no...” (Grupo de discusión 2, Mixto, Barcelona)

Para conocer el grado de credibilidad que atribuían a cada una de fuentes de información, se pidió a las personas de la encuesta online que valoraran, en una escala del 1 al 5, donde 1 es “ninguna” y 5 “mucho”, el grado de credibilidad que tenían para ellas (Tabla 25). Las fuentes con más credibilidad fueron los profesionales del ámbito de las adicciones (4,25), libros y/o revistas especializadas (3,89) y las páginas web de ONG (3,69). Las menos creíbles fueron los medios de comunicación (1,72) y las personas que les vendían las sustancias (2,45). De manera significativa, varias de las fuentes de información tenían más credibilidad para las mujeres que para los hombres: los profesionales del ámbito de las adicciones (4,15 para los hombres y 4,41 para las mujeres, $p = ,000$), el grupo de iguales (3,16 para los hombres y 3,33 para las mujeres, $p = ,001$), las páginas web de las administraciones públicas (2,93 para los hombres y 3,13 para las mujeres, $p = ,003$), la persona que les vendía las sustancias (2,36 para los hombres y 2,58 para las mujeres, $p = ,000$) y los medios de comunicación (1,64 para los hombres y 1,84 para las mujeres, $p = ,000$).

Tabla 25. Credibilidad media de diferentes fuentes de información, según sexo.

	Hombres (n=851)	Mujeres (n=553)		Total (N=1412)
Mis amigas/os	3,16	3,33	$t = -3,231, p = ,001$	3,23
Páginas web de ONG	3,67	3,74		3,69
Páginas web de AAPP	2,93	3,13	$t = -2,983, p = ,003$	3,01
Foros especializados en Internet	3,49	3,40		3,46
Profesionales ámbito adicciones	4,15	4,41	$t = -4,851, p = ,000$	4,25
Profesionales sanitarios	3,75	3,77		3,75
Libros/revistas especializadas	3,83	3,98		3,89
Medios de comunicación	1,64	1,84	$t = -4,016, p = ,000$	1,72
Quien me vende las sustancias	2,36	2,58	$t = -3,665, p = ,000$	2,45

Como muestra de la importancia de la credibilidad de la fuente a la hora de utilizarla para informarse, quienes habían utilizado cada una de las fuentes les otorgaron una credibilidad media mayor que quienes no la habían usado (Tabla 26).

Tabla 26. Credibilidad media de diferentes fuentes de información en función de si se han utilizado o no en los últimos doce meses, según sexo.

Uso últimos 12 meses	Hombres			Mujeres			Total	
	No	Sí	p =	No	Sí	p =	No	Sí
Mis amigas/os	2,69	3,34	p = ,000	2,77	3,45	p = ,000	2,72	3,39
Páginas web ONG	2,88	3,96	p = ,000	3,36	3,93	p = ,000	3,10	3,95
Páginas web AAPP	2,62	3,58	p = ,000	2,98	3,48	p = ,000	2,77	3,54
Foros especializados en Internet	2,88	3,73	p = ,000	2,87	3,68	p = ,000	2,87	3,72
Profesionales ámbito adicciones	4,02	4,43	p = ,000	4,32	4,55	p = ,001	4,13	4,49
Profesionales sanitarios	3,66	4,00	p = ,000	3,67	4,07	p = ,000	3,66	4,02
Libros/revistas especializadas	3,56	4,19	p = ,000	3,80	4,36	p = ,000	3,66	4,25
Medios de comunicación	1,48	2,11	p = ,000	1,62	2,27	p = ,000	1,53	2,19
Quien me vende las sustancias	1,91	2,99	p = ,000	2,21	3,10	p = ,000	2,02	3,04

Por otra parte, la credibilidad y confianza en las fuentes de información también se ve afectada por el contraste con las experiencias individuales y colectivas, de forma que, si una información consultada no coincide con la realidad experimentada, estas dos variables disminuyen.

“Si, yo todo lo que sé de drogas... o sea, yo me fío más de lo que me dicen los conocidos o los amigos que de lo que leo de internet, porque además lo he podido comprobar por mí misma, que, pf, en internet te pueden decir todo lo malo, pero luego yo lo que he vivido nunca me ha causado nada malo, todo lo contrario, y... ya está, y eso. [...] Bueno, porque en internet es eso, te dicen siempre barbaridades, que además lo puedes comprobar por ti mismo sabes [...]” (Entrevista 4, 25, años, Barcelona)

“No sé, creo que siempre van con un paso por detrás, es igual que los folletos que les traen a los críos en la Comunidad de Madrid o lo que sea al Instituto de más drogas, o sea, perdón más información menos drogas, y estas cosas y al final me da la sensación de que porque te ponen por ejemplo efectos de tal sustancia y te pone desorientación, náuseas, descontrol, falta... y dices coño, es que así quién coño se va a querer tomar esto, nadie obviamente igual está pensado para que no se lo tomen, pero no están siendo veraces, cuáles son los efectos que eso produce ¿sabes? Es decir, es más como un poco meter miedo que informar.” (Entrevista 13, 41 años, Madrid)

En suma, dado que las mujeres señalan estar significativamente menos informadas que los hombres sobre el cannabis, la cocaína y la MDMA, deberían explorarse si estas perciben algún obstáculo para el acceso a la información o si esta no se encuentra adaptada a sus necesidades reales entre otras posibilidades relacionadas a esta situación.

El hecho de que la credibilidad de cada una de las fuentes fuera mayor entre quienes las habían utilizado en el último año, resalta la importancia que tiene esta en su utilización como recurso para informarse sobre drogas. Aspecto que debe ser tenido muy en cuenta a la hora de diseñar y difundir información, ya que puede influir el uso que se haga de ella. Del mismo modo, y como se ha mostrado en los resultados cualitativos, la confianza en la información también pasa por ser veraz y proporcionar datos que coincidan con las experiencias individuales y colectivas. En este sentido, el grupo de iguales se erige como una fuente de conocimiento con características específicas y que goza de gran credibilidad al ser el medio por el que se producen las experiencias que corroboran y generan saber sobre el consumo. Así pues, considerar los grupos de iguales en las estrategias de diseño y difusión de información, puede ser de gran ayuda para los programas de reducción de riesgos y daños.

“Yo siempre preguntando a los colegas, del plan, siempre que he tenido una duda, le he preguntado al colega, nunca he tenido miedo a preguntar, sí, todos los colegas, cualquier duda, se la pregunto. Y observando, con la experiencia que tenía yo. Yo analizo mucho todo, pues si veo... cuando un colega se droga conmigo, lo analizo a él también, sabes... pero para mí, para mi información... entonces, es eso, a partir de la experiencia y la información, palabra, palabra... Me fío más también. Yo la información en internet la puedo leer, pero no se me va a quedar porque mi subconsciente no se fía, pero si me lo dice un colega en que confío, que conozco, me fío mucho más.” (Grupo de discusión 2, Mixto, Barcelona)

Finalmente, en la última cuestión de este bloque se preguntó por los aspectos sobre los que les gustaría o interesaría recibir más información (Tabla 27). Por orden de mayor a menor interés, estos temas fueron la composición de las sustancias que circulan por el mercado (79,2%), cómo actúan las sustancias en el organismo (77,2%), los efectos y riesgos de la mezcla de sustancias (73,4%), cuáles son sus efectos psicoactivos (71,2%), los riesgos que conlleva su consumo (70,3%), los aspectos legales relacionados con las sustancias (61,0%) y, finalmente, las formas de potenciar sus efectos (47,5%). Significativamente más mujeres que hombres señalaron querer más información sobre cómo actúan las sustancias en el organismo (74,9% de hombres y 80,7% de mujeres, $p = ,011$), mientras que ellos refirieron querer información sobre los riesgos que conlleva

su consumo con más frecuencia que las mujeres (73,2% de hombres y 65,6% de mujeres, $p = ,002$).

Tabla 27. Aspectos sobre los que desearían tener más información.

	Hombres (n = 851)	Mujeres (n = 553)		Total (N = 1412)
Cómo actúan las sustancias en el organismo	637 (74,9%)	446 (80,7%)	⁵⁰	1090 (77,2%)
Cuáles son sus efectos psicoactivos	599 (70,4%)	401 (72,5%)		1006 (71,2%)
Los riesgos que conlleva su consumo	623 (73,2%)	363 (65,6%)	⁵¹	992 (70,3%)
Formas de reducir los riesgos	661 (77,7%)	437 (79,0%)		1102 (78,0%)
Formas de potenciar sus efectos	408 (47,9%)	259 (46,8%)		671 (47,5%)
La composición de las sustancias	688 (80,8%)	426 (77,0%)		1118 (79,2%)
Los aspectos legales	525 (61,7%)	334 (60,4%)		862 (61,0%)
Los efectos y riesgos de la mezcla de sustancias	620 (72,9%)	411 (74,3%)		1036 (73,4%)

⁵⁰ $\chi^2 = 6,389$, $p = ,011$

⁵¹ $\chi^2 = 9,177$, $p = ,002$

Problemas con las drogas y el médico de familia

Existe un considerable cuerpo de investigación que muestra cómo las personas que usan drogas son reacias a acudir a los servicios de salud e informan de frecuentes experiencias de estigmatización y mala praxis por parte de los profesionales sanitarios (McLaughlin et al., 2006; Kelleher, 2007; Ronzani, Higgins-Biddle y Furtado, 2009). Esto es especialmente relevante entre personas que usan drogas por vía inyectada (ej., Biancarelli et al., 2019; Muncan et al., 2020; Meyerson et al., 2022). De hecho, las actitudes negativas y, más aún, la falta de formación, han sido señaladas como aspectos relevantes de cara a la identificación de las problemáticas asociadas al consumo de drogas en la consulta y, por tanto, a su posible tratamiento (Kelleher, 2007). Otros autores también han señalado el temor a la vulneración de la confidencialidad como un aspecto de preocupación entre las personas que usan drogas (da Silva, Pereira y de Sousa, 2021).

En España se han llevado a cabo algunas iniciativas para mejorar la atención prestada desde la Atención Primaria de Salud a las personas que usan drogas. En el año 2007, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC) publicó el documento *“El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionadas con el consumo de drogas”* (Zarco et al., 2007) en el marco de la colección *“Actuar es Posible”* de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Por otra parte, partiendo de la premisa de que el personal de enfermería se encuentra en una posición de privilegio para la atención a las personas que consumen sustancias, iniciativas como el Grupo de Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias (GIBED) realizaron diferentes estudios para conocer mejor y mejorar la práctica clínica de estos profesionales (Castaño et al., 2011; Sans Álvarez et al., 2012;

Hernández, 2012; López Alabarce et al., 2012; Molina et al., 2012a; Molina et al., 2012b; Vilardell et al., 2015). Con todo, una parte importante de la investigación sobre las barreras de acceso a la atención sanitaria a personas que usan drogas se han realizado en Estados Unidos, estando focalizada principalmente en las personas que usan la vía inyectada. Por el contrario, disponemos de escasa información sobre las opiniones que las personas que hacen un uso recreativo de sustancias tienen sobre los profesionales de la salud que, además, pueden determinar su intención o no de acudir a ellos en caso de necesidad.

Por todo ello, en el OEC2022 se incluyó una serie de preguntas dirigidas a conocer si las personas que realizan consumos recreativos de drogas acudirían a su médico de familia en caso de tener alguna duda o problema en relación con el consumo, si piensan que su médico de familia cambiaría de actitud hacia ellas si sabe que consumen sustancias y si confían en que no desvele información sobre el consumo a personas del entorno familiar y/o social. Además, también se consultó sobre la percepción que tienen del conocimiento de su médico de familia en relación con diferentes sustancias psicoactivas y de su eficacia abordando los problemas de salud en relación con las mismas.

Respecto a la intención de acudir al médico de familia para resolver dudas o algún problema en relación con el consumo de sustancias, aparecieron claras diferencias entre hombres y mujeres (Tabla 28). Las segundas se mostraron mucho más reacias que los primeros a acudir al médico de familia. De hecho, un 42% de ellas expresó que no iría frente al 26,9% de los hombres ($p < 0,005$). Una posible explicación de este fenómeno podría encontrarse en que más de la mitad de las mujeres encuestadas pensaban que la actitud del médico de familia cambiaría si éste sabía que consumen drogas. De hecho, una cuarta parte de las mujeres no confiaba en que su médico no desvelase información sobre su consumo de sustancias psicoactivas a su entorno cercano. En este sentido, los hombres expresaron en mayor medida que las mujeres su confianza en el mantenimiento de la confidencialidad. Estas diferencias entre hombres y mujeres están claramente relacionadas con la persistente estigmatización del consumo en la mujer (Cantos, 2020) y podría suponer una clara barrera para el acceso de las mujeres a la atención sanitaria en caso de necesitarla.

Tabla 28. Actitudes hacia el médico de familia, según sexo.

	Hombres (n = 851)	Mujeres (n = 553)		Total (N = 1412)
Si tuvieras dudas o algún problema en relación con el consumo de sustancias, ¿lo consultarías con tu médico de familia?				
No	26,9%	42,0%	p = ,000	32,8%
Sí	36,9%	26,0%	p = ,000	32,6%
No lo tengo claro	36,2%	32,0%		34,6%
¿Piensas que tu médico de familia va a cambiar su actitud hacia ti si sabe que consumes drogas?				
No	31,0%	23,9%	p = ,004	28,2%
Sí	36,2%	51,5%	p = ,000	42,3%
No lo tengo claro	32,8%	24,6%	p = ,000	29,5%
¿Confías en que tu médico de familia no desvele información sobre tu consumo a gente de tu entorno (familia y amistades)?				
No	19,9%	26,9%	p = ,002	22,9%
Sí	53,2%	45,2%	p = ,003	50,0%
No lo tengo claro	26,9%	27,8%		27,1%

Según Kelleher (2007), algunos estudios han señalado que una de las dificultades que tienen los profesionales de la salud para la atención a las personas que consumen drogas es su falta de formación. Para aproximarnos a esta cuestión, en la encuesta se preguntó por la percepción del grado en que el médico de familia está informado sobre diferentes sustancias (Tabla 29). Los resultados para el alcohol y el tabaco muestran como una parte importante considera que su médico de familia está muy o totalmente informado sobre estas sustancias. Pero el porcentaje de personas que lo considera así para el resto de drogas sobre las que se preguntó va descendiendo conforme más infrecuente es el consumo de estas, en términos de las prevalencias observadas en el OEC2022.

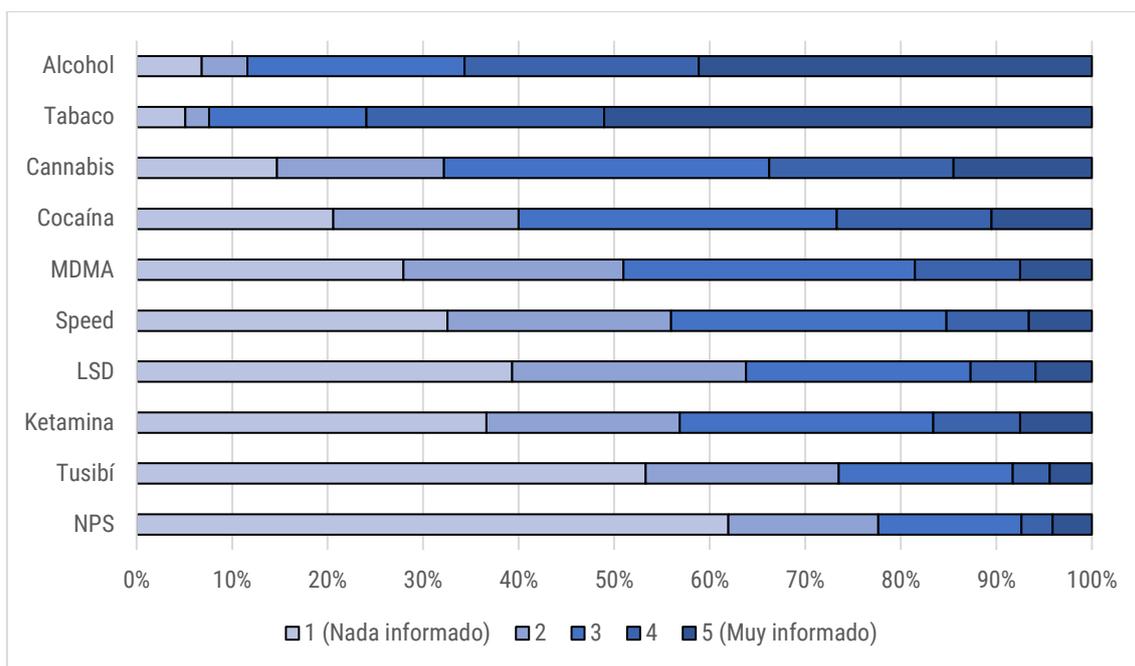
Tabla 29. Valoración del grado de conocimiento del médico de familia de diferentes sustancias.

