

OEC2025

ENERGY CONTROL:

Observatorio de

consumos, riesgos y

cuidados

Informe Técnico

Financiado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Un proyecto de:



Energy Control: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados.

Barcelona. Asociación Bienestar y Desarrollo, 2025.

Autores:

Diego Fernández Piedra

Alberto Parrado González

Patricia Hontoria Zaidi

Claudio Vidal Giné

Energy Control: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados. 2025. © 2025 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: 2024.



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Introducción	4
Objetivos	7
Metodología	8
Parte Cuantitativa	8
Parte Cualitativa	11
Limitaciones	13
Personas participantes en el estudio	14
Parte cuantitativa	14
En la parte cualitativa	16
Consumo de sustancias	18
Sustancias consumidas en los últimos 12 meses	18
Sustancias consumidas por primera vez en los últimos 12 meses.	20
Número de sustancias diferentes consumidas	22
Acceso a las sustancias	23
Planificación	25
Frecuencia	26
Vías de administración	26
Efectos	27
Placeres buscados	27
Espacios de consumo	28
Gestión de riesgos	31
Fuentes de información	31
Uso sexualizado de drogas	33
Prevalencia y distribución de la muestra	34
¿Qué drogas están presentes en el uso sexualizado de sustancias?	34
Cuando el consumo forma parte del plan: planificar el USD	34
Contexto relacional del uso sexualizado: ¿Con quién se da el USD?	35
El consumo a lo largo del encuentro sexual	36
Prácticas sexuales más frecuentes	38
Las motivaciones para hacer un USD	40
Espacios y contextos del uso sexualizado	44
Consecuencias del uso sexualizado de drogas	45
Fuentes de información	47
Consumo de bebidas energéticas en la fiesta	48
Uso de bebidas energéticas dentro de contextos de ocio	49
Combinación con otras sustancias	51
Efectos buscados	54
Consecuencias del consumo de bebidas energéticas	56
Fuentes de información	58
Consumo de benzodiacepinas con fines recreativos	59
Características del consumo de benzodiacepinas de manera recreativa en los últimos 12 meses.	60
Vías de administración	62
Combinación con otras sustancias	62
¿Cómo se consiguen las benzodiacepinas?	63

Espacios de consumo	65
Motivos de consumo	67
Estrategias de cuidado y reducción de riesgos	70
Las consecuencias del consumo recreativo de benzodiazepinas	73
Fuentes de información	77
GHB/GBL	78
Características del consumo de GHB/GBL en los últimos 12 meses	79
Acceso a la sustancia	82
Espacios de consumo	82
Motivos para consumir	83
Percepción del riesgo	85
Las pautas de cuidado	86
Consecuencias negativas asociadas al consumo de GHB/GBL	89
Prácticas de cuidado y reducción de riesgos	94
Conclusiones	95
Consumo de sustancias	95
Uso sexualizado de drogas	95
Consumo de bebidas energéticas en la fiesta	96
Consumo de benzodiazepinas con fines recreativos	96
Uso de GHB/GBL	97
Recomendaciones	98
Consumos	98
Uso sexualizado de drogas	99
Bebidas Energéticas en la fiesta	100
Consumo de benzodiazepinas con fines recreativos	100
El consumo de GHB/GBL	101
Bibliografía	103

Introducción

En 2022, gracias a la financiación obtenida a través de la convocatoria 0,7 de subvenciones para actividades de interés general, promovida por la Secretaría de Estado de Derechos Sociales (Convocatoria 2021), se puso en marcha el **Observatorio Energy Control de consumos, riesgos y cuidados** (OEC) dentro del programa **Energy Control** (EC), perteneciente a la **Asociación Bienestar y desarrollo** (ABD). Con el transcurso de los años, esta iniciativa se ha ido consolidando como un espacio de referencia en el ámbito de la investigación aplicada sobre consumos recreativos de drogas. No solo ha desarrollado mecanismos orientados a la sistematización de información objetiva y útil, destinada al diseño de acciones de reducción de riesgos y daños, sino que también ha contribuido de manera significativa al conocimiento existente sobre los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país, mejorando así la calidad y disponibilidad de la información en este campo.