	Hombres (n = 851)	Mujeres (n = 553)	Total (N = 1412)
Alcohol			
1 (Nada informado)	63 (7,4%)	33 (6,0%)	95 (6,8%)
2	42 (4,9%)	26 (4,7%)	68 (4,8%)
3	205 (24,1%)	114 (20,6%)	321 (22,7%)
4	197 (23,1%)	147 (26,6%)	344 (24,4%)
5 (Muy informado)	344 (40,4%)	233 (42,1%)	583 (41,3%)
Tabaco			
1 (Nada informado)	45 (5,3%)	26 (4,7%)	71 (5,0%)
2	23 (2,7%)	12 (2,2%)	35 (2,5%)
3	149 (17,5%)	82 (14,8%)	233 (16,5%)
4	215 (25,3%)	134 (24,2%)	350 (24,8%)
5 (Muy informado)	419 (49,2%)	299 (54,1%)	723 (51,2%)
Cannabis			
1 (Nada informado)	131 (15,4%)	75 (13,6%)	206 (14,6%)
2	148 (17,4%)	97 (17,5%)	247 (17,5%)
3	286 (33,6%)	193 (34,9%)	481 (34,1%)
4	159 (18,7%)	112 (20,3%)	272 (19,3%)
5 (Muy informado)	127 (14,9%)	76 (13,7%)	206 (14,6%)
Cocaína			
1 (Nada informado)	183 (21,5%)	106 (19,2%)	290 (20,5%)
2	164 (19,3%)	108 (19,5%)	273 (19,3%)
3	269 (31,6%)	199 (36,0%)	472 (33,4%)
4	143 (16,8%)	85 (15,4%)	229 (16,2%)
5 (Muy informado)	92 (10,8%)	55 (9,9%)	148 (10,5%)
MDMA			
1 (Nada informado)	238 (28,0%)	154 (27,8%)	393 (27,8%)
2	193 (22,7%)	130 (23,5%)	325 (23,0%)
3	252 (29,6%)	176 (31,8%)	431 (30,5%)
4	93 (10,9%)	62 (11,2%)	155 (11,0%)
5 (Muy informado)	75 (8,8%)	31 (5,6%)	108 (7,6%)
Speed			
1 (Nada informado)	281 (33,0%)	176 (31,8%)	458 (32,4%)
2	192 (22,6%)	137 (24,8%)	331 (23,4%)
3	230 (27,0%)	174 (31,5%)	408 (28,9%)
4	84 (9,9%)	37 (6,7%)	121 (8,6%)
5 (Muy informado)	64 (7,5%)	29 (5,2%)	94 (6,7%)
LSD			
1 (Nada informado)	336 (39,5%)	216 (39,1%)	554 (39,2%)
2	209 (24,6%)	135 (24,4%)	346 (24,5%)
3	190 (22,3%)	140 (25,3%)	333 (23,6%)
4	60 (7,1%)	35 (6,3%)	95 (6,7%)
5 (Muy informado)	56 (6,6%)	27 (4,9%)	84 (5,9%)
Ketamina			
1 (Nada informado)	303 (35,6%)	211 (38,2%)	515 (36,5%)
2	174 (20,4%)	110 (19,9%)	287 (20,3%)
3	223 (26,2%)	149 (26,9%)	374 (26,5%)
4	77 (9,0%)	51 (9,2%)	128 (9,1%)
5 (Muy informado)	74 (8,7%)	32 (5,8%)	108 (7,6%)
Tusibí			
1 (Nada informado)	459 (53,9%)	289 (52,3%)	751 (53,2%)
2	165 (19,4%)	118 (21,3%)	284 (20,1%)
3	153 (18,0%)	103 (18,6%)	259 (18,3%)
4	30 (3,5%)	25 (4,5%)	55 (3,9%)
5 (Muy informado)	44 (5,2%)	18 (3,3%)	63 (4,5%)
NPS			
1 (Nada informado)	524 (61,6%)	347 (62,7%)	874 (61,9%)

	Hombres (n = 851)	Mujeres (n = 553)	Total (N = 1412)
2	136 (16,0%)	84 (15,2%)	221 (15,7%)
3	124 (14,6%)	86 (15,6%)	213 (15,1%)
4	26 (3,1%)	20 (3,6%)	46 (3,3%)
5 (Muy informado)	41 (4,8%)	16 (2,9%)	58 (4,1%)

En esta misma línea, entre las sustancias para las cuales más del 50% considera que el médico de familia no está para nada informado se encuentran el Tusibí y las NPS (Gráfico 7), no encontrándose diferencias significativas entre hombres y mujeres en su valoración del grado de conocimiento del médico de familia.

Gráfico 7. Valoración del grado de conocimiento del médico de familia de diferentes sustancias.



También se preguntó, mediante una escala del 1 al 5, donde 1 era “Nada eficaz” y 5 “Muy eficaz”, por la eficacia percibida del médico de familia abordando los problemas relacionados con el consumo de drogas (Tabla 30). En general, se percibe un nivel bajo de eficacia en el abordaje de estas problemáticas, siendo las mujeres quienes perciben que es nada eficaz (19,9% de hombres y 29,1% de mujeres, $p = ,000$).

Tabla 30. Valoración del grado de eficacia del médico de familia abordando los problemas de salud en relación con las drogas.

	Hombres (n = 851)	Mujeres (n = 553)		Total (N = 1412)
1 (Nada eficaz)	169 (19,9%)	161 (29,1%)	$p = ,000$	334 (23,7%)
2	196 (23,0%)	138 (25,0%)		334 (23,7%)
3	374 (43,9%)	199 (36,0%)	$p = ,003$	575 (40,7%)
4	77 (9,0%)	41 (7,4%)		119 (8,4%)
5 (Muy eficaz)	35 (4,1%)	14 (2,5%)		50 (3,5%)

Vías de adquisición de las sustancias

Diferentes estudios han investigado las diversas maneras en que las personas obtienen las sustancias que desean consumir. Pearson (2007) propuso que los mercados de drogas al por menor pueden diferenciarse en tres tipologías básicas: los mercados abiertos, semiabiertos y cerrados. Los primeros son aquellos en los que cualquier persona, sin que necesariamente sea conocida por quien vende, accede a la adquisición con pocas barreras para ello. El anonimato es una de sus características principales. Por otro lado, los segundos son los que se dan en lugares como discotecas y espacios similares, donde la distribución de sustancias no necesita de una relación social previa o de una introducción entre ambas personas. Por último, los mercados cerrados son aquellos en los que ya no hay anonimato, sino que la transacción sólo se produce si quien vende y quien compra se conocen previamente y existe una cierta confianza entre ambas.

En los últimos años hemos asistido a diferentes innovaciones en la distribución de sustancias al por menor. En primer lugar, el uso de tecnologías de la información y la comunicación (teléfonos móviles, aplicaciones de mensajería instantánea, internet), ha modificado los hábitos de compra y venta de manera que, en lugar de que la persona tenga que acudir a los mercados, se ha facilitado que tanto quien vende como quien compra puedan acordar una hora y lugar para la transacción de una manera segura.

En segundo lugar, se ha prestado una considerable atención, al menos en el ámbito académico, a la denominada “distribución social” de sustancias (*social supply*) que se caracteriza por tener lugar entre personas que no son extrañas y no tener un espíritu comercial. Esto es, no existe una motivación económica pura por parte de quien vende, aunque puede recibir una contraprestación monetaria o en especie pequeña, sino que su espíritu principal es el de ayudar

a una persona amiga (Coomber, Moyle y South, 2015). Similar a esta distribución social, también es habitual que las personas compartan gratuitamente las sustancias con sus amistades, como ya se ha visto anteriormente.

Finalmente, y de manera específica con relación al cannabis, en los últimos años también ha cobrado gran relevancia el autocultivo, de manera que la distribución puede producirse con o sin contraprestación económica. Skliamis y Korf (2022), en su análisis de cómo varían los métodos de adquisición de cannabis en diferentes países europeos en función de sus leyes sobre drogas, encontraron que, en general, la mayoría de las personas utilizan diferentes métodos para conseguir esta sustancia como, por ejemplo, comprarlo ellas mismas, conseguirlo a través de amistades que lo adquieren previamente, compras grupales, el autocultivo y, el más habitual de todos ellos, conseguirlo de manera gratuita.

Un panorama distinto encontró Werse et al. (2019) en su análisis de los métodos de adquisición de NPS en seis países europeos como Alemania, Hungría, Irlanda, Holanda, Polonia y Portugal y en tres grupos diferentes de personas usuarias (personas en situación de exclusión social, asistentes a espacios de ocio nocturno y personas que forman parte de comunidades online). En general, la principal manera de conseguir estas sustancias fue a través de la compra a amistades, seguida por la adquisición a través de Internet. Sin embargo, se observaron diferencias en función de la tipología de persona usuaria ya que las personas asistentes a espacios de ocio nocturno compraban más a vendedores privados y del club, mientras que la compra por Internet era más frecuente en las personas miembro de comunidades online. Por su parte, las personas en situación de exclusión social compraban más a un vendedor privado o a alguien que vendía por la calle.

La adquisición de sustancias psicoactivas a través de los denominados criptomercados también ha atraído la atención del ámbito investigador, profesional y político. Strizek, Karden y Matias (2020), analizando los datos de la *European Web Survey on Drugs* (EWSD), encontraron que, en realidad, las personas que compran a través de estos espacios representan una parte pequeña del total de personas que compran sustancias psicoactivas y en absoluto es su principal fuente de abastecimiento de drogas, ya que también hacen uso de otras fuentes. De hecho, los dos principales métodos de obtención de sustancias fueron a través de otra persona que las compartió o entregó gratuitamente y comprar a una persona vendedora. Las sustancias que se compraban con mayor frecuencia en estos mercados eran NPS, aunque una pequeña parte también adquiere en ellos MDMA, anfetamina, cocaína, metanfetamina y/o cannabis.

También a partir de los datos obtenidos por la EWSD entre los años 2016 y 2018, Vuolo y Matias (2020), mostraron el papel del género y la frecuencia de consumo en los hábitos de adquisición de marihuana, hachís, MDMA y cocaína. En este estudio encontraron, por una parte, que las mujeres obtenían con más frecuencia que los hombres sustancias psicoactivas a través de alguien que las compartía con ellas o se las entregaba gratuitamente, mientras que los hombres las conseguían con mayor asiduidad que las mujeres a través de la compra a una persona que vende. Estas diferencias desaparecían a medida que aumentaba la frecuencia de consumo, ya que tanto hombres como mujeres acudían con la misma frecuencia a personas que venden drogas si su frecuencia de consumo era elevada. Además, estos mismos autores concluyen que, cuando se tiene en cuenta la relación entre el género y la frecuencia de consumo, las mujeres que consumen drogas con poca frecuencia tienen como principal forma de adquisición la gratuidad, siendo pocos los casos que se decantan por la compra. Sin embargo, a medida que la frecuencia de consumo aumenta, utilizan los mismos métodos de obtención utilizados por los hombres.

En España disponemos de muy poca información sobre los métodos de obtención de sustancias, siendo uno de ellos la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias realizada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones en 2022. Este estudio encontró que, en 2021 y en estudiantes de entre 14 y 18 años que habían consumido cannabis alguna vez en su vida, la principal manera de conseguir esta droga fue a través de un familiar, amigo o conocido (45,1%) seguido de a través de un vendedor, mientras que la compra en mercados semiabiertos era minoritaria (9,1%). Cabe destacar que el EDADES, la otra gran encuesta española de referencia sobre el fenómeno de las adicciones realizada a población de entre 15 y 64 años, no ofrece datos al respecto.

Álvarez, Parra y Gamella (2018), encontraron que, entre personas que consumían cannabis diariamente o casi a diario, las formas de adquisición eran múltiples y diversas. Estos autores refieren como el 60% lo adquiere en un punto fijo, el 52% a través de una persona amiga que lo vendía, el 45% a través de un club cannábico, el 39% a través de amigos, el 29% lo compraba a un productor o importador y solo el 11% lo adquiere a vendedores directamente en la calle.

En esta edición del OEC2022 quisimos conocer las maneras en que se había conseguido cannabis, MDMA, cocaína y *speed* en los últimos 12 meses. Las fuentes de adquisición por las que se preguntó en la encuesta cubrían la compra a una persona, diferenciando si pertenecía o no al círculo de amistades o si era una persona desconocida, a través de la Deep Web o la Internet abierta,

si se había obtenido como regalo o invitación y, en el caso concreto del cannabis, si la obtención se produjo mediante el autocultivo o la adquisición en una asociación o club cannábico (Tabla 31).

Las principales fuentes de obtención de cannabis fueron por regalo o invitación (48,0%), a través de un contacto de confianza que no pertenece al círculo de amistades (45,8%) y a través de uno que sí pertenece a él (43,1%). Además, un 30,5% señaló proveerse a través de clubes o asociaciones cannábicas y el 20% señaló hacerlo a través del autocultivo. En el análisis de los datos obtenidos aparecieron diferencias significativas en las fuentes de adquisición entre hombres y mujeres. Así pues, mientras que los hombres refirieron significativamente más que las mujeres la obtención del cannabis a través de un contacto de confianza que no pertenecía al círculo de amistades (49,3% de hombres y 39,9% de mujeres, $p = ,002$) o a través del autocultivo (23,1% de hombres y 14,6% de mujeres, $p = ,000$), ellas lo obtenían significativamente más a través de regalos o invitaciones (42,1% de hombres y 57,4% de mujeres, $p = ,000$).

En el caso de la MDMA, los principales métodos de obtención tenían que ver con la intermediación de un contacto de confianza, bien de fuera (53,6%) o dentro (41,7%) del círculo de amistades, así como con la obtención gratuita de MDMA como regalo o invitación (42,4%). Con respecto a este último fenómeno, las mujeres señalaron significativamente más que los hombres conseguir MDMA de esta forma (37,9% de los hombres y 49,2% de las mujeres, $p = ,000$).

Con relación a la cocaína, obtener esta sustancia mediante regalo o invitación (53,9%), o a través de un contacto de confianza que no pertenecía al círculo de amistades (48,3%) fueron los métodos más mencionados tanto por hombres como por mujeres. Sin embargo, de nuevo las mujeres mencionaron significativamente más que los hombres el regalo o la invitación (48,0% de hombres y 63,3% de mujeres, $p = ,000$).

Algo similar se observó en el caso de los métodos de obtención del *speed*. Mientras que, para los hombres, el método más mencionado fue el contacto de confianza que no pertenecía al círculo de amistades (50,1%), para las mujeres fue el regalo o la invitación (59,7%). Este método (47,0% de hombres y 59,7% de mujeres, $p = ,001$) y el contacto de confianza que sí pertenecía al círculo de amistades (33,6% de hombres y 44,2% de mujeres, $p = ,006$) fueron mencionados significativamente más por las mujeres que por los hombres.

Tabla 31. Vías de adquisición de las sustancias.

	Hombres (n = 736)	Mujeres (n = 439)		Total (N = 1182)
Cannabis				
Contacto de confianza (no amistades)	363 (49,3%)	175 (39,9%)	$\chi^2 = 9,908, p = ,002$	541 (45,8%)
Contacto de confianza (sí amistades)	325 (44,2%)	179 (40,8%)		509 (43,1%)
Persona desconocida	126 (17,1%)	69 (15,7%)		197 (16,7%)
Deep-Web	13 (1,8%)	3 (0,7%)		16 (1,4%)
Página Web (no Deep-Web)	26 (3,5%)	5 (1,1%)	$\chi^2 = 6,134, p = ,013$	31 (2,6%)
Regalado/Invitado	310 (42,1%)	252 (57,4%)	$\chi^2 = 25,742, p = ,000$	567 (48,0%)
Autocultivo	170 (23,1%)	64 (14,6%)	$\chi^2 = 12,513, p = ,000$	236 (20,0%)
Asociación/Club Cannábico	226 (30,7%)	131 (29,8%)		361 (30,5%)
MDMA	Hombres (n = 664)	Mujeres (n = 467)		Total (N = 1138)
Contacto de confianza (no amistades)	370 (55,7%)	236 (50,5%)		610 (53,6%)
Contacto de confianza (sí amistades)	275 (41,4%)	199 (42,7%)		475 (41,7%)
Persona desconocida	178 (26,8%)	120 (25,8%)		301 (26,4%)
Deep-Web	19 (2,9%)	9 (1,9%)		29 (2,5%)
Página Web (no Deep-Web)	5 (0,8%)	2 (0,4%)		7 (0,6%)
Regalado/Invitado	251 (37,9%)	229 (49,2%)	$\chi^2 = 14,502, p = ,000$	483 (42,4%)
Cocaína	Hombres (n = 450)	Mujeres (n = 281)		Total (N = 735)
Contacto de confianza (no amistades)	229 (50,9%)	123 (43,8%)		355 (48,3%)
Contacto de confianza (sí amistades)	136 (30,2%)	82 (29,2%)		219 (29,8%)
Persona desconocida	81 (18,0%)	38 (13,5%)		120 (16,3%)
Deep-Web	5 (1,1%)	--		5 (0,7%)
Página Web (no Deep-Web)	1 (0,2%)	--		1 (0,1%)
Regalado/Invitado	216 (48,0%)	178 (63,3%)	$\chi^2 = 16,393, p = ,000$	396 (53,9%)
Speed	Hombres (n = 381)	Mujeres (n = 283)		Total (N = 669)
Contacto de confianza (no amistades)	191 (50,1%)	139 (49,1%)		333 (49,8%)
Contacto de confianza (sí amistades)	128 (33,6%)	125 (44,2%)	$\chi^2 = 7,698, p = ,006$	254 (38,0%)
Persona desconocida	73 (19,2%)	46 (16,3%)		121 (18,1%)
Deep-Web	8 (2,1%)	3 (1,1%)		11 (1,6%)
Página Web (no Deep-Web)	2 (0,5%)	1 (0,4%)		3 (0,4%)
Regalado/Invitado	179 (47,0%)	169 (59,7%)	$\chi^2 = 10,560, p = ,001$	351 (52,5%)
Tusibí	Hombres (n = 162)	Mujeres (n = 121)		Total (N = 285)
Contacto de confianza (no amistades)	42 (25,9%)	30 (24,8%)		74 (26,0%)
Contacto de confianza (sí amistades)	38 (23,5%)	39 (32,2%)		78 (27,4%)
Persona desconocida	22 (13,6%)	14 (11,6%)		37 (13,0%)
Deep-Web	1 (0,6%)	1 (0,8%)		2 (0,7%)
Página Web (no Deep-Web)	--	--		--
Regalado/Invitado	89 (54,9%)	84 (69,4%)	$\chi^2 = 6,115, p = ,013$	175 (61,4%)

Finalmente, en el caso del tusibí, al igual que en el resto de sustancias, el principal método de obtención fue el regalo o la invitación (61,4%), especialmente en mujeres (54,9% de hombres y 69,4% de mujeres, $p = ,013$), seguido muy de cerca por los contactos de confianza, que podían pertenecer o no al grupo de amistades.

Según los anteriores datos, cabe destacar que los principales métodos de obtención de drogas implican una relación de confianza con la persona que las suministra, que puede o no formar parte del círculo de amistades. Además, la

obtención gratuita de estas, en forma de invitaciones o regalos, fue citada significativamente más por las mujeres que por los hombres, aun siendo un método de obtención frecuente en ambos.

“Para conseguirlo... pues a base de amigos y amigos de amigos... ¡lo típico!... gente de confianza.” (Entrevista 12, 23 años, Madrid)

En el caso de los hombres, la vía de obtención más mencionada es a través de un contacto de confianza que no pertenece al círculo de amistades, seguida por un contacto que sí pertenece a él, excepto en el caso de la cocaína y el *speed*, sustancias para las que el segundo método más frecuente es el regalo o la invitación. Sin embargo, en el caso de las mujeres, el principal método de obtención de todas las sustancias, a excepción de la MDMA, es el regalo o la invitación. Conseguir las sustancias a través de un contacto de confianza perteneciente al círculo de amistades fue la segunda vía más mencionada por las mujeres en el caso del cannabis, pero para el resto de las sustancias lo fue la obtención a través de un contacto que no pertenecía al círculo de amistades.

La obtención de sustancias a través de la deep-web es minoritaria entre las personas que participaron en la investigación, a pesar de que algunos estudios apuntan a un crecimiento en el uso de los criptomercados como método de obtención de sustancias (Winstock, 2021). Estos tan solo representan una minoría dentro del mercado total, con unas ventas estimadas de 750.000 euros al día en mercados que proveen a Europa (Christin y Thomas, 2019). Así pues, teniendo en cuenta que las principales motivaciones relacionadas con el uso de estos mercados son el precio y la supuesta mejor calidad de las sustancias que en ellos se distribuyen (Van Buskirk et al., 2016), es posible que, entre las personas participantes en el OEC2022, estos factores no sean lo suficientemente relevantes dada la alta disponibilidad y bajo precio de las sustancias en el mercado español.

En el caso del cannabis, los datos sobre obtención a través de asociaciones o clubes cannábicos pueden ser producto de un sesgo en la muestra, ya que hay una sobrerrepresentación de personas procedentes de Cataluña y Madrid, donde estos establecimientos podrían estar más presentes que en el resto del país.

Conclusiones y recomendaciones

El OEC2022 busca convertirse en una herramienta para la detección de necesidades en el ámbito de los consumos recreativos de drogas y servir de base para la mejora de las acciones que se realizan desde los programas de reducción de riesgos y daños. Para ello, en el presente informe, hemos presentado diferentes aspectos y dinámicas sociales claves para comprender esta forma de consumo, en un grupo de personas con un perfil joven e integrado socialmente.

A continuación, queremos destacar los principales resultados de la investigación, así como una serie de orientaciones sobre aspectos que deberían ser parte de los programas que trabajan en este ámbito, o que requieren de un posterior análisis, extraídas de algunas de las conclusiones que a continuación se presentan.

Conclusiones

Perfiles y prevalencias de consumo

En términos de consumo de sustancias, el alcohol, el cannabis y la MDMA parecen dominar el “menú psicoactivo”, aunque existe un amplio abanico de sustancias que también son consumidas por una parte importante de las personas que participaron en el estudio. El hecho de que estas hubieran usado seis sustancias diferentes en los últimos doce meses nos indica que tanto la comprensión como el abordaje del denominado “consumo recreativo de drogas” pasan, inevitablemente, por la consideración del uso simultáneo o concurrente de diversas sustancias psicoactivas. En vista de esto, desde el OEC2022 proponemos, en lugar de consumo recreativo, hablar de

policonsumos recreativos para describir mejor estas realidades. Además, apostamos por el uso del plural dado que no existe una hegemonía en las formas de consumir sustancias de manera recreativa.

Un hallazgo importante del OEC2022 es el porcentaje de personas que afirmaron haber consumido *popper*, siendo la quinta droga más consumida de un total de 25. Esto podría indicar, en relación a esta sustancia, una descentralización de los espacios de consumo y perfiles que lo consumen. Otros inhalantes volátiles como el óxido nitroso y el cloreto tienen una menor presencia, pero en conjunto, los datos de prevalencia de estas tres sustancias nos confirman que, en los últimos años, se ha producido un aumento de su uso en contextos y perfiles donde antes no estaban presentes.

Por otra parte, en el perfil de personas que han participado en el OEC2022, las diferencias de género parecen difuminarse para la mayoría de sustancias, siendo los usos de MDMA y speed más frecuentes en las mujeres que en los hombres. En el primer caso, hasta donde sabemos, es la primera vez que se detecta un consumo mayor entre mujeres que en hombres, el cual deberá ser monitorizado para observar su evolución en el tiempo. En cuanto al segundo, otros estudios ya habían mostrado un uso superior de speed entre las mujeres con respecto a los hombres (por ejemplo, Fernández-Calderón et al., 2011; Vidal y López, 2014; Vidal y Navarro, 2020). Desconocemos cuáles pueden ser las razones que están detrás de este fenómeno y, por tanto, consideramos que necesitaría ser investigado en futuros trabajos.

Primeros consumos

El hecho de que más de la mitad de las personas que tomaron tusibí lo hubieran hecho por primera vez en los últimos doce meses, nos indica la creciente expansión de este producto. Lo mismo cabe decir del GHB y del cloreto, sustancia esta última que ha sido objeto de una importante atención recientemente por parte de los medios de comunicación, pudiendo esto haber contribuido a su expansión. En cualquier caso, el que haya sustancias psicoactivas que hayan sido consumidas por primera vez en el último año por un porcentaje significativo de personas, nos indica que debemos prestar atención, desde la reducción de riesgos y daños, a estos usos iniciales. Ello es de suma importancia en el momento en que estos primeros usos también suponen los primeros aprendizajes en relación al cómo consumir, con un papel muy relevante de los grupos de iguales y la propia experiencia en este proceso.

Patrones de consumo intensivo de sustancias

Un fenómeno que ha aparecido de manera importante en este estudio y que ha sido explorado de manera sucinta en él, tiene que ver con los episodios de

consumo intensivo, los cuales implican estar bajo los efectos de las sustancias durante largos espacios de tiempo. El uso de varias sustancias de forma simultánea o durante el mismo episodio vuelve relevante la atención a los riesgos específicos de las diferentes sustancias. Además, estos periodos se acompañan del uso de sustancias estimulantes que, aunque reducen las sensaciones de fatiga y, por tanto, permiten permanecer muchas horas sin dormir, cuando se unen a la falta de sueño y alimentación asociada al uso de este tipo de drogas podrían incrementar los riesgos.

El uso de filtros como estrategia para la reducción de los riesgos de tipo respiratorio en personas que consumen cannabis.

A pesar de que las evidencias científicas muestran que la ausencia de un filtro en los porros aumenta la absorción de los productos tóxicos derivados de la combustión, su utilización parece ser poco frecuente. Aunque una fracción de las personas que usan cannabis alega motivos relacionados con cambios en la experiencia de fumar o la disminución de efectos psicoactivos, para la mayor parte la razón principal es la costumbre de utilizar una boquilla en lugar del filtro.

La mayor parte de quienes usan esta estrategia de reducción de riesgos afirma que los efectos psicoactivos no disminuyen. Además, una mayoría de quienes usan boquillas una mayoría estaría dispuesta a utilizar filtros si fueran una opción para reducir los riesgos de tipo respiratorio sin que los placeres (colocón, sabor, etc.) tuvieran necesariamente que disminuir.

Todo ello resulta de especial importancia en el momento en que, al menos en nuestro contexto, el uso de tabaco en los porros sigue siendo prácticamente universal entre las personas que consumen cannabis y que estas, además, suelen hacer un uso frecuente del mismo.

Estrategias de reducción de los riesgos relacionados con la dosificación de la MDMA y con el esnifado de sustancias.

En el estudio se ha identificado que, al menos en relación a la dosificación de la MDMA y las prácticas de esnifado de sustancias, las personas no siempre siguen las recomendaciones lanzadas desde los programas de reducción de riesgos y daños, aun teniendo conocimiento de ellas. La razón de este fenómeno se encuentra en que la aplicación de los conocimientos que posee sobre las estrategias, vías de consumo y riesgos que está dispuesta a asumir se adecúa en función del contexto, el grupo de iguales y la finalidad del consumo. Esta negociación constante de los placeres y riesgos se produce de manera consciente, jugando un papel muy importante la confianza, que se renueva en

cada ocasión de consumo, en el grupo de iguales y la ritualización de las conductas.

Las prácticas que resultan de esta negociación son, a veces, consideradas de riesgo y como algo a evitar por los programas de reducción de riesgos y daños, produciéndose así un distanciamiento entre las prácticas de las personas que consumen y las conductas recomendadas por estos programas. Además, teniendo en cuenta que las realidades de los policonsumos recreativos de sustancias son complejas, variadas y variables, las recomendaciones de los programas que dibujan un consumo tipo e ideal profundizan ese distanciamiento a la vez que ocultan estas otras realidades.

Los patrones de consumo de tusibí

Fenómenos emergentes como el consumo recreativo de tusibí necesitan de especial atención a la hora de diseñar e implementar estrategias de reducción de riesgos. En este caso concreto coinciden, además de los discursos sustentados en el miedo del modelo médico hegemónico como origen de las principales estrategias de prevención, procesos de desinformación generados por los medios de comunicación que no son especialistas en el fenómeno de las drogas, por un lado, y los intereses de la actual lógica neoliberal económica que ensalza una sustancia psicoactiva como estrategia de marketing por otro.

Por otra parte, y al menos entre las personas que han participado en esta edición del OEC2022, el consumo de tusibí parece haberse integrado en las pautas ya establecidas de consumo de diferentes drogas. Este consumo no ha sido objeto de análisis cualitativo y, por tanto, desconocemos las motivaciones asociadas al él. A pesar de todo y según la información cuantitativa, no parece que estemos ante un consumo vinculado a las “élites” al ser una práctica encontrada de manera habitual en la población analizada.

Además, es especialmente relevante que una parte de las personas siguen pensando que el tusibí está compuesto de 2C-B o cocaína.

Las barreras percibidas de acceso a la atención sanitaria en festivales

Dada la gran expansión que los festivales de música han tenido en los últimos años y a que el consumo de sustancias es una práctica habitual en ellos, es importante valorar la disposición de las personas asistentes a acudir a los servicios sanitarios de los mismos en caso de necesidad. Entre las personas que participaron en la encuesta online, en torno a un tercio no lo tenía claro o directamente dijo que no iría.

La información como estrategia de reducción de riesgos

Las personas que usan drogas buscan, de manera activa, información sobre ellas. Para esto utilizan diversas fuentes de información, aunque, en este sentido, resulta relevante que el porcentaje de mujeres que dijeron estar muy informadas sobre cannabis y MDMA fuera significativamente menor que el de hombres. Este hecho nos lleva a pensar en posibles barreras de acceso de las mujeres a la información sobre drogas que deberán ser identificadas en posteriores trabajos. Otra posibilidad es que la información existente no se encuentre adaptada a sus necesidades reales, por lo que las estrategias informativas de los programas de reducción de riesgos y daños necesitarían de un cambio de enfoque importante.

Por otra parte, a pesar de esa diversidad de fuentes de información, el grupo de iguales sigue siendo el canal más utilizado para informarse sobre drogas, especialmente por parte de las mujeres. Las fuentes online (páginas web y foros) también son importantes en la transmisión de información y en este sentido, los programas de reducción de riesgos y daños suelen tener amplia presencia en estos entornos virtuales. Sin embargo, las estrategias dirigidas a actuar sobre los grupos de iguales⁵² pueden también ser muy relevantes al ser el entorno natural y preferente de transmisión de la información con relación al fenómeno estudiado.

En todo ello, dos aspectos relacionados son de crucial importancia. En primer lugar, la confianza en la fuente de información determina en gran medida el uso que se haga de ella. Y, en segundo, la información siempre es contrastada con la experiencia personal o colectiva, haciendo que el propio consumo, a su vez, se convierta en un constructo legitimador de las tomas de decisión en relación a qué fuentes de información utilizar. De hecho, si la experiencia de consumo contradice lo defendido por el modelo médico hegemónico prohibicionista, la fuente de ese saber queda desacreditada.

Percepción de las personas que usan drogas en relación a los profesionales de la Medicina de Familia y su papel en la atención de preocupaciones o problemas relacionados con el consumo de drogas.

Las personas consumidoras de drogas de manera recreativa son conscientes de la existencia de intervalo de seguridad relacionado con los posibles riesgos que pueden desarrollarse a través de este uso, el cual apuran al máximo según

⁵² Existen algunas experiencias desarrolladas por Energy Control en este sentido, como el programa *Informants* de EC Mallorca o el programa SENSOR de EC Andalucía que trabajan formando a personas que consumen sustancias para que actúen como embajadoras de la reducción de riesgos y daños en sus grupos de iguales.

ciertas variables contextuales, en aras de optimizar unos placeres subjetivos incorporados a través del saber experiencial y de la influencia del grupo de iguales.

Sin embargo, en caso de preocupación o experimentación de consecuencias negativas, el médico de familia no parece ser un recurso de atención contemplado por una parte importante de las personas que participaron en el OEC2022. De hecho, nuestros resultados evidencian un alto nivel de desconfianza hacia estos profesionales, especialmente acusado en el caso de las mujeres.

Las vías de adquisición de sustancias

Las largas trayectorias de consumo generan confianza, proceso legitimador de ciertas conductas tanto individuales como grupales, desarrolladoras de comportamientos válidos vinculados con el consumo recreativo de drogas. Aquellas personas consumidoras de drogas de manera recreativa de largo recorrido, suelen planificar las compras de drogas para sus consumos con antelación. Esta opción propicia que la adquisición se pueda hacer planeada y en aquellos lugares que subjetivamente definan con el concepto de confianza.

Nuestros resultados confirman la importancia de las redes próximas, las cuales se sustentan en relaciones de confianza, para la distribución de sustancias psicoactivas.

Las vías online de compra/venta parecen tener poca relevancia, aunque se trata de un fenómeno que necesitará de una constante monitorización a la luz de las frecuentes innovaciones que se producen en este ámbito.

Recomendaciones

- En base a la conclusión número 1, desde la reducción de riesgos y daños debe prestarse una mayor atención a los policonsumos recreativos de drogas en lugar de considerar los consumos individuales de sustancias como categorías estancas sin relación alguna entre ellas. Las particularidades de estos policonsumos recreativos deberán ser explorados en profundidad en posteriores trabajos.
- Según lo planteado en la conclusión número 2, debería investigarse el papel que juegan los inhalantes volátiles dentro de los patrones de consumo ya establecidos de uso de sustancias en los nuevos contextos donde su consumo está apareciendo, para poder ajustar mejor unas respuestas de reducción de riesgos y daños que tradicionalmente han sido pensadas para otros grupos de población, especialmente en cuanto al *popper*.