Para su desarrollo, se tomó como punto de partida una serie de proyectos previos (Vidal y Navarro, 2020; Vidal y Navarro, 2021), a partir de los cuales se fue construyendo una metodología concreta de investigación basada en enfoques cuantitativos y cualitativos. Esto permite no solo obtener datos numéricos sobre los diferentes fenómenos relacionados con los consumos de sustancias, sino también aproximarse a las experiencias vividas por las personas que los realizan, tal como ha quedado plasmado en Vidal et al. (2022), Vidal et al. (2023) y Vidal et al. (2024).

A continuación, se presentan las principales aportaciones derivadas de estos procesos de investigación:

Patrones de *consumo intensivo*, caracterizados por episodios en los que las personas utilizan múltiples sustancias de manera simultánea, lo que genera riesgos asociados como la falta de sueño y de alimentación, incrementando los peligros vinculados a estos consumos. En cuanto a los perfiles y prevalencias, se observó que el alcohol, el cannabis y la MDMA dentro de las elecciones de uso; sin embargo, detectando un aumento del *policonsumo recreativo*, donde se combinan varias sustancias, incluyendo psicodélicos y disociativos en determinados sectores de la escena electrónica, lo que sugiere la necesidad de reconsiderar este concepto y proponer el término *policonsumos recreativos* para reflejar mejor la realidad actual (Fernández et al., 2025). La *frecuencia y cantidad* dependen del contexto, siendo más intensivo y prolongado en festivales y eventos de larga duración, mientras que en reuniones privadas o eventos más cortos se observa una mayor planificación y control en la dosificación.

Entre las *estrategias de cuidado* identificadas se incluyen la planificación de la alimentación y el descanso previo, la hidratación y los descansos durante el consumo, así como la recuperación posterior y la planificación del regreso a casa, con diferencias de género evidentes: las mujeres tienden a adoptar estas medidas de manera más consistente y cuidadosa, mientras que los hombres muestran mayor improvisación y disposición a asumir riesgos. Estas no siempre se aplican de manera sistemática, dado que las personas ajustan sus prácticas según el contexto, el tipo de evento y el grupo de iguales.

El *aprendizaje* vinculado a la utilización de drogas está fuertemente influenciado por el *contexto*, el grupo de *iguales* y la *experiencia* personal, afectando tanto la percepción de los placeres como la valoración de los riesgos y daños asociados. En este sentido, el *grupo de iguales* actúa como un espacio de validación y referencia social, donde las prácticas y normas compartidas refuerzan conductas, aprendizajes y decisiones relacionadas con el consumo.

Además, las personas usuarias realizan una *búsqueda* activa de *información* sobre drogas, recurriendo tanto al grupo de iguales como a fuentes en línea, lo que permite consolidar conocimientos sobre sustancias y estrategias de cuidado, así como validar experiencias compartidas y modular decisiones individuales según la información disponible y las normas percibidas.

Asimismo, se observó que, aunque las personas consumidoras son *conscientes* de los *riesgos* asociados a sus prácticas, existe una desconfianza generalizada hacia el personal sanitario, especialmente entre las mujeres, lo que limita la disposición a buscar apoyo profesional y evidencia la necesidad de estrategias de acercamiento más sensibles al género y al contexto de consumo.

En cuanto a los métodos de adquisición de sustancias, las redes de confianza, ya sea en el entorno cercano o mediante contactos en línea, juegan un papel crucial. Mientras que las adquisiciones únicamente en línea tienen una importancia menor en comparación con los intercambios directos y las redes sociales consolidadas, subrayando la relevancia de las relaciones personales en la adquisición de sustancias psicoactivas.

Objetivos

Con carácter general y durante todas las ediciones, el Observatorio Energy Control, tiene como objetivo general el mejorar la atención sociosanitaria dirigida a personas que consumen sustancias psicoactivas de manera recreativa, mediante la identificación de sus hábitos y patrones de consumo, incluyendo tanto los realizados en los últimos 12 meses como la experimentación con sustancias emergentes, con el objetivo de orientar intervenciones efectivas de reducción de riesgos (RDR) en el marco de trabajo de Energy Control y comprender la prevalencia de diferentes prácticas y perfiles de consumo.