- A colación de lo expresado en la conclusión número 3, desde el OEC2022 consideramos necesario profundizar en las particularidades del consumo de *speed* en las mujeres que nos ayuden a entenderlo y orientar respuestas específicas de reducción de riesgos y daños dirigidas a ellas.
- En vistas de lo comentado en la conclusión número 5, los programas de reducción de riesgos y daños que trabajan en festivales de música deben prestar atención a los consumos intensivos, entendidos estos como los que implican muchas horas sin descanso. Se debe insistir en la importancia de descansar unas horas y mantener una adecuada alimentación, evitando los largos periodos de ayuno. El OEC2022 plantea que los propios festivales puedan insertar “horas muertas” sin música ni actividades, para facilitar el descanso de las personas asistentes.
- Con relación a la conclusión número 6, los programas de reducción de riesgos y daños deben promocionar el uso de filtros, especialmente entre personas que habitualmente fuman cannabis. Para ello, se deben proponer estrategias que permitan romper la costumbre o hábito de usar boquillas a través no sólo de presentar las consecuencias positivas que se derivan de su uso, sino de desmitificar la reducción de placeres que conllevan, especialmente los relacionados con los efectos psicoactivos. En cualquier caso, también es necesaria una mejor comunicación sobre la importancia de los filtros y los resultados que se esperan obtener con su utilización, en términos de reducción de los riesgos respiratorios
- Conforme a lo expresado en la conclusión 7, independientemente de las recomendaciones presentadas desde los programas de reducción de riesgos en torno a la dosificación de la MDMA y el esnifado de sustancias, parece que las personas no siempre las tienen en cuenta y negocian constantemente los placeres y riesgos a través de un conjunto de prácticas, incluidas aquellas que son consideradas como “de riesgo” por parte de los programas (por ejemplo, el esnifado de pastillas de MDMA). Las estrategias de reducción de riesgos planteadas desde estos programas, y para ser lo más efectivas posibles, deben testearse previamente entre las personas a quienes van dirigidas, analizando su integración en la negociación constante de placeres y riesgos que sucede en los contextos de fiesta. Si esta integración no se produce, las recomendaciones serán poco utilizadas y generarán dinámicas de resistencia. Así, por ejemplo, se podrían iniciar procesos participativos con las personas usuarias de estos programas con el fin de evaluar la viabilidad de las recomendaciones en los entornos festivos.

- Sobre lo expresado en la conclusión 8, el OEC2022 anima a seguir trabajando para romper la asociación del tusibí con la 2C-B, publicando los resultados de los servicios de análisis y favoreciendo que, tanto los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado como los medios de comunicación, contribuyan a ello.
- Relacionado con la conclusión 9, podemos plantear que la consolidación de los festivales de música como oferta de ocio y espacio de consumo de sustancias, y las reticencias que pueden mostrar una parte de las personas asistentes a acudir a los servicios sanitarios en caso de necesidad, son una problemática actual. Con lo que es necesario profundizar en esta cuestión, conocer las potenciales barreras de acceso que pudieran existir y tomar las medidas adecuadas, tanto por parte de los propios festivales como de los servicios sanitarios mismos.
- Según lo expresado en la conclusión 10, la información sobre drogas tiende a vehiculizarse en el seno de los grupos de iguales. Por ello, se propone desarrollar estrategias específicas dirigidas a actuar en ellos, como complemento a la información disponible para personas individuales. Por ejemplo, en la gestión del voluntariado dentro de los programas de reducción de riesgos y daños, se debería prestar más atención a su papel de “embajadores” de la reducción de riesgos y daños en sus grupos de iguales que a la propia individualidad. Con lo que, dado que la transmisión de información dentro de ellos se sustenta en la confianza y la credibilidad, este planteamiento sería una estrategia válida para ampliar la efectividad de la reducción de riesgos y daños. Asimismo, para que dicha información sea de confianza y creíble, debe ser veraz, ya que existe una alta probabilidad de que sea contrastada mediante la experiencia individual y colectiva.
- La conclusión 11 muestra cómo ha de mejorarse la formación de los profesionales de Medicina de Familia con respecto a los patrones de consumo recreativo de drogas, incluidos aquellos que son menos frecuentes. Asimismo, se deberían promover campañas entre ellos para reducir el estigma y con ello, las barreras de acceso a estos profesionales que perciben las personas que usan drogas, especialmente las mujeres.

Agradecimientos

El equipo de trabajo del OEC2022 quiere agradecer profundamente a todas las personas que participaron en los dos estudios: tanto en la encuesta online como en las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión. Su disposición a aportar y ayudarnos en nuestra labor es impagable. Como en ediciones anteriores, también queremos agradecer el siempre valioso apoyo en cuestiones metodológicas del Dr. Fermín Fernández-Calderón, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Huelva.

Bibliografía

Alonso, L. (2017). Placeres arriesgados: percepciones y sentidos del exceso, en M. Cañedo, *Sudar material. Cuerpos, afectos, juventud y drogas. Una etnografía de los consumos de atracón entre los jóvenes madrileños*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD.

Álvarez, A.; Parra, I., y Gamella, J. F. (2018, 7 de septiembre). El mercado de derivados del cannabis en España desde la perspectiva de los consumidores frecuentes. IV Congreso Internacional de Antropología AIBR, Encuentros, Diálogos y Relatos desde los Sures, Granada, España.

Belackova, V., y Drapalova, E. (2022). Web surveys as a method for collecting information on patterns of drug use and supply, en *Monitoring drug use in the digital age: studies in web surveys*. EMCDDA Insights. Lisboa: EMCDDA.

Benaglia, L.; Udrișard, R.; Bannawarth, A.; Gibson, A.; Béen, F.; Yin, F.; Esseiva, P., y Delémont, O. (2020). Testing wastewater from a music festival in Switzerland to assess illicit drug use. *Forensic Science International*, 309, 110148.

Biancarelli, D. L., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M., Salhaney, P., Edeza, A., Mimiaga, M. J., Saitz, R., y Bazzi, A. R. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and alcohol dependence*, 198, 80–86.

Bijlsma, L., Celma, A., Castiglioni, S., Salgueiro-González, N., Bou, L., Baz-Lomba, J. A., et al. (2020). Monitoring psychoactive substance use at six European festivals through wastewater and pooled urine analysis. *Science of the Total Environment*, 725, 138376.

Burillo-Putze, G., Ibrahim-Ach, D., Galicia, M., Supervía, A., Martínez, L., et al. (2022). Manifestaciones clínicas y eventos adversos graves tras consumo de cannabis: efecto de la edad y análisis diferenciado en función del sexo y la

coingesta de alcohol. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 34, 275-281.

Burillo-Putze, G., Ibrahim-Achi, D., Martínez, L., Galicia, M., Supervía, A., Puiguiriguer, F., et al. (2022). Características diferenciales en las manifestaciones clínicas y la gravedad de las intoxicaciones por drogas de abuso en adolescentes atendidos en servicios de urgencias en comparación con adultos jóvenes. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 34, 352-360.

Cantos, R. (2020). Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde el enfoque de género y clase social. *Revista Española de Drogodependencias*, 45, 36-51

Cañedo, M. (Coord.) (2017). Sudar material. Cuerpos, afectos, juventud y drogas. Una etnografía de los consumos de atracón entre los jóvenes madrileños. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD.

Castaño A, Gelabert A, Sanz E, Vilardell M, González A, Hernández D. (2011). Atención al drogodependiente: ¿qué factores condicionan a los profesionales? En: VI congreso de la Sociedad Catalano-Balear de Psicología; Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca: Sociedad Catalano-Balear de Psicología; 2011.

Chaiton, M., Kundu, A., Rueda, S., y Di Ciano, P. (2022). Are vaporizers a lower-risk alternative to smoking cannabis? *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 113(2), 293–296.

Chaves, A (2018). La utilización de una metodología mixta en investigación social en Kenneth Delgado, Santa Gadea, Walter Federico Gadea, Sara Vera - Quiñonez, coordinadores. *Rompiendo barreras en la investigación*. 1ª ed. en español. Machala: UTMACH.

Chinet, L., Stéphan P., Zobel F., y Halfon O. (2007). Party drug use in techno nights: A field survey among French-speaking Swiss attendees. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 86, 284–289.

Christin, N., y Thomas, J. (2019). Analysis of the supply of drugs and new psychoactive substances by Europe-based vendors via darknet markets in 2017-2018. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Coomber, R., Moyle, L., y South, N. (2016). The normalisation of drug supply: The social supply of drugs as the “other side” of the history of normalisation. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(3), 255–263.

Cortés, M. T., Giménez, J. A., Martín, B., Gómez, C., y Solanes, Á. (2021). Binge drinking: the top 100 cited papers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 9203.

- Da Silva, G., Pinto, C., y de Sousa, M. (2021). "Drugs are a taboo": a qualitative and retrospective study on the role of education and harm reduction strategies associated with the use of psychoactive substances under the age of 18. *Harm Reduction Journal*, 18, 1, 34.
- Daveluy, A., Géniaux, H., Baumevielle, M., Létinier, L., Matta, M., Lazès, A., Haramburu, F., y Guérault, P. (2018). Parachuting psychoactive substances: pharmacokinetic clues for harm reduction. *Addictive Behaviors*, 78, 173-177.
- del Valle, B., Carmona, J., Vidal, C., y Fernández-Calderón, F. (2021). Harm reduction strategies and drug-related negative consequences in the dance music scene: the moderating role of polysubstance use. *Substance Use & Misuse*, 56, 777-781.
- Dermota, P., Wang, J., Dey, M., Gmel, G., Studer, J., y Mohler-Kuo, M. (2013). Health literacy and substance use in young Swiss men. *International Journal of Public Health*, 58, 6, 939-948.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2, 7, 162-167.
- Doblin R. (1994). The MAPS/California NORMAL marijuana waterpipe/vaporiser study. *Newsletter de la Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*, 5, 19-22.
- Dunn, M., Degenhardt, L., Campbell, G., George, J., Johnston, J., Kinner, S., et al. (2007). *Australian trends in ecstasy and related drug markets 2006: Findings from the Ecstasy and Related Drugs Reporting System (EDRS)*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Earleywine, M., y Barnwell, S. S. (2007). Decreased respiratory symptoms in cannabis users who vaporize. *Harm Reduction Journal* 2007 4:1, 4(1), 11.
- Earleywine, M., y Van Dam, N. T. (2010). Case studies in cannabis vaporization. *Addiction Research & Theory*, 18, 243-249.
- Échele Cabeza (2018). *Si no es 2CB (TUCI), entonces, ¿qué es?* Disponible en línea en <https://www.echelecabeza.com/sino-es-2cb-tuci-entonces-que-es/>
- Fabregat, A., y Calzada, N. (2013). *Mujeres, drogas y fiesta: una investigación orientada a la acción*. Barcelona: Asociación Bienestar y Desarrollo.
- Farré, M., de la Torre, R., Mathúna, B. O., Roset, P. N., Peiró, A. M., Torrens, M., Ortuño, J., Pujadas, M., y Camí, J. (2004). Repeated doses administration of MDMA in humans: pharmacological effects and pharmacokinetics. *Psychopharmacology*, 173, 3-4, 364-375.

Fattinger, K., Benowitz, N. L., Jones, R. T., y Verotta, D. (2000). Nasal mucosal versus gastrointestinal absorption of nasally administered cocaine. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 56, 4, 305-310.

Feltman, K., Elgán, T. H., Strandberg, A. K., Kvillemo, P., Jayaram-Lindström, N., Grabski, M., et al. (2021). Illicit drug use and associated problems in the nightlife scene: a potential setting for prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 9, 4789.

Fernández-Calderón, F.; Lozano-Rojas, O. M., Bilbao-Acedos, I., Rojas-Tejada, A. J.; Vidal-Giné, C., Vergara-Moragues, E., y González-Saiz, F. (2011). Análisis de las diferencias en el perfil y patrón de consumo de drogas de hombres y mujeres que asisten a fiestas rave. *Trastornos Adictivos*, 13, 4, 167-174.

Fernández-Calderón, F., Vidal, C., Guerrero, J., y Lozano, O. (2016). Reliability, convergent and structural validity and cut-off score of the Severity of Dependence Scale for recreational ketamine users. *Addictive Behaviors*, 60, 1-7.

Fernández-Calderón, F., Vidal, C., Rojas, A. J., y Lozano, O. M. (2020). Patterns of simultaneous polysubstance use among partygoers: correlates and differences in adverse acute effects experienced. *Journal of Psychoactive Drugs*, 52, 344-356.

Ford, A. (2022). *Tusi: el sicodélico cóctel rosa que engañó a Latinoamérica*. Insight Crime. Disponible en línea en <https://es.insightcrime.org/noticias/tusi-coctel-sicodelico-rosa-engano-latinoamerica/>

Geuens, M., Van Hoofstadt, K., Hoogmartens, O., Van den Eede, N., y Sabbe, M. (2022). Pooled Urine Analysis at a Belgian Music Festival: Trends in Alcohol Consumption and Recreational Drug Use. *Prehospital and Disaster Medicine*, 37, 6, 806-809.

Gjerde, H.; Gjersing, L.; Baz-Lomba, J. A., Bijlsma, L., Salgueiro-González, N., Furuhaugen, H. et al. (2019). Drug use by music festival attendees: a novel triangulation approach using self-reported data and test results of oral fluid and pooled urine samples. *Substance use & misuse*, 54, 2317-2327.

Gjersing, L., Bretteville-Jensen, A. L., Furuhaugen, H., y Gjerde, H. (2019). Illegal substance use among 1.309 music festival attendees: an investigation using oral fluid sample drug tests, breathalysers and questionnaires. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47, 4, 400-407.

González, B., Díaz, C., del Valle, B., Dacosta, D., y Fernández-Calderón, F. (2020). Personality traits and their association with drug use and harm reduction strategies among polysubstance users who attend music festivals. *Journal of Substance Use*, 25, 2, 177-185.

González-Saiz, A., de las Cuevas, C., Barrio, G., y Domingo-Salvany, A. (2008). Versión española consensuada de la Severity of Dependence Scale (SDS). *Medicina Clínica (Barcelona)*, 131, 796-799.

Grassin-Delyle, S., Buenestado, A., Naline, E., Faisy, C., Blouquit-Laye, S., Couderc, L.J., Le Guen, M., Fischler, M, y Devillier, P. (2012). Intranasal drug delivery: an efficient and non-invasive route for systemic administration: focus on opioids. *Pharmacology & Therapeutics*, 134, 3, 366-379.

Guerras, J. M., Hoyos, J., García de Olalla, P., de la Fuente, L., Herrero, L., Palma, D., del Romero, J., et al. (2021). Comparison of Polydrug Use Prevalences and Typologies between Men Who Have Sex with Men and General Population Men, in Madrid and Barcelona. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11609.

Harzke A.J, Williams M.L, y Bowen A.M. (2009). Binge use of crack cocaine and sexual risk behaviors among African-American, HIV-positive users. *AIDS and Behavior*, 13, 6, 1106-1128.

Hermanstynne, K. A., Bangsberg, D. R., Hennessey, K., Weinbaum, C., y Hahn, J. A. (2012). The association between use of non-injection drug implements and hepatitis C virus antibody status in homeless and marginally housed persons in San Francisco. *Journal of public health (Oxford, England)*, 34(3), 330-339.

Hernández Sánchez D, Grupo de trabajo para la Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias (GIBED) (2012). Factores que condicionan a los profesionales sanitarios en la atención al drogodependiente. *Revista Evidentia*, 9(37).

Hesse, M., Tutenges, S., y Schlieve, S. (2010). The use of tobacco and cannabis at an international music festival. *European Addiction Research*, 16, 4, 208-212.

Holland, J. (Ed.) (2001). Ecstasy: the complete guide: A comprehensive look at the risks and benefits of MDMA. Park Street Press.

Ibrahim-Achi, D., Miró, Ò., Galicia, M., Supervía, A., Puiguriguer, J., Ortega, J., et al. (2021). Red de Estudio de Drogas en Urgencias Hospitalarias en España (Registro REDUrHE): análisis general y comparación según asistencia en día laborable o festivo. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 33, 335-344.

Jakub, G., Krzysztof, O., Katarzyna, D., y Lukasz, W. (2022). "It'll never be safe, but you can limit the harms". Exploring adolescents' strategies to reduce harms associated with psychoactive substance use. *Substance Use and Misuse*, 57, 3, 380-391.

Juteau, L. C., Roy, É., Berbiche, D., Arruda, N., Bruneau, J., y Jutras-Aswad, D. (2018). Examining the Association Between Psychiatric Disorders and Cocaine

Binges: Results from the COSMO Study. *Journal of addiction medicine*, 12, 2, 136–142.

Kelleher S. (2007). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accident and emergency nursing*, 15, 3, 161–165.

Kender-Jeziorska, I. (2020). Patterns of recreational drug use and harm reduction strategies among women at music festivals: the case of Hungary and Poland, en J. Buxton, G. Margo, y L. Burger (Ed.), *The impact of global drug policy on women: shifting the needle*. Bingley: Emerald Publishing Limited.

Kenerson, K. L., y Lear-Kaul, K. C. (2012). Ingestion of drugs by “parachuting”. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 33, 2, 173-175.

Le, A., Yockey, A., y Palamar, J. (2020). Use of “Poppers” among adults in the United States, 2015-2017. *Journal of Psychoactive Drugs*, 52, 5, 433-439.

López Alabarce J, Montalbán Romero M, Castaño Fernández A, Carnicero Viñals E, González Trujillo A, Grupo de Investigación Balear de Enfermería en Drogodependencias (GIBED). ¿Existen instrumentos válidos para medir actitudes profesionales frente al drogodependiente? *Evidentia*, 9, 39.

Mackuľak, T., Brandeburová, P., Grenčíková, A., Bodík, I., Golovko, O., VojsStaňová, A., et al. (2019). Music festivals and drugs: wastewater analysis. *Science of the Total Environment*, 659, 326-334.

Malouff, J. M., Rooke, S. E., y Copeland, J. (2014). Experiences of marijuana-vaporizer users. *Substance abuse*, 35(2), 127–128.

Martinasek, M. P., McGrogan, J. B., y Maysonet, A. (2016). A Systematic Review of the Respiratory Effects of Inhalational Marijuana. *Respiratory care*, 61 ,11, 1543–1551.

Matías, J., Kalamara, E., Mathis, F., Skarupova, K., Noor, A., Singleton, N., y The European Web Survey on Drugs Group (2019). The use of multi-national web surveys for comparative analysis: lessons from the European Web Survey on Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 73, 235-244.

McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., & Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(6), 682–686.

Meyerson, B. E., Russell, D. M., Kichler, M., Atkin, T., Fox, G., & Coles, H. B. (2021). I don't even want to go to the doctor when I get sick now: Healthcare experiences and discrimination reported by people who use drugs, Arizona 2019. *The International journal on drug policy*, 93, 103112.

Miró, Ò., Yates, C.; Dines, A. M., Wood, D. M., Dargan, P.I., Galán, I., et al. (2018). Comparación de las urgencias atendidas por drogas de abuso en dos servicios de urgencias españoles con las atendidas en tres áreas europeas distintas. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 30, 385-394.

Molina Mula J, Hernández Sánchez D, Sanz Álvarez E, Clar Aragón F, GIBED (2012). Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. *Index de Enfermería*, 21, 4, 214-218.

Molina Mula J, Hernández Sánchez D, Simonet Bennassar M, Gelabert Binimelis A, GIBED (2012). Impacto de la formación y los conocimientos de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes. *Index de Enfermería*, 21, 5, 214-218.

Muncan, B., Walters, S. M., Ezell, J., y Ompad, D. C. (2020). "They look at us like junkies": influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm reduction journal*, 17(1), 53.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022). *Monografía Cannabis 2022. Consumo y consecuencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

OMS (2016). Hepatitis C. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/es/>

Ovenden, C., y Loxley, W. (1996). Bingeing on psychostimulants in Australia: do we know what it means (and does it matter)? *Addiction Research*, 4, 1, 33-43.

Page, R., Healey, A., Siefried, K. J., Harrod, M. E., Franklin, E., Peacock, A., Barratt, M., y Brett, J. (2022). Barriers to help-seeking among music festivals attendees in New South Wales, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 41, 6, 1322-1330.

Ribeiro, L. I., y Ind, P. W. (2016). Effect of cannabis smoking on lung function and respiratory symptoms: a structured literature review. *NPJ primary care respiratory medicine*, 26, 16071.

Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., y Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine (1982)*, 69, 7, 1080-1084.

Roy E, Levesque A, Bruneau J, Jutras-Aswad D, Bertrand K, et al. (2014) Psychological distress increases needle sharing among cocaine users: Results from the COSMO Study. *Journal of Addiction Research and Therapy*, S10: 003.

- Roy, É., Boivin, J. F., y Leclerc, P. (2011). Initiation to drug injection among street youth: a gender-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 1, 49-54.
- Sans Álvarez E, Simonet Bennassar M, Clar Aragón F, Gelabert Binimelis A, Molina Mula J, Hernández Sánchez D, et al. (2012). Valoración de actitudes profesionales en enfermeras ante el alcohol y la atención al drogodependiente. *Biblioteca Lascasas*, 8, 1.
- Scheinmann, R., Hagan, H., Lelutiu-Weinberger, C., Stern, R., Des Jarlais, D. C., Flom, P. L., y Strauss, S. (2007). Non-injection drug use and Hepatitis C Virus: a systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 89, 1-12.
- Schierenbeck, T., Riemann, D., Berger, M., y Hornyak, M. (2008). Effect of illicit recreational drugs upon sleep: cocaine, ecstasy and marijuana. *Sleep medicine reviews*, 12, 381-389.
- Silveira Donaduzzi, Daiany Saldanha da, Colomé Beck, Carmem Lúcia, Heck Weiller, Teresinha, Nunes da Silva Fernandes, Marcelo, y Viero, Viviani (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24, (1-2), 71-75.
- Sinnett, E. R., Press, A., y Bates, R. A. (1975). Credibility of sources of information about drugs. *Psychological Reports*, 36, 299-309.
- Skliamis, K., y Korf, D. J. (2022). How Cannabis Users Obtain and Purchase Cannabis: A Comparison of Cannabis Users from European Countries with Different Cannabis Policies. *Substance Use & Misuse*, 1-9.
- Smith, Z., Moore, K., y Measham, F. (2009). MDMA powder, pills and crystal: the persistence of ecstasy and the poverty of policy. *Drugs and Alcohol Today*, 9, 1, 13-19.
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., y Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Strizek, J., Karden, A., & Matias, J. (2020). Relevance of cryptomarkets, characteristics of purchasers and possibilities for survey research: experience from the European Web Survey on Drugs. *Drugs and Alcohol Today*, 21(2), 102-111.
- Supervía, A., Ibrahim-Achi, D., Miró, Ò., Galicia, M., Puiguiriguer, J., et al. (2021). Impact of co-ingestion of ethanol on the clinical symptomatology and severity of patients attended in the emergency department for recreational drug toxicity. *American Journal of Emergency Medicine*, 50, 422-427.
- Tashkin, D. P., y Roth, M. D. (2019). Pulmonary effects of inhaled cannabis smoke. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 45(6), 596-609.

- Tetrault, J. M., Crothers, K., Moore, B. A., Mehra, R., Concato, J., y Fiellin, D. A. (2007). Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Archives of internal medicine*, 167(3), 221–228.
- Trimarchi, M., Bussi, M., Sinico, R. A., Meroni, P., y Specks, U. (2013). Cocaine-induced midline destructive lesions - an autoimmune disease? *Autoimmunity reviews*, 12(4), 496–500.
- Trovato, G., Pace, P., Martines, G. F., y Brischetto, D. (2014). Mala-movida: late bed-timing and wake-up induce malnutrition and underweight in youngsters. *Chronobiology International*, 31(8), 945-946.
- Van Buskirk, J., Roxburgh, A., Bruno, R., Naicker, S., Lenton, S., Sutherland, R., Whittaker, E., Sindicich, N., Matthews, A., Butler, K., Burns, L. (2016). Characterising dark net marketplace purchasers in a sample of regular psychostimulant users. *International Journal of Drug Policy*, 35, 32-37.
- Van Dam, N. T., y Earleywine, M. (2010). Pulmonary function in cannabis users: Support for a clinical trial of the vaporizer. *The International journal on drug policy*, 21(6), 511–513.
- Van Havere, T., Vandersplasschen, W., Lammertyn, J., Broekaert, E., y Bellis, M. (2011). Drug use and nightlife: more than just dance music. *Substance Abuse: Treatment, Prevention and Policy*, 27, 6, 18.
- Vera, B.; Vidal, C.; Lozano, O., y Fernández-Calderón, F. (2020). Harm reduction behaviors among polysubstance users who consume ecstasy: can they reduce the negative consequences? An exploratory study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27, 49-59.
- Vidal, C. y Navarro, J. (2020). Opiniones, creencias y actitudes en relación a los Servicios Móviles de Análisis de Sustancias (SMAS) desde la perspectiva de las personas usuarias de drogas y el sector del ocio nocturno. Barcelona: Asociación Bienestar y Desarrollo.
- Vidal, C., y López, J. (2014). *Consumo recreativo de ketamina: una investigación online*. Barcelona: Asociación Bienestar y Desarrollo.
- Vidal, C., y Navarro, J. (2021). Fiesta, alcohol y otras drogas en tiempos de pandemia: integración de las pautas de prevención del contagio del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en los patrones de consumo recreativo de sustancias psicoactivas en personas usuarias de espacios de ocio. Barcelona: Asociación Bienestar y Desarrollo.
- Vidal, C.; Fernández-Calderón, F., y López, J. (2016). Patterns of use, harm reduction strategies, and their relation to risk behavior and harm in recreational ketamine users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42, 358-369.

Vilardell Balasch, Marta, Hernández Sánchez, Daniel, Molina Mula, Jesús, González Trujillo, Antonio, y Gelabert Binimelis, Antonia. (2015). La atención sanitaria relacionada con el consumo de drogas en un contexto de crisis económica. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 54-58.

Vuolo, M., y Matias, J. (2020). Sources of drug acquisition among females and males in the European Web Survey on Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 81, 102777.

Werse, B., Benschop, A., Kamphausen, G., van Hout, M. C., Henriques, S., Silva, J. P., ... Korf, D. (2019). Sharing, Group-Buying, Social Supply, Offline and Online Dealers: how Users in a Sample from Six European Countries Procure New Psychoactive Substances (NPS). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17(5), 1237–1251.

Winstock, A. R. (2021). *Global Drug Survey 2020 key findings*. Londres: Global Drug Survey.

Wu, T. C., Tashkin, D. P., Djahed, B., y Rose, J. E. (1988). Pulmonary hazards of smoking marijuana as compared with tobacco. *The New England journal of medicine*, 318(6), 347–351.

Anexo 1. Imágenes para la difusión del estudio

Si eres + 18, vives en España y has consumido cannabis, cocaína, speed, MDMA y/o tusibí alguna vez en los últimos 12 meses, **PARTICIPA** en nuestra **encuesta online anónima**.



Observatorio EC

FINANCIADO POR:



FOR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



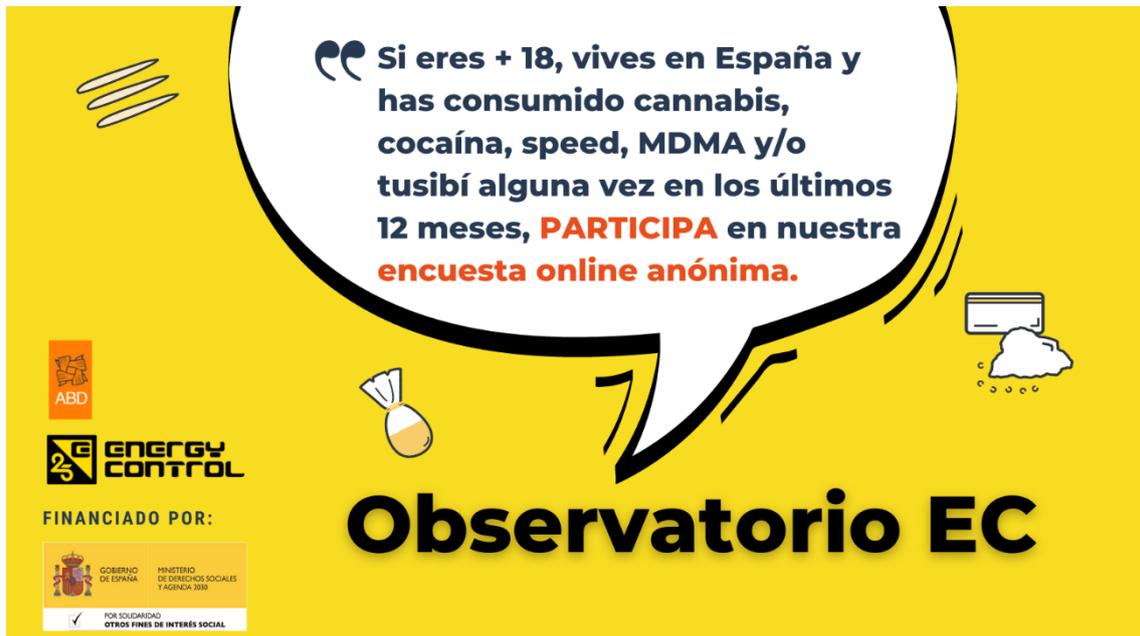
Si eres + 18, vives en España y has consumido tusibí alguna vez en los últimos 12 meses, **PARTICIPA en la encuesta online anónima de nuestro **#ObservatorioEC**.**

FINANCIADO POR:

 GOBIERNO DE ESPAÑA
 MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030
POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

 ENERGY CONTROL

 ABD



Si eres + 18, vives en España y has consumido cannabis, cocaína, speed, MDMA y/o tusibí alguna vez en los últimos 12 meses, **PARTICIPA en nuestra encuesta online anónima.**

 ABD

 ENERGY CONTROL

FINANCIADO POR:

 GOBIERNO DE ESPAÑA
 MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030
POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Observatorio EC



Si eres + 18, vives en España y has consumido **tusibí alguna vez en los últimos 12 meses, **PARTICIPA** en la **encuesta online anónima** de nuestro **#ObservatorioEC**.**

FINANCIADO POR:



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SEGURIDAD SOCIAL
TAJERCA 2022
POR SU INTERÉS
INTERÉS SOCIAL

ENERGY CONTROL
ABO

Anexo 2. Cuestionario de la encuesta online.

Presentación

El proyecto Energy Control de la Asociación Bienestar y Desarrollo se dedica, entre otras cosas, a divulgar información objetiva y útil para personas que consumen sustancias psicoactivas para que puedan reducir los riesgos de ese consumo. Para ello, necesitamos contar con información de primera mano que nos permita conocer bien la realidad. Es por ello que te pedimos tu colaboración y que participes en la primera edición de nuestro Observatorio Energy Control que forma parte del proyecto "ENERGY CONTROL: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados" financiado a través de la Convocatoria de Subvenciones 0,7 para la realización de actividades de interés general consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Esta encuesta trata del consumo de diferentes sustancias. Para poder participar debes: Ser mayor de edad. Residir en España. Haber consumido, en los últimos 12 meses, una o más de las siguientes sustancias: cannabis, MDMA (en cristal y/o pastillas), cocaína, speed y/o tusibí. Responderla te llevará unos 15-20 minutos. Es importante que tengas ese tiempo para hacerlo ya que, para que sea útil, es necesario que respondas a todas las preguntas. Ten en cuenta que los datos que aportes serán tratados de manera anónima y, exclusivamente, con fines estadísticos. Pero, antes de nada, es importante que leas el consentimiento que aparece a continuación.

Consentimiento informado

Para poder participar en esta encuesta es necesario que seas residente en España, mayor de edad (18 años o más) y que hayas consumido sustancias psicoactivas (cannabis, MDMA, cocaína, speed y/o tusibí) en, al menos, alguna

ocasión en los últimos 12 meses. La encuesta es completamente anónima, no recogemos ningún dato de carácter personal o información que permita identificarte, toda la información que nos proporcionas se recoge y trata de forma completamente anónima y confidencial por parte de ABD - Asociación Bienestar y Desarrollo para poder llevar a cabo el proyecto "ENERGY CONTROL: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados". Se tardan unos 15 minutos en completar la encuesta, por lo que es necesario que tengas este tiempo para poder hacerla con tranquilidad. La información que nos proporcionas de forma anónima servirá para realizar estadísticas que nos ayuden a mejorar nuestras intervenciones y recopilar aspectos generales sobre los patrones de consumo de sustancias psicoactivas. Esta información nunca podrá relacionarse con las respuestas que nos des. Si quieres conocer más sobre el tratamiento estadístico de estos datos y el proyecto, puedes escribir a la persona responsable del mismo: claudiovidal@energycontrol.org. La participación en la encuesta es voluntaria y, en cualquier momento, puedes salir de ella, finalizando así tu participación. Si participas, es importante que respondas con total sinceridad para que las conclusiones del estudio sean realmente útiles. Participando en el estudio, consientes el tratamiento de los datos aportados de forma totalmente anónima con exclusiva finalidad estadística, bajo los términos indicados anteriormente y, de igual forma, entiendes que: Tu participación es totalmente voluntaria y puedes finalizar la encuesta en cualquier momento. Los datos que proporcionas son anónimos y serán tratados exclusivamente con finalidad estadística por parte de ABD - Asociación Bienestar y Desarrollo. Tu participación en la encuesta no implica riesgos para tu salud, y que esta consistirá, exclusivamente, en la cumplimentación de un cuestionario online. Puedes obtener información adicional contactando con la persona responsable del proyecto a través del correo electrónico claudiovidal@energycontrol.org.

Al marcar "Acepto participar" estás indicando tu consentimiento para participar en la encuesta. En caso contrario, puedes cerrar esta página.

Antes de comenzar...

Antes de comenzar, nos gustaría hacerte unas preguntas iniciales. Recuerda que toda la información recogida es anónima y será tratada solo con fines estadísticos.

SOC01. ¿Cuál es tu **edad**? [SELECCIÓN ÚNICA]

SOC02. ¿Cuál es tu **sexo**? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Hombre
- Mujer
- Otro. Por favor, especifica:

SOC03. ¿Cuál es tu **identidad de género**? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Hombre
- Mujer
- No binaria
- Otro. Por favor, especifica:

SOC04. ¿En qué Comunidad Autónoma **resides**? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Andalucía
- Aragón
- Asturias, Principado de
- Canarias
- Cantabria
- Castilla y León
- Castilla-La Mancha
- Cataluña
- Ceuta, Ciudad Autónoma de
- Comunitat Valenciana
- Extremadura
- Galicia
- Illes Balears
- Madrid, Comunidad de
- Melilla, Ciudad Autónoma de
- Murcia, Región de
- Navarra, Comunidad Foral de
- País Vasco
- Rioja, La

SOC05. ¿Cómo te has enterado de esta encuesta? [SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- A través de un post en Facebook
- En una publicación en Twitter
- En un post de Instagram
- Me llegó a través de un mensaje de WhatsApp, Telegram u otra herramienta de mensajería instantánea
- A través del correo electrónico
- En la web de Energy Control
- Otro. Por favor, especifica:

BLOQUE 2. CONSUMO DE ALCOHOL Y DE OTRAS DROGAS

A continuación, encontrarás una serie de preguntas referidas a tu consumo de

alcohol u otras drogas. Recuerda que toda la información es anónima y que será tratada exclusivamente con fines estadísticos.