De manera específica, el Observatorio Energy Control 2025 (OEC2025) se centró en estudiar los distintos fenómenos:

1. Investigar la presencia del Uso Sexualizado de Drogas (USD) fuera del contexto de *chemsex*, considerando los contextos, los perfiles de las personas participantes y las sustancias empleadas.
2. Analizar la presencia y los patrones de consumo de bebidas energéticas en contextos de ocio recreativo.
3. Examinar el uso recreativo de benzodiazepinas, incluyendo diferencias en frecuencia, motivos de consumo, riesgos percibidos y estrategias de cuidado.
4. Explorar patrones específicos de consumo de GHB/GBL en la población estudiada, a partir de la información cuantitativa recabada.

La inclusión del consumo de bebidas energéticas (BE) y benzodiazepinas en contextos de ocio recreativo responde a la necesidad de comprender hábitos de uso menos visibles pero de creciente relevancia en salud pública (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2025). De igual manera, aunque en los últimos años ha crecido la preocupación por el fenómeno del *chemsex*, entendido como una forma de uso sexualizado de drogas, se ha buscado explorar si estos usos están presentes entre las personas que usan drogas y que responden al perfil con el que suele contactar el programa Energy Control. Asimismo, centrar el análisis en los patrones de consumo de GHB/GBL permite identificar posibles vulnerabilidades particulares, orientar estrategias de reducción de riesgos y diseñar intervenciones que consideren tanto dinámicas contextuales como perfiles de uso diferenciados (Hsu et al., 2024).

Metodología

Antes de comenzar con el análisis de los resultados, consideramos oportuno explicar los métodos y las técnicas elegidas para la consecución de los objetivos expuestos en el apartado anterior. Con esta intencionalidad, y siguiendo la línea de ediciones anteriores del Observatorio, este estudio se estructuró bajo un diseño de investigación no experimental, aplicado, descriptivo y transversal, integrando un enfoque mixto, cuantitativo-cualitativo. La dimensión cuantitativa se abordó mediante una encuesta en línea, de carácter autorrellenable, que permitió a las personas participantes registrar directamente sus hábitos y experiencias de consumo en un formato confidencial y accesible. La dimensión cualitativa, por otro lado, se basó en entrevistas en profundidad y grupos de discusión, proporcionando un espacio para explorar percepciones, motivaciones y estrategias de cuidado asociadas al uso recreativo de sustancias.

Esta combinación metodológica favorece un análisis más integral de la complejidad del fenómeno, al vincular datos numéricos con narrativas personales y experiencias subjetivas, facilitando así la comprensión de patrones de consumo, contextos de uso y riesgos asociados (Dalpoas & Shermock, 2021).

Parte Cuantitativa

Se diseñó una encuesta online, decisión sustentada en la experiencia acumulada en la utilización de este tipo de metodología proveniente tanto de estudios propios anteriores (Fernández-Calderón et al., 2016; Vidal y López, 2014; Vidal y Navarro, 2020; 2021; Vidal et al., 2022; 2023; 2024) como de otros investigadores (del Valle et al., 2021; Vera et al., 2020). La encuesta fue generada mediante la plataforma LimeSurvey, seleccionada por su capacidad para garantizar una gestión eficiente y segura de los datos de las personas participantes.

Antes de comenzar con su difusión, se llevó a cabo una fase piloto con personas voluntarias vinculadas a Energy Control que cumplieran los criterios de inclusión del estudio (ser mayores de edad y haber consumido drogas en los últimos 12 meses). Esta prueba permitió evaluar la comprensión de los ítems y detectar posibles ambigüedades para reformular algunas preguntas con el fin de mejorar su claridad, precisión y pertinencia. En esta fase se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en la disponibilidad e interés de las personas que cumplieran los criterios establecidos. Éstas, antes de su participación, marcaron una casilla otorgando el consentimiento tanto vinculado a su participación como al uso de la información otorgada.

Este tipo de herramienta resulta especialmente útil para estudiar consumos de sustancias psicoactivas gracias al anonimato y la confianza que generan. No obstante, también presenta limitaciones como respuestas incompletas, dificultades para generalizar los resultados y posibles sesgos de selección (Belackova & Drapalova, 2022).