CAD01. ¿Qué sustancias has consumido en alguna ocasión en los últimos 12 meses? [SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)
- Speed
- Ketamina
- Setas alucinógenas
- LSD
- Análogos de la LSD (ej., 1p-LSD)
- Benzodiazepinas (sin receta)
- Benzodiazepinas (con receta)
- Cocaína base
- Heroína
- Opio
- Metanfetamina
- GHB / GBL
- DMT
- 2C-B
- Mefedrona (4-MMC)
- 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC
- Popper
- Óxido nitroso ("gas de la risa")
- Cloretilo
- Tusibí
- Cannabinoides sintéticos

CAD02. De las siguientes sustancias, señala cuáles has consumido POR PRIMERA VEZ en los últimos 12 meses. [SOLO SI SE MARCÓ EN CAD01] [SELECCIÓN MÚLTIPLE].

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)
- Speed
- Ketamina
- Setas alucinógenas
- LSD
- Análogos de la LSD (ej., 1p-LSD)
- Benzodiazepinas (sin receta)
- Benzodiazepinas (con receta)
- Cocaína base
- Heroína
- Opio
- Metanfetamina
- GHB / GBL
- DMT
- 2C-B
- Mefedrona (4-MMC)
- 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC
- Popper
- Óxido nitroso ("gas de la risa")
- Cloretilo
- Tusibí
- Cannabinoides sintéticos

CAD03. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez has estado tomando una o más sustancias de manera ininterrumpida (sin irte a dormir) durante un periodo de hasta 12 horas? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Sí
- No

CAD0301. Por favor, indica (de manera aproximada) el número de veces en que lo has hecho en los últimos 12 meses. [ENTRADA NUMÉRICA]

CAD302. En una situación típica en la que has estado hasta 12 horas consumiendo una o más sustancias sin interrupción (sin irte a dormir), señala qué sustancias estuviste tomando.

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)
- Speed
- Ketamina
- Setas alucinógenas
- LSD
- Análogos de la LSD (ej., 1p-LSD)
- Benzodiazepinas (sin receta)
- Benzodiazepinas (con receta)
- Cocaína base
- Heroína
- Opio
- Metanfetamina
- GHB / GBL
- DMT
- 2C-B
- Mefedrona (4-MMC)
- 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC
- Popper
- Óxido nitroso ("gas de la risa")
- Cloretilo
- Tusibí
- Cannabinoides sintéticos

CAD04. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez has estado tomando una o más sustancias de manera ininterrumpida (sin irte a dormir) durante un periodo de entre 12 y 24 horas? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Sí
- No

CAD0401. Por favor, indica (de manera aproximada) el número de veces en que lo has hecho en los últimos 12 meses. [ENTRADA NUMÉRICA]

CAD0402. En una situación típica en la que has estado entre 12 y 24 horas consumiendo una o más sustancias sin interrupción (sin irte a dormir), señala qué sustancias estuviste tomando.

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)

- Speed
- Ketamina
- Setas alucinógenas
- LSD
- Análogos de la LSD (ej., 1p-LSD)
- Benzodiazepinas (sin receta)
- Benzodiazepinas (con receta)
- Cocaína base
- Heroína
- Opio
- Metanfetamina
- GHB / GBL
- DMT
- 2C-B
- Mefedrona (4-MMC)
- 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC
- Popper
- Óxido nitroso ("gas de la risa")
- Cloretilo
- Tusibí
- Cannabinoides sintéticos

CAD05. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez has estado tomando una o más sustancias de manera ininterrumpida (sin irte a dormir) durante un periodo de entre 24 y 36 horas? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Sí
- No

CAD0501. Por favor, indica (de manera aproximada) el número de veces en que lo has hecho en los últimos 12 meses. [ENTRADA NUMÉRICA]

CAD0502. En una situación típica en la que has estado entre 24 y 36 horas consumiendo una o más sustancias sin interrupción (sin irte a dormir), señala qué sustancias estuviste tomando.

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)
- Speed
- Ketamina
- Setas alucinógenas
- LSD
- Análogos de la LSD (ej., 1p-LSD)
- Benzodiazepinas (sin receta)
- Benzodiazepinas (con receta)
- Cocaína base
- Heroína
- Opio
- Metanfetamina
- GHB / GBL
- DMT
- 2C-B
- Mefedrona (4-MMC)
- 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC
- Popper
- Óxido nitroso ("gas de la risa")
- Cloretilo
- Tusibí
- Cannabinoides sintéticos

CAD06. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez has estado tomando una o más sustancias de manera ininterrumpida (sin irte a dormir) durante un periodo de entre 36 y 48 horas? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Sí
- No

CAD0601. Por favor, indica (de manera aproximada) el número de veces en que lo has hecho en los últimos 12 meses. [ENTRADA NUMÉRICA]

CAD0602. En una situación típica en la que has estado entre 36 y 48 horas consumiendo una o más sustancias sin interrupción (sin irte a dormir), señala qué sustancias estuviste tomando.

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)
- Speed
- Ketamina
- Setas alucinógenas
- LSD
- Análogos de la LSD (ej., 1p-LSD)
- Benzodiazepinas (sin receta)
- Benzodiazepinas (con receta)
- Cocaína base
- Heroína
- Opio
- Metanfetamina
- GHB / GBL
- DMT
- 2C-B
- Mefedrona (4-MMC)
- 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC
- Popper
- Óxido nitroso ("gas de la risa")
- Cloretilo
- Tusibí
- Cannabinoides sintéticos

CAD07. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez has estado tomando una o más sustancias de manera ininterrumpida (sin irte a dormir) durante un periodo de más de 48 horas? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Sí
- No

CAD0701. Por favor, indica (de manera aproximada) el número de veces en que lo has hecho en los últimos 12 meses. [ENTRADA NUMÉRICA]

CAD0702. En una situación típica en la que has estado más de 48 horas consumiendo una o más sustancias sin interrupción (sin irte a dormir), señala qué sustancias estuviste tomando.

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)

- Speed
- Ketamina
- Setas alucinógenas
- LSD
- Análogos de la LSD (ej., 1p-LSD)
- Benzodiazepinas (sin receta)
- Benzodiazepinas (con receta)
- Cocaína base
- Heroína
- Opio
- Metanfetamina
- GHB / GBL
- DMT
- 2C-B
- Mefedrona (4-MMC)
- 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC
- Popper
- Óxido nitroso ("gas de la risa")
- Cloretilo
- Tusibí
- Cannabinoides sintéticos

BLOQUE 3. CANNABIS

[SOLO SI HA CONSUMIDO CANNABIS EN EL ÚLTIMO AÑO]

A continuación, encontrarás una serie de preguntas referidas a **tu consumo de cannabis en los últimos 12 meses**. Recuerda que toda la información que nos proporcionas es anónima y solo será tratada con fines exclusivamente estadísticos.

CAN01. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses has consumido cannabis? [SELECCIÓN ÚNICA]

- 1-5 días
- 6-10 días
- 11-20 días
- 21-50 días
- 51-80 días
- 81-100 días
- 101-150 días
- 151-200 días
- 201-250 días
- 251-300 días
- 301-350 días
- Más de 350 días

CAN02. ¿Qué **tipo** de cannabis has consumido en los últimos 12 meses? [SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- Hachís
- Marihuana
- Extracciones
- Líquido para vapear
- Comestibles
- Otro. Por favor, especifica:

CAN03. ¿Cuál ha sido la principal manera en que has consumido cannabis en los últimos 12 meses? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Fumado (en porros)

- Inhalado (con pipas de agua o bongs, cachimbas, etc.).
- Con un vaporizador
- Por vía oral (comestibles).

[Mostrar las siguientes preguntas solo si CAN03 = "Fumado (en porros)"]

CAN04. ¿Con qué **frecuencia** has mezclado el cannabis (hachís y/o marihuana) con tabaco para hacerte los porros en los últimos 12 meses?

- Nunca [1]
- Casi nunca [2]
- A veces [3]
- Casi siempre [4]
- Siempre [5]

CAN05. ¿Qué tipo de boquilla usas con mayor frecuencia para los porros? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Una boquilla: la punta de un cigarro, un cartón o el filtro de un cigarrillo de tabaco (quitándole todo o parte del algodón del filtro).
- Un filtro: como los del tabaco de liar, los de los cigarrillos de tabaco o filtros de otro tipo (por ejemplo, de carbón activado).

CAN06. [MOSTRAR SOLO SI CAN05 = 1] ¿Has probado alguna vez a poner un filtro (como los del tabaco de liar, los de los cigarrillos de tabaco o filtros de otro tipo como, por ejemplo, los de carbón activado)?

- Sí
- No

CAN07. [MOSTRAR SOLO SI CAN05 = 1] Por favor, señala cuáles son tus razones por las que no usas los filtros (como los del tabaco de liar, los de los cigarrillos de tabaco o de otro tipo).

- Retiene el THC y coloca menos
- Sabe diferente
- No tira
- Por costumbre
- Porque encarece el porro
- Porque me resulta incómodo tener que llevar filtros
- Otra:

CAN08. [MOSTRAR SOLO SI CAN05 = 1] Si te dijera que usando un filtro podrías reducir los riesgos respiratorios de los porros sin que los placeres (colocón, sabor, etc.) tuviera necesariamente que disminuir, ¿te animarías a probarlos?

- No
- No lo tengo claro
- Sí

CAN09. [MOSTRAR SOLO SI CAN05 = 2] Por favor, dínos cuáles son las **razones** por las que usas un filtro en tus porros.

- Porque respiro mejor
- Tengo menos tos
- Raja menos la garganta

- Me gusta el sabor con el filtro
- Por costumbre
- Otra:

CAN10. [MOSTRAR SOLO SI CAN05 = 2] ¿Crees que los porros colocan menos por llevar un filtro?

- Sí
- No

[MOSTRAR A TODOS]

[INICIO ESCALA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS]

CAN11. ¿Sueles tener tos?

- Sí
- No

CAN12. ¿Tienes sibilancias o silbidos en el pecho que no sean atribuibles a un resfriado?

- Sí
- No

CAN13. ¿Te preocupa la falta de aire cuando te apresuras andando en un terreno llano o cuando subes una pequeña cuesta?

- Sí
- No

CAN14. ¿Tienes que caminar más despacio que la mayoría de la gente de tu edad en terreno llano porque te falta el aire?

- Sí
- No

CAN15. ¿Toses con flemas por la mañana?

- Sí
- No

CAN16. ¿Te despiertas por la noche con opresión en el pecho?

- Sí
- No

[FIN ESCALA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS]

CAN17. En los últimos 12 meses, ¿has fumado tabaco? (No tengas en cuenta el que puedas haber usado para hacerte los porros).

- Sí
- No

CAN18. [MOSTRAR SOLO SI CAN17 = SÍ] Durante estos últimos 12 meses y por término medio, ¿qué número de cigarrillos has solido fumar en cada día que fumabas?

- Nº de cigarrillos

CAN19. [MOSTRAR SOLO SI CAN17 = SÍ] Durante los últimos 12 meses, ¿qué tipo de cigarrillos has fumado? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Cigarrillos de cajetilla
- Tabaco de liar
- De los dos tipos

CAN20. ¿Padeces fibrosis quística?

- Sí
- No

CAN21. ¿Padeces asma?

- Sí
- No

CAN22. En los últimos doce meses, cuando has consumido cannabis, ¿con qué frecuencia lo has mezclado con otras drogas? (no consideres el tabaco).

- Siempre que lo he consumido.
- Casi siempre que lo he consumido.
- La mitad de las veces que lo he consumido.
- Casi nunca
- Nunca.

CAN23. Considerando este periodo de 12 meses, piensa en un día típico en que has mezclado CANNABIS con otras drogas. ¿Con qué otras drogas lo has mezclado más habitualmente?

- Mostrar sustancias consumidas en el último año

CAN24. De las siguientes maneras de haber conseguido cannabis, ¿cuál de ellas has utilizado en los últimos 12 meses?

- He comprado a un contacto de confianza que no pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a un contacto de confianza que sí pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a una persona desconocida
- He comprado en la deep-web
- He comprado en una página web (no en la deep web).
- Me lo han regalado o me han invitado
- He cultivado yo mismo.
- He comprado en una asociación o club cannábico.
- Otra. Por favor, especifica:

BLOQUE 4. MDMA

[Solo para quienes contestaron [1] o [2] en CAD04]

Nos has dicho que en el último año has consumido MDMA. A continuación, encontrarás una serie de preguntas sobre diferentes maneras de consumirlo. Por favor, responde a cada una de ellas pensando en lo que has hecho DURANTE EL ÚLTIMO AÑO.

EME01. En los últimos 12 meses, ¿has consumido MDMA en cristal?

- Sí [Pasa a EME02]
- No [Pasa a EME11]

EME02. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses has tomado MDMA en cristal? [SELECCIÓN ÚNICA]

- 1-5 días
- 6-10 días
- 11-20 días
- 21-50 días
- 51-80 días
- 81-100 días
- 101-150 días
- 151-200 días
- 201-250 días
- 251-300 días
- 301-350 días
- Más de 350 días

EME03. ¿De cuáles de las siguientes maneras has consumido MDMA en cristal durante el último año? [SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- En bombitas (envolviendo el cristal en papel de fumar)
- En cápsulas
- Esnifado
- Echando el cristal directamente en una bebida alcohólica
- Echando el cristal directamente en una bebida no alcohólica
- Impregnando el dedo de cristal en la bolsa ("Mojaítas")
- Poniéndolo el cristal en la mano
- Otra. Por favor, especifica:

EME04. De las anteriores maneras de tomar el cristal de MDMA, ¿cuál dirías que es la que más te gusta? [SELECCIÓN ÚNICA]

- En bombitas (envolviendo el cristal en papel de fumar)
- En cápsulas
- Esnifado
- Echando el cristal directamente en una bebida alcohólica
- Echando el cristal directamente en una bebida no alcohólica
- Impregnando el dedo de cristal en la bolsa ("Mojaítas")
- Poniéndolo el cristal en la mano
- Otra. Por favor, especifica:

EME05. En un día típico de los últimos 12 meses en el que hayas tomado MDMA en cristal, ¿qué cantidad de cristal solías tomar? (Señala la cantidad que más se aproxime al consumo típico que has hecho). [SELECCIÓN ÚNICA]

- Menos de un cuarto de gramo.
- Entre un cuarto y medio gramo.
- Entre medio y tres cuartos de gramo.
- Entre tres cuartos y un gramo.
- Más de un gramo.

ESN06. En el último año, ¿con qué frecuencia has pulverizado bien el cristal de MDMA antes de esnifarlo? [MOSTRAR SOLO

SI HA MARCADO “Esnifado” EN EME03]
[SELECCIÓN ÚNICA]

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

ESN07. ¿Con qué frecuencia has ido alternando entre fosas nasales en una sesión de consumo en la que has estado esnifando MDMA en cristal?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

ESN08. ¿Con qué frecuencia has compartido el turulo que has usado para esnifar el cristal de MDMA (se lo has dado a otra persona o has usado el que otra persona había utilizado antes que tú)?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

ESN09. ¿Con qué frecuencia te has lavado las fosas nasales (con agua tibia, suero oral, agua marina, etc.) después de una sesión de consumo en la que has estado esnifando cristal de MDMA?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

ESN10. ¿Con qué frecuencia has limpiado previamente la superficie donde ibas a preparar las rayas de cristal de MDMA?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

EME11. En el último año, ¿has consumido MDMA en pastillas? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Sí [Pasa a EME12]
- No [Pasa a EME17]

EME12. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses has tomado MDMA en pastillas? [SELECCIÓN ÚNICA]

- 1-5 días
- 6-10 días
- 11-20 días
- 21-50 días
- 51-80 días
- 81-100 días
- 101-150 días
- 151-200 días
- 201-250 días

- 251-300 días
- 301-350 días
- Más de 350 días

EME13. En los últimos 12 meses, ¿has esnifado pastillas de MDMA?

- Sí
- No

EME14. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has dividido la pastilla en uno o más trozos (dosis) antes de consumirla?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

EME15. En una sesión típica de consumo de MDMA en pastillas durante los últimos 12 meses, ¿cuál es la cantidad total que has tomado?

- Un cuarto de pastilla
- Media pastilla
- Tres cuartos de pastilla
- Una pastilla
- Más de una pastilla

EME16. Cuando has tomado MDMA (en cristal y/o pastillas) en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has llevado la cuenta de las dosis que estabas tomando?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

EME17. ¿Con qué frecuencia has dejado un intervalo de 3-4 horas entre dosis cuando has tomado MDMA (en cristal y/o pastillas)?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

EME18. En los últimos doce meses, cuando has consumido MDMA, ¿con qué frecuencia lo has mezclado con otras drogas? (no consideres el tabaco). [SELECCIÓN ÚNICA]

- Siempre que lo he consumido.
- Casi siempre que lo he consumido.
- La mitad de las veces que lo he consumido.
- Casi nunca
- Nunca.

EME19. Considerando este periodo de 12 meses, piensa en un día típico en que has mezclado MDMA con otras drogas. ¿Con qué otras drogas lo has mezclado más habitualmente?