La encuesta fue diseñada con el objetivo de recopilar la siguiente información:

- **Características de las personas participantes:** se recogieron variables de carácter sociodemográfico, como la edad, la identidad de género, el sexo asignado al nacer, la comunidad autónoma de residencia, el nivel educativo, la situación laboral, el tipo de convivencia, la fuente principal de ingresos y la categoría profesional del empleo más reciente. Asimismo, se registró el canal por el que se conoció la encuesta, la posible participación en ediciones anteriores del OEC y el uso de los servicios ofrecidos por Energy Control.
- **Participación en entornos de ocio electrónico:** se registró la frecuencia de asistencia a fiestas, así como la tipología de los espacios visitados.
- **Consumo de sustancias:** se analizó la prevalencia de consumo de 25 sustancias diferentes en el último año (distinguiendo el uso de benzodiacepinas con y sin receta), así como la incidencia de nuevos consumos en este mismo periodo. Estas sustancias representan, dentro de la población diana de Energy Control (Fernández et al., 2024), las más consumidas en España según estudio previos (Vidal et al., 2022; 2023; 2024) y según los datos recopilados en programas de intervención como Energy Control.
- **Uso sexualizado de drogas:** se analizó la prevalencia del uso de drogas con fines sexualizados en los últimos 12 meses, así como sus características, las sustancias utilizadas antes y durante el encuentro sexual, las prácticas sexuales, las consecuencias y los motivos.
- **Consumo de bebidas energéticas en entornos de fiesta:** se registró la frecuencia de consumo y la combinación con otras sustancias, así como los motivos para realizar estas combinaciones.
- **Uso de benzodiacepinas con fines recreativos:** se registraron la frecuencia de uso, las formas de consumo, los tipos de benzodiacepinas consumidas, las vías de obtención, los espacios de consumo, los motivos de uso, la frecuencia de utilización de estrategias de cuidado, las consecuencias del consumo y la combinación con otras drogas.
- **Consumo de GHB/GBL:** se registraron las frecuencias de uso, las formas de consumo, las vías de obtención, los espacios de consumo y los motivos para consumir. Asimismo, se analizó la percepción del riesgo del uso de GHB/GBL, la frecuencia de utilización de estrategias de cuidado, las consecuencias del consumo, la ocurrencia de sobredosis (incluidos los motivos asociados) y la severidad de la dependencia del consumo de GHB/GBL¹.

¹ Evaluada mediante la *Dependence Severity Scale* (DSS; Gossop et al., 1995).

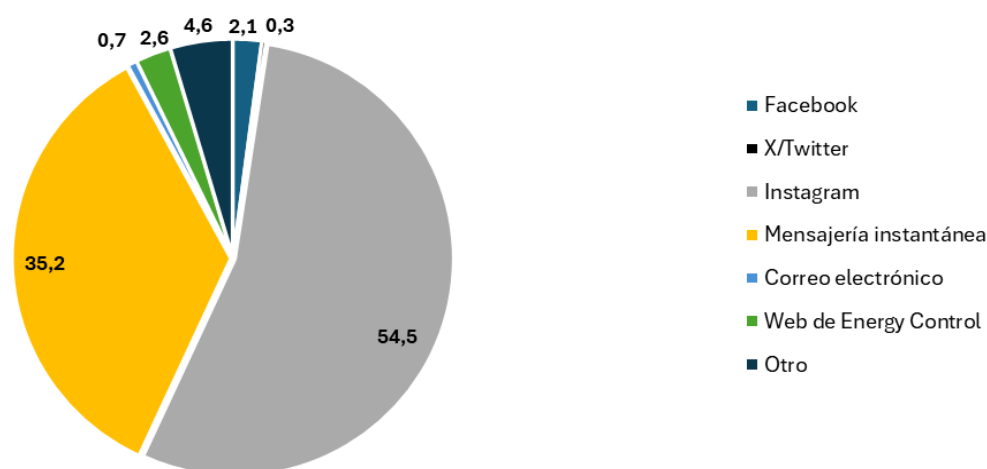
Captación de las personas participantes

La recogida de datos se llevó a cabo entre el 28 de agosto y el 1 de octubre de 2025. Como en ediciones anteriores, la difusión del cuestionario se realizó a través de las redes sociales del programa, (Instagram y Facebook), mediante publicaciones periódicas orientadas a promover la participación.

Asimismo, se contó con la colaboración de perfiles con amplia audiencia en Instagram y TikTok, lo que favoreció una mayor visibilidad y el incremento del alcance de la convocatoria.

Al igual que en ediciones pasadas, Instagram fue el principal canal a través del que las personas participantes tuvieron conocimiento de la encuesta.

Figura 1. Medio de conocimiento de la encuesta online OEC2025.



Análisis cuantitativo

Tras terminar la recogida de datos, las respuestas se procesaron con el software estadístico SPSS, aplicando análisis descriptivos según la naturaleza de cada variable: distribuciones de frecuencia para las categóricas y medidas de tendencia central (media y desviación típica) para las continuas. Para simplificar la interpretación y favorecer la comparación de prácticas, algunas variables se recodificaron siguiendo criterios de estudios previos (Vera et al., 2020; Vidal et al., 2016, 2022, 2023, 2024). En particular, las frecuencias de uso de estrategias de reducción de riesgos y de consecuencias negativas se agruparon en “frecuencia baja” (nunca, casi nunca, a veces) y “frecuencia alta” (casi siempre, siempre).

Los resultados se desglosaron por género, excluyendo la categoría “no binario” y “otro género distinto de masculino y femenino” por su escaso número de casos, y por edad, definiendo dos grupos: personas adultas jóvenes (18-34 años) y el resto de la muestra. Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante la prueba de *chi cuadrado* y la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y la prueba *T*

de *Student* para variables continuas, considerando un nivel de significación de 0,05.

Parte Cualitativa

En esta fase del estudio, y manteniendo el enfoque mixto previamente descrito, se emplearon entrevistas semiestructuradas y grupos focales como herramientas de producción de datos. Estas técnicas, utilizadas en investigaciones previas (Vidal & Navarro, 2020; 2021; Vidal et al., 2022; 2023; 2024), resultan especialmente adecuadas para profundizar en las opiniones, expectativas y creencias de los participantes (Almutrafi, 2019). Asimismo, permiten contextualizar y complementar los hallazgos cuantitativos, ofreciendo una visión más rica y matizada de los comportamientos, percepciones y experiencias vinculadas al uso recreativo de sustancias psicoactivas, desarrollándose de manera que fomenten la participación activa y la reflexión por parte de las personas entrevistadas (Anderson, 2015).

Para su implementación se elaboraron guiones adaptados a cada tipo de participante y contexto, contruidos sobre la base de la teoría existente, los objetivos del estudio y las categorías de análisis planteadas. En la investigación cualitativa, el diseño de estos guiones se desarrolla a través de diferentes fases que incluyen la revisión teórica, el diseño inicial, la prueba piloto y la validación, lo que contribuye a la credibilidad del estudio (Kallio et al., 2016). Además, estos guiones mantienen la flexibilidad necesaria durante su aplicación, permitiendo que las personas entrevistadas exploren nuevas líneas de interés y capturen la riqueza de sus vivencias y percepciones, garantizando así que las preguntas no solo sean claras y relevantes, sino también capaces de generar información profunda y contextualizada que complemente los datos cuantitativos del estudio.

En ambas técnicas, antes de comenzar la actividad se entregó a cada participante una hoja informativa sobre el estudio junto con el documento de consentimiento informado, que fue firmado previamente a la grabación de las sesiones en formato audio.

Grupos focales

Se trata de una técnica de recolección de información que consiste en reunir a un grupo de personas para debatir sobre un tema concreto, guiadas por preguntas planteadas por la persona moderadora. Este formato promueve un intercambio activo de ideas entre los participantes, permitiendo que los discursos sean confirmados, cuestionados o matizados por los propios miembros del grupo. De este modo, el equipo investigador puede explorar de forma más profunda las percepciones, opiniones y comportamientos de los participantes en relación con los objetivos del estudio (Silveira et al., 2015).