- Mostrar sustancias consumidas en el último año

EME20. De las siguientes maneras de haber conseguido MDMA, ¿cuál de ellas has

utilizado en los últimos 12 meses?
[SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- He comprado a un contacto de confianza que no pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a un contacto de confianza que sí pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a una persona desconocida
- He comprado en la deep-web
- He comprado en una página web (no en la deep web).
- Me lo han regalado o me han invitado
- Otra. Por favor, especifica:

BLOQUE 5. COCAÍNA

[Solo para quienes consumieron cocaína en el último año]

Nos has dicho que, en los últimos 12 meses, has consumido cocaína. A continuación, encontrarás una serie de preguntas sobre ello. Por favor, responde a cada una de ellas pensando en lo que has hecho durante este periodo.

COC01. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses has esnifado cocaína? [SELECCIÓN ÚNICA]

- 1-5 días
- 6-10 días
- 11-20 días
- 21-50 días
- 51-80 días
- 81-100 días
- 101-150 días
- 151-200 días
- 201-250 días
- 251-300 días
- 301-350 días
- Más de 350 días

COC02. En un día típico de los últimos 12 meses en el que hayas esnifado cocaína, ¿qué cantidad de solías tomar? (Señala la cantidad que más se aproxime al consumo típico que has hecho). [SELECCIÓN ÚNICA]

- Menos de un cuarto de gramo.
- Entre un cuarto y medio gramo.
- Entre medio y tres cuartos de gramo.
- Entre tres cuartos y un gramo.
- Más de un gramo.

COC03. En el último año, ¿con qué frecuencia has pulverizado bien la cocaína antes de esnifarla? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

COC04. ¿Con qué frecuencia has ido alternando entre fosas nasales en una

sesión de consumo en la que has estado esnifando cocaína? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

COC05. ¿Con qué frecuencia has compartido el turulo que has usado para esnifar cocaína (se lo has dado a otra persona o has usado el que otra persona había utilizado antes que tú)? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

COC06. ¿Con qué frecuencia te has lavado las fosas nasales (con agua tibia, suero oral, agua marina, etc.) después de una sesión de consumo en la que has estado esnifando cocaína? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

COC07. ¿Con qué frecuencia has limpiado previamente la superficie donde ibas a preparar las rayas de cocaína? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

COC08. En los últimos doce meses, cuando has consumido cocaína, ¿con qué frecuencia la has mezclado con otras drogas? (no consideres el tabaco). [SELECCIÓN ÚNICA]

- Siempre que lo he consumido.
- Casi siempre que lo he consumido.
- La mitad de las veces que lo he consumido.
- Casi nunca
- Nunca.

COC09. Considerando este periodo de 12 meses, piensa en un día típico en que has mezclado cocaína con otras drogas. ¿Con qué otras drogas lo has mezclado más habitualmente? [SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- Mostrar sustancias consumidas en el último año

COC10. De las siguientes maneras de haber conseguido MDMA, ¿cuál de ellas has utilizado en los últimos 12 meses? [SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- He comprado a un contacto de confianza que no pertenece a mi círculo de amistades.

- He comprado a un contacto de confianza que sí pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a una persona desconocida
- He comprado en la deep-web
- He comprado en una página web (no en la deep web).
- Me lo han regalado o me han invitado
- Otra. Por favor, especifica:

BLOQUE 6. SPEED

[Solo para quienes consumieron speed en el último año]

Nos has dicho que en el último año has esnifado speed. A continuación, encontrarás una serie de preguntas sobre ello. Por favor, responde a cada una de ellas pensando en lo que has hecho DURANTE EL ÚLTIMO AÑO.

SPE01. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses has esnifado speed? [SELECCIÓN ÚNICA]

- 1-5 días
- 6-10 días
- 11-20 días
- 21-50 días
- 51-80 días
- 81-100 días
- 101-150 días
- 151-200 días
- 201-250 días
- 251-300 días
- 301-350 días
- Más de 350 días

SPE02. ¿Piensas que el speed en pasta es de mejor calidad (es más potente o puro) que el speed el polvo?

- Sí
- No
- No lo sé

SPE03. En un día típico de los últimos 12 meses en el que hayas esnifado speed, ¿qué cantidad de solías tomar? (Señala la cantidad que más se aproxime al consumo típico que has hecho). [SELECCIÓN ÚNICA]

- Menos de un cuarto de gramo.
- Entre un cuarto y medio gramo.
- Entre medio y tres cuartos de gramo.
- Entre tres cuartos y un gramo.
- Más de un gramo.

SPE04. En el último año, ¿con qué frecuencia has pulverizado bien el speed antes de esnifarlo? [SELECCIÓN ÚNICA]

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

SPE05. ¿Con qué frecuencia has ido alternando entre fosas nasales en una sesión de consumo en la que has estado esnifando speed?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

SPE06. ¿Con qué frecuencia has compartido el turulo que has usado para esnifar speed (se lo has dado a otra persona o has usado el que otra persona había utilizado antes que tú)?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

SPE07. ¿Con qué frecuencia te has lavado las fosas nasales (con agua tibia, suero oral, agua marina, etc.) después de una sesión de consumo en la que has estado esnifando speed?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

SPE08. ¿Con qué frecuencia has limpiado previamente la superficie donde ibas a preparar las rayas de speed?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

SPE09. En los últimos doce meses, cuando has consumido speed, ¿con qué frecuencia lo has mezclado con otras drogas? (no consideres el tabaco). [SELECCIÓN ÚNICA]

- Siempre que lo he consumido.
- Casi siempre que lo he consumido.
- La mitad de las veces que lo he consumido.
- Casi nunca
- Nunca.

SPE10. Considerando este periodo de 12 meses, piensa en un día típico en que has mezclado speed con otras drogas. ¿Con qué otras drogas lo has mezclado más habitualmente?

- Mostrar sustancias consumidas en el último año

SPE11. De las siguientes maneras de haber conseguido speed, ¿cuál de ellas has utilizado en los últimos 12 meses? [SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- He comprado a un contacto de confianza que no pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a un contacto de confianza

- que sí pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a una persona desconocida
 - He comprado en la deep-web
 - He comprado en una página web (no en la deep web).
 - Me lo han regalado o me han invitado
 - Otra. Por favor, especifica: _____

BLOQUE 7. TUSIBÍ

[Solo si ha marcado "tusibí" en CAD07]

A continuación, encontrarás una serie de preguntas relacionadas con tu consumo de "tusibí" (también conocido como "cocaína rosa" o "tusi"). Recuerda que todas...

TUS01. ¿Qué sustancia o sustancias crees que lleva el "tusibí"? (Puedes marcar más de una opción)

- Cocaína
- MDMA
- Ketamina
- Speed
- 2C-B
- Cafeína
- LSD
- Tusibí
- No tengo ni idea
- Otra. Por favor, especifica: _____

TUS02. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste "tusibí"?

- _____ años

TUS03. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses has consumido "tusibí"?

[SELECCIÓN ÚNICA]

- 1-5 días
- 6-10 días
- 11-20 días
- 21-50 días
- 51-80 días
- 81-100 días
- 101-150 días
- 151-200 días
- 201-250 días
- 251-300 días
- 301-350 días
- Más de 350 días

TUS04. ¿De qué maneras has tomado "tusibí" en el último año? (Puedes marcar más de una opción)

- Esnifándolo en rayas
- Esnifándolo en puntitas (con una llave o similar)
- Diluyéndolo en una bebida no alcohólica
- Diluyéndolo en una bebida alcohólica
- En bombitas o cápsulas
- Chupando con el dedo
- Otra manera. Por favor, especifica: _____

TUS05. ¿En qué lugares lo has consumido en el último año? (Puedes marcar más de una opción)

- En casa
- En bares
- En pubs
- En raves
- En festivales
- En discotecas
- En casas de colegas
- En la calle
- Otro lugar. Especifica: _____

TUS06. ¿Con quién lo has tomado en el último año? (Puedes marcar más de una opción)

- Con amistades
- Con mi/s pareja/s
- A solas
- Con personas desconocidas
- Con la persona que me lo pasa
- Con otra/s persona/s. Por favor, especifica: _____

TUS07. En el último año, ¿qué cosas hacías mientras estabas tomando "tusibí"?

- Salir de fiesta
- Estar en casa (propia o ajena)
- Escuchar música
- Pasear
- Mantener relaciones sexuales
- Mantener relaciones sexuales en un contexto de chemsex
- Otra. Por favor, especifica: _____

TUS08. En los últimos doce meses, cuando has consumido "tusibí", ¿con qué frecuencia lo has mezclado con otras drogas? (no consideres el tabaco). [SELECCIÓN ÚNICA]

- Siempre que lo he consumido.
- Casi siempre que lo he consumido.
- La mitad de las veces que lo he consumido.
- Casi nunca
- Nunca.

TUS09. Considerando este periodo de 12 meses, piensa en un día típico en que has mezclado "tusibí" con otras drogas. ¿Con qué otras drogas lo has mezclado más habitualmente?

- Mostrar sustancias consumidas en el último año

TUS10. De las siguientes maneras de haber conseguido "tusibí", ¿cuál de ellas has utilizado en los últimos 12 meses? [SELECCIÓN MÚLTIPLE]

- He comprado a un contacto de confianza que no pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a un contacto de confianza que sí pertenece a mi círculo de amistades.
- He comprado a una persona desconocida
- He comprado en la deep-web
- He comprado en una página web (no en la deep web).
- Me lo han regalado o me han invitado

Otra. Por favor, especifica:

TUS11. ¿Has tenido que recibir atención médica por algún problema físico o mental debido a que habías consumido “tusibí”?

- No
- Sí, en el último año
- Sí, pero no en el último año

TUS1101. En caso afirmativo, ¿podrías contarnos qué te ocurrió?

TUS12. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has pensado que no podías controlar tu consumo de “tusibí”?

- Nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

TUS13. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que te pudiera faltar “tusibí”?

- Nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

TUS14. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia te has sentido preocupado/a por tu consumo de “tusibí”?

- Nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

TUS15. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has deseado poder dejar de consumir “tusibí”?

- Nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

TUS16. En ese mismo periodo, ¿hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir “tusibí”?

- Nada difícil
- Bastante difícil
- Muy difícil
- Imposible

BLOQUE 8. CONSECUENCIAS NEGATIVAS

A continuación, encontrarás una serie de cuestiones referidas a problemas que pueden experimentar las personas que consumen sustancias psicoactivas. Por favor, contesta a cada una de ellas pensando en lo que te ha pasado a ti en los últimos 12 meses.

CON01. En los últimos 12 meses, ¿has tenido que acudir a urgencias porque te encontrabas mal después de haber bebido alcohol?

- No
- Sí, en el último año
- Sí, pero no en el último año

CON02. ¿Y por haber consumido otras sustancias distintas al alcohol?

- No
- Sí, en el último año
- Sí, pero no en el último año

CON03. Imagina que estás en un festival de música y comienzas a encontrarte mal a consecuencia de tu consumo de alcohol y/o de otras sustancias. ¿Acudirías a los servicios médicos del festival?

- No
- Sí
- No lo sé

CON04. Señala el grado (1 = Nada y 10 = Totalmente) en que cada uno de las siguientes afirmaciones es importante en tu decisión de acudir o no a los servicios médicos del festival:

- Que no se respete mi anonimato
- Que se comunique a mi familia
- Que se avise a la policía
- Que me expulsen del festival
- No molestar a mis colegas
- Tener que reconocer que he consumido
- Que el personal sanitario me juzgue negativamente por haber consumido

CON05. Por último, imagina ahora que estás en un festival de música y un/a colega comienza a encontrarse mal a consecuencia de su consumo de alcohol y/o de otras drogas. ¿Lo/la llevarías a los servicios médicos del festival?

- No
- Sí
- No lo sé

CON06. Señala ahora el grado (1 = Nada y 10 = Totalmente) en que cada una de las siguientes afirmaciones es importante en tu decisión de llevar o no a un/a colega a los servicios médicos del festival:

- Que no se respete su anonimato.
- Que se comunique a su familia.
- Que se avise a la policía.
- Que lo/la expulsen del festival.
- No molestar al resto del grupo de colegas
- Que tenga que reconocer que ha consumido.
- Que el personal sanitario lo/la juzgue negativamente por haber consumido.

BLOQUE 9. FUENTES DE INFORMACIÓN

INF01. A continuación, nos gustaría que nos dijeras cómo de informado/a piensas que estás sobre cada una de las siguientes sustancias. [OPCIONES: Muy informado/a, Medianamente informado/a, Poco informado/a, Nada informado/a]

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)
- Speed
- Ketamina
- Setas alucinógenas
- LSD
- Análogos de la LSD (ej., 1p-LSD)
- Benzodiazepinas (sin receta)
- Benzodiazepinas (con receta)
- Cocaína base
- Heroína
- Opio
- Metanfetamina
- GHB / GBL
- DMT
- 2C-B
- Mefedrona (4-MMC)
- 3-MMC, 3-CMC o 4-CMC
- Popper
- Óxido nitroso ("gas de la risa")
- Cloretilo
- Tusibí
- Cannabinoides sintéticos

INF02. De cada una de las siguientes fuentes, dínos si has obtenido u obtienes a través de ellas información sobre sustancias. [SÍ/NO]

- Mis amigas/os
- Páginas web de Organizaciones No Gubernamentales
- Páginas web de Administraciones Públicas
- Foros especializados en Internet
- Profesionales del ámbito de las adicciones
- Profesionales sanitarios
- Libros y/o revistas especializadas
- Medios de comunicación
- La persona que me vende las sustancias

INF03. Ahora, para cada una de las fuentes de información anteriores, valora en una escala del 1 al 5 (donde 1 = Ninguna y 5 =

Mucha) cuál es el grado de credibilidad que tienen para ti.

- Mis amigas/os
- Páginas web de Organizaciones No Gubernamentales
- Páginas web de Administraciones Públicas
- Foros especializados en Internet
- Profesionales del ámbito de las adicciones
- Profesionales sanitarios
- Libros y/o revistas especializadas
- Medios de comunicación
- La persona que me vende las sustancias

INF04. Si tuvieras dudas o algún problema en relación con el consumo de drogas, ¿lo consultarías con tu médico de familia?

- No
- Sí
- No lo tengo claro

INF05. ¿Piensas que tú médico de familia va a cambiar su actitud hacia ti si sabe que consumes drogas?

- No
- Sí
- No lo tengo claro

INF06. ¿Confías en que tu médico de familia no desvele información sobre tu consumo a gente de tu entorno (familia y amistades)?

- No
- Sí
- No lo tengo claro

INF07. ¿Cómo valorarías, en una escala del 1 al 10, los conocimientos que tiene tu médico de familia sobre:

- Alcohol
- Tabaco
- Cannabis
- Cocaína
- MDMA (cristal, pastillas, éxtasis)
- Speed
- LSD
- Ketamina
- Tusibí
- Nuevas sustancias psicoactivas

INF08. ¿Cómo puntuarías la eficacia de tu médico de familia abordando los problemas de salud en relación con las sustancias? (1-10)

- Rango 1 -10

INF09. ¿Sobre qué aspectos te interesa o te interesaría tener más información?

- Cómo actúa las sustancias en el organismo (farmacología)
- Cuáles son sus efectos psicoactivos
- Los riesgos que conlleva su consumo
- Formas de reducir los riesgos que conlleva su consumo
- Formas de potenciar sus efectos
- La composición (pureza y adulteración) de las sustancias que circulan por el mercado
- Los aspectos legales relacionados con las

- sustancias
- La mezcla de sustancias

BLOQUE 10. Unas preguntas finales

Para terminar, nos gustaría conocer un poco más del perfil de las personas que participan en este estudio. Recuerda que toda la información es anónima y que será tratada exclusivamente con fines estadísticos.

FIN01. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que has finalizado?

- Sin estudios finalizados
- Educación Primaria finalizada
- Educación Secundaria / BUP finalizados
- Bachillerato / COU finalizados
- Formación Profesional finalizada
- Estudios Universitarios finalizados
- Estudios de Posgrado (máster y/o doctorado)
- Otro. Por favor, especifica:

FIN02. De las siguientes opciones, ¿cuál es la que mejor se ajusta a tu situación laboral actual?

- Solo estudio
- Solo trabajo
- Estudio y trabajo
- Estoy en paro

- Otra situación. Por favor, especifica:

FIN03. ¿Con quién convives actualmente?

- Con nadie
- Con mis hijos/as
- Con mi pareja (sin hijos/as)
- Con mi pareja e hijos/as
- Con mis amistades
- Con mi padre y/o madre y/o hermanos/as u otros familiares
- Con compañeros/as de piso
- Otra situación. Por favor, especifica:

FIN04. Tu principal fuente de ingresos es:

- Mi trabajo
- Una asignación familiar
- La prestación por desempleo
- Una beca o préstamo universitario
- Otra. Por favor, especifica:

FIN05. ¿En qué grupo profesional incluirías tu último trabajo principal?

- Personal asalariado privado
- Personal asalariado público
- Empresario o empresaria sin personal asalariado
- Empresario o empresaria con personal asalariado
- Socio o socia de una cooperativa
- Trabajo en una empresa familiar
- No he tenido nunca un trabajo principal
- Otro. Por favor, especifica:

Anexo 3. Consentimiento informado de la/el participante

D./Dña

con D.N.I. nº y fecha de nacimiento / /

Declaro que:

1. He leído (o me han leído) la hoja informativa en relación con el proyecto **“ENERGY CONTROL: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados”**, financiado a través de la Convocatoria de Subvenciones 0,7 para la realización de actividades de interés general consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.
2. He comprendido aquello que se va a realizar a través de mi participación y he tenido la oportunidad de resolver cualquier duda al respecto.
3. Así mismo, siguiendo la legislación vigente, se me ha informado de que:
 - Debo decir la verdad en mis respuestas, para garantizar la veracidad de los datos que se me solicitan (art. 23.1. L.I.B.)⁵³
 - Tengo derecho a no otorgar mi consentimiento de participación, pudiéndose revocar en cualquier momento de la investigación (art. 4.3. L.I.B.). La falta de este al iniciar el estudio o su revocación una vez iniciado, no supondrá perjuicio alguno o discriminación (art. 4.4 y 6. L.I.B.).
 - Por mi participación no recibiré ninguna prestación económica.

⁵³ Los siguientes artículos se refieren a la Ley de Investigación Biomédica, BOE 4 de julio de 2007.

- Seré informado, si así lo deseo, de los resultados que se obtengan de la investigación (art. 4.5 y 27.2. L.I.B.) y de la forma de obtenerlos (art. 15.2. L.I.B.).
- Tengo derecho a decidir que no se me comuniquen las conclusiones de la investigación, con las excepciones legales pertinentes (art. 4.5. L.I.B.).
- Los datos que se obtengan de mi participación son anónimos y, si al publicarlos hay que utilizar cualquier dato que me identifique, será precisa una autorización (art.15.2. L.I.B). Estos serán tratados conforme a los términos establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, pudiendo ejecutar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, poniéndome en contacto con el investigador principal según los datos incluidos en el documento de información sobre la investigación que me ha sido entregado.

Por lo tanto y de conformidad con todo lo antes expresado, acepto participar de forma voluntaria en el proyecto antes citado bajo la coordinación general de Claudio Vidal Giné, autorizando a ser entrevistado/a por _____ (entrevistador/a) en(lugar) _____, el día ____ / ____ / _____ a la hora _____

Firma del participante

Firma del entrevistador

Anexo 4. Hoja informativa

Datos del investigador responsable del proyecto (art. 15.2. L.I.B.)⁵⁴.

Programa: ENERGY CONTROL: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados.

Nombre y apellidos del investigador principal: D.Claudio Vidal Giné (D.N.I.: 25.327.337-J). Correo de contacto: claudiovidal@energycontrol.org

Datos sobre el proyecto (art. 15.2. L.I.B.)

Este estudio forma parte del proyecto “ENERGY CONTROL: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados”, de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) y financiado a través de la Convocatoria de Subvenciones 0,7 para la realización de actividades de interés general consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales.

Según los criterios de inclusión para formar parte de esta investigación, eres una de las personas seleccionadas para participar en ella, ya que cumples con los siguientes requisitos:

- Ser mayor de 18 años.
- Haber consumido MDMA y sustancias a través de la vía esnifada en el último año.
- Haber firmado el consentimiento informado.

Este proyecto tiene como objeto de mejorar la atención socio sanitaria a personas que hacen un uso recreativo de MDMA y sustancias esnifadas en el último año, a través de la identificación y estudio de sus prácticas y hábitos de consumo para orientar el diseño de acciones adaptadas y eficaces de reducción de riesgos y daños. Esto se hará a través de la triangulación de

⁵⁴ Los siguientes artículos se refieren a la Ley de Investigación Biomédica, BOE 4 de julio de 2007.

información procedente de un estudio cuantitativo mediante encuesta online y un estudio cualitativo mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, pudiéndote retirar en cualquier momento sin tener que dar explicaciones ni sufrir ninguna penalización por ello. Al finalizar el estudio, el equipo se compromete a explicar los resultados a todos los participantes que estén interesados en conocerlos y así lo indiquen.

Los datos obtenidos de tu participación, serán recogidos para su posterior utilización, pudiendo ser compartidos con el equipo técnico que conforma el proyecto. Toda la información facilitada por tu parte será anonimizada y en ningún caso, se te podrá identificar mediante los datos proporcionados. Tu identidad queda protegida de esta manera por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Con relación a la presentación de los resultados y análisis tanto en congresos como revistas científicas, esto solo se realizará manteniendo el anterior anonimato citado y con el beneplácito de la ABD. En todo momento tienes el derecho de no contestar y/o no participar en aquellos momentos/preguntas que consideres, existiendo también la posibilidad de retirarte del estudio definitivamente en cualquier fase de este sin que ello suponga ningún perjuicio para ti.

En caso de que consideres que has sufrido daños y/o molestias causadas por la investigación, puedes proceder a ejecutar tus derechos para una compensación conforme el art. 18. L.I.B. PARA CUALQUIER DUDA O INCIDENCIA CONTACTA CON: Claudio Vidal Giné (Investigador principal): claudiovidal@energycontrol.org.

Gracias por tu tiempo y colaboración

Anexo 5. Guion de las preguntas del grupo de discusión

0. Preguntas sociodemográficas

0.1. Ronda de presentación y exposición de la investigación (consentimiento informado).

0.2. Se realizarán preguntas sociodemográficas sobre: sexo, edad, lugar de residencia, nacionalidad, con quien convives ¿de qué país son?, estudios, identidad de género, trabajo.

0.3. Relación con sustancias psicoactivas ¿consumes drogas? ¿Cuáles? ¿De qué manera? ¿Dónde las compras? ¿Dónde te informas sobre ellas?

1. Higiene y reducción de riesgos en el uso esnifado de drogas:

Conocer si han esnifado sustancias tipo: ketamina, speed, etc., así como sus pautas de higiene y reducción de riesgos en el uso de sustancias esnifadas.

1.1. Patrones de consumo.

Cómo lo hacen, formato, frecuencia, dosificación, vías de adquisición.

¿Cómo creéis que es vuestro consumo de sustancias esnifadas? ¿Con qué frecuencia esnifan sustancias? ¿Qué sustancias esnifan? ¿Por qué elegís esnifar antes que otras posibilidades? ¿Cada cuánto consumís por vía esnifada? ¿Dónde lo soléis consumir? ¿Cómo lo consumís? ¿Cómo os preparáis lo que vas a esnifar? ¿Por qué? ¿Medís lo que ponéis en cada dosis? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Lo hacéis siempre igual?

1.2. Riesgos y placeres.

Preguntar sobre pautas de reducción de riesgos, riesgos percibidos, efectos deseados, efectos no deseados, efectos negativos experimentados.

1.2.1. Reducción de riesgos: ¿Creéis que hay algún riesgo con el consumo esnifado de sustancias? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Habéis vivido alguna experiencia que no os gustase esnifando sustancias? ¿Habéis tenido algún efecto no deseado a través de vuestros consumos esnifados de sustancias? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Qué no os gusta de vuestros consumos esnifados? ¿Tenéis resaca después de consumir sustancias esnifadas? Si las tenéis ¿Cómo las gestionáis? ¿Cómo tratáis de minimizar estas situaciones negativas? ¿Creéis que existen consumos problemáticos de sustancias esnifadas? ¿Cómo es? ¿Por qué?

1.2.2. Placeres: ¿Qué os gusta de vuestros consumos esnifados? ¿Por qué? ¿Habéis vivido alguna experiencia que os gustase con vuestros consumos esnifados? (efectos deseados) ¿Hay algo que os guste de vuestros consumos esnifados? ¿Cómo os aseguráis de tener una buena experiencia con M? ¿Qué es una buena experiencia?

1.3. Fuentes de información:

Preguntar sobre las diferentes fuentes de información utilizadas por las personas que conforman el contexto de aplicación de la técnica de producción de datos: introducir grupo de iguales, saber teórico/saber experiencial, nivel de confianza.

¿Os soléis informar sobre las drogas que vais a consumir? ¿Qué información? (Profundizar en qué dicen respecto a los placeres/riesgos) ¿Qué tipo de información conocéis? ¿Por dónde os ha llegado (a quien se la has consultado, de dónde la has obtenido, etc.)? ¿Por qué confiáis en esta información/persona/fuente? ¿Y en la que no confiáis? ¿Por qué? (fuentes en las que no confían)

¿Qué haríais si tuvierais cualquier tipo de demanda de información con relación a alguna droga por parte de alguna persona? ¿A dónde acudirías? ¿Cómo? ¿Por qué? (Counseling) ¿Aconsejáis a otras personas sobre dosificación, consumo, etc.? ¿Quién os suele preguntar? ¿Qué soléis aconsejar?

2. MDMA:

2.1.1. Consumo a nivel individual: ¿Cómo creéis que es vuestro consumo de MDMA? ¿Usáis otras sustancias? ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué elegís M antes que otras posibilidades? ¿Cada cuánto consumís? ¿Dónde lo soléis consumir? ¿Cómo lo consumís? ¿Utilizáis algún tipo de estrategia de dosificación?

¿Cuáles? ¿Cómo dosificáis la sustancia a consumir? ¿Por qué? ¿Lo hacéis siempre igual?

2.1.2. Consumo a nivel colectivo: ¿Quiénes son las personas que más las consumen? ¿Por qué? ¿Cuáles son los espacios donde más se consume? ¿Por qué? ¿Y las que menos? ¿Por qué? ¿Cómo lo sabéis? ¿Qué crees que lo propicia? ¿Utilizan algún tipo de estrategia de dosificación? ¿Cuáles? ¿Por qué las implementan?

2. 2. Parte de riesgos y placeres:

2.2.1. Reducción de riesgos: ¿Creéis que hay algún riesgo con el consumo de M? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Habéis vivido alguna experiencia que no te gustase con M? ¿Habéis tenido algún efecto no deseado a través de tu consumo de M? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Qué no os gusta de tus consumos de M? ¿Tenéis resaca después de consumir M? En caso afirmativo ¿Cómo las gestionáis? ¿Cómo tratáis de minimizar estas situaciones negativas? ¿Creéis que existen consumos problemáticos de M? ¿Cómo es? ¿Por qué?

2.2.2. Placeres: ¿Qué os gusta de vuestros consumos de M? ¿Por qué? ¿Habéis vivido alguna experiencia que te gustase con M? efectos deseados ¿Hay algo que os guste de vuestros consumos de M? ¿Cómo os aseguráis de tener una buena experiencia con M? ¿Qué es una buena experiencia para vosotros?

3. Fuentes de información:

¿Os han informado sobre MDMA, su consumo y dosificación? ¿Qué información? (Profundizar en qué dicen respecto a los placeres/riesgos) ¿Qué tipo de información conocéis? ¿Por dónde os ha llegado (a quien se la habéis consultado, de dónde la habéis obtenido, etc.)? ¿Por qué confiáis en esta información/persona/fuente? ¿Y en la que no confiáis? ¿Por qué? (fuentes en las que no confían)

¿Qué haríais si tuvierais cualquier tipo de demanda con relación al MDMA? ¿A dónde acudiríais? ¿Cómo? ¿Por qué? (*Counseling*) ¿Aconsejáis a otras personas sobre dosificación de MDMA y su consumo? ¿Quién os suele preguntar? ¿Qué soléis aconsejar?

Anexo 6. Guion de preguntas de las entrevistas

0. Preguntas sociodemográficas

0.1. Ronda de presentación y exposición de la investigación (consentimiento informado).

0.2. Se realizarán preguntas sociodemográficas sobre: sexo, edad, lugar de residencia, nacionalidad, con quien convives ¿de qué país son?, estudios, identidad de género, trabajo.

0.3. Relación con sustancias psicoactivas ¿consumes drogas? ¿Cuáles? ¿De qué manera? ¿Dónde las compras? ¿Dónde te informas sobre ellas

1. Higiene y Reducción de Riesgos en el uso esnifado de drogas:

Conocer si ha esnifado sustancias psicoactivas tipo: ketamina, speed, etc., así como sus pautas de higiene y reducción de riesgos en el uso de sustancias esnifadas.

1.1. Patrones de consumo.

Cómo lo hace, formato, frecuencia, dosificación, vías de adquisición.

¿Cómo crees que es tu consumo de sustancias esnifadas? ¿Con qué frecuencia esnifas drogas? ¿Qué sustancias esnifas? ¿Por qué eliges esnifar por encima de otras posibilidades? ¿Cada cuánto consumes por vía esnifada? ¿Dónde lo sueles consumir? ¿Cómo lo consumes? ¿Cómo te preparas lo que vas a esnifar?

¿Por qué? ¿Mides lo que pones en cada dosis? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Lo haces siempre igual?

1.2. Riesgos y placeres.

Preguntar sobre pautas de reducción de riesgos, riesgos percibidos, efectos deseados, efectos no deseados, efectos negativos experimentados.

1.2.1. Reducción de riesgos: ¿Crees que hay algún riesgo con el consumo esnifado de sustancias? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Has vivido alguna experiencia que no os gustase esnifando sustancias? ¿Has tenido algún efecto no deseado a través de vuestros consumos esnifados de sustancias? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Qué no te gusta de vuestros consumos esnifados? ¿Tienes resaca después de consumir sustancias esnifadas? Si las tienes ¿Cómo la gestionas? ¿Cómo tratas de minimizar estas situaciones negativas? ¿Crees que existen consumos problemáticos de sustancias esnifadas? ¿Cómo es? ¿Por qué?

1.2.2. Placeres: ¿Qué te gusta de tus consumos esnifados? ¿Por qué? ¿Has vivido alguna experiencia que te gustase en tus consumos esnifados? ¿Qué efectos deseados buscas? ¿Hay algo que te guste de tus consumos esnifados? ¿Cómo te aseguras de tener una buena experiencia? ¿Qué es una buena experiencia?

1.3. Fuentes de información:

Preguntar sobre las diferentes fuentes de información utilizadas por la persona entrevistada: introducir grupo de iguales, saber teórico/saber experiencial, nivel de confianza.

¿Te sueles informar sobre las drogas que vas a consumir? ¿Qué información? (Profundizar en qué dice respecto a los placeres/riesgos) ¿Qué tipo de información conoces? ¿Por dónde te ha llegado (a quien se la has consultado, de dónde la has obtenido, etc.)? ¿Por qué confías en esta información/persona/fuente? ¿Y en la que no confías? ¿Por qué? (fuentes en las que no confían)

¿Qué harías si tuvieras cualquier tipo de demanda de información con relación a alguna droga por parte de alguna persona? ¿A dónde acudirías? ¿Cómo? ¿Por qué? (Counseling) ¿Aconsejas a otras personas sobre dosificación, consumo, etc.? ¿Quién te suele preguntar? ¿Qué sueles aconsejar?

2. MDMA:

2.1.1. Consumo a nivel individual: ¿Cómo crees que es tu consumo de MDMA? ¿Usas otras sustancias? ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué eliges M antes que otras posibilidades? ¿Cada cuánto consumes? ¿Dónde lo sueles consumir?

¿Cómo lo consumes? ¿Utilizas algún tipo de estrategia de dosificación? ¿Cuáles? ¿Cómo dosificas la sustancia a consumir? ¿Por qué? ¿Lo haces siempre igual?

2.1.2. Consumo a nivel colectivo: ¿Quiénes son las personas que más las consumen? ¿Por qué? ¿Cuáles son los espacios donde más se consume? ¿Por qué? ¿Y las que menos? ¿Por qué? ¿Cómo lo sabéis? ¿Qué crees que lo propicia? ¿Utilizan algún tipo de estrategia de dosificación? ¿Cuáles? ¿Por qué las implementan?

2. 2. Parte de riesgos y placeres:

2.2.1. Reducción de Riesgos: ¿Crees que hay algún riesgo con el consumo de M? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Has vivido alguna experiencia que no te gustase con M? ¿Has tenido algún efecto no deseado a través de tu consumo de M? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Qué no te gusta de tus consumos de M? ¿Tienes resaca después de consumir M? En caso afirmativo ¿Cómo la gestionas? ¿Cómo tratas de minimizar estas situaciones negativas? ¿Crees que existen consumos problemáticos de M? ¿Cómo es? ¿Por qué?

2.2.2. Placeres: ¿Qué te gusta de vuestros consumos de M? ¿Por qué? ¿Has vivido alguna experiencia que te haya gustado consumiendo M? ¿Qué efectos deseados buscas? ¿Hay algo que te guste de vuestros consumos de M? ¿Cómo te aseguras tener una buena experiencia con M? ¿Qué es una buena experiencia para ti?

3. Fuentes de información:

¿Te han informado sobre MDMA, su consumo y dosificación? ¿Qué información? (Profundizar en qué dicen respecto a los placeres/riesgos) ¿Qué tipo de información conoces? ¿Por dónde te ha llegado (a quien se la has consultado, de dónde la has obtenido, etc.)? ¿Por qué confías en esta información/persona/fuente? ¿Y en la que no confías? ¿Por qué? (fuentes en las que no confía)

¿Qué harías si tuvieras cualquier tipo de demanda con relación al MDMA? ¿A dónde acudirías? ¿Cómo? ¿Por qué? (*Counseling*) ¿Aconsejas a otras personas sobre dosificación de MDMA y su consumo? ¿Quién te suele preguntar? ¿Qué sueles aconsejar?