Para el desarrollo del OEC2025 se realizaron dos grupos focales: uno en Barcelona y otro en Madrid. Esta distribución respondió tanto a la presencia de delegaciones de Energy Control en dichas ciudades, como a su mayor número de habitantes.

Entrevista semiestructurada

Esta herramienta se caracteriza por su versatilidad, siendo aplicable no solo dentro del enfoque cualitativo, sino también en distintos contextos de investigación, transformándola en una técnica idónea para recopilar y generar información sobre percepciones, interpretaciones y modos de comprensión de los participantes respecto a diversos aspectos del fenómeno estudiado (Díaz et al., 2013).

Para el desarrollo del OEC2025, se realizaron 32 entrevistas a personas residentes en Barcelona (10), Madrid (10), Sevilla (6) y Palma (6). La distribución respondió a la presencia de delegaciones de Energy Control en estas ciudades, así como al mayor volumen de población en las dos primeras.

Captación de las personas participantes

Las personas informantes se obtuvieron inicialmente mediante un llamamiento a participar difundido a través de las redes sociales EC (Instagram y Facebook), generando un muestreo por conveniencia e intencional. Posteriormente, con el fin de ampliar la red de participantes y acceder a personas adicionales con características relevantes para el estudio, se implementó un muestreo en cadena discriminatorio exponencial, identificando y contactando nuevas personas susceptibles de participar a partir de recomendaciones de los participantes iniciales. Esta estrategia permitió garantizar la diversidad de perfiles y mejorar la representatividad de los distintos subgrupos de interés.

En todos los casos, los criterios de inclusión aplicados fueron ser mayores de edad, haber consumido drogas en los últimos 12 meses, firmar el consentimiento informado y residir en una de las ciudades donde Energy Control tiene sede.

La recolección de datos finalizó al alcanzarse la *saturación muestral*, entendida como el punto en que las entrevistas u observaciones adicionales dejan de aportar información nueva y se considera que se ha logrado una diversidad suficiente de perspectivas (Martínez Salgado, 2012; García & Rodríguez, 2018).

Análisis cualitativo

Antes de proceder al análisis, los audios fueron transcritos por una persona del equipo diferente al responsable de la dinámica, con el fin de minimizar sesgos. Además, con el fin de asegurar la confidencialidad y garantizar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, la información personal de los participantes fue anonimizada mediante un código que integraba la técnica utilizada, la ciudad, el número de entrevista, el género y la edad (Técnica, Ciudad, N.º Entrevista, Género, Edad).

Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de contenido temático, estructurado a partir de categorías construidas de manera inductiva. Estas se definieron considerando el conocimiento previo generado de la bibliografía consultada y experiencias investigadoras previas (Vidal et al., 2022; 2023; 2024), las necesidades del equipo investigador, del voluntariado y del personal técnico de Energy Control, así como las aquellas emergentes identificadas durante el procesamiento de la información mediante el software Atlas.ti, siendo estas: *contexto, patrones de uso, placeres, riesgos, estrategias de cuidado y fuentes de información*.

La organización del análisis se realizó según las siguientes variables:

- **Edad:** se establecieron dos grupos, personas adultas jóvenes (18-34 años) y mayores de 34 años.
- **Género:** se incluyeron personas que se identifican como hombre y mujer cis, persona no binaria y mujer y hombre trans.
- **Lugar de residencia:** se consideraron las ciudades con delegación de Energy Control (Madrid, Sevilla, Palma y Barcelona).

Limitaciones

Al tratarse de un estudio transversal con muestra de conveniencia, no es posible generalizar los hallazgos a toda la población que consume sustancias psicoactivas. El reclutamiento a través de las redes sociales de Energy Control, especialmente Instagram, puede generar un sesgo de selección, sobre-representado ciertos perfiles. Además las metodologías empleadas tienen un carácter exploratorio, por lo que no permiten establecer relaciones causales entre variables. Pese a ello, los resultados proporcionan información valiosa para orientar recomendaciones y prioridades en programas de reducción de riesgos y daños, contribuyendo al conocimiento de las dinámicas actuales de consumo recreativo en España.

Personas participantes en el estudio

Parte cuantitativa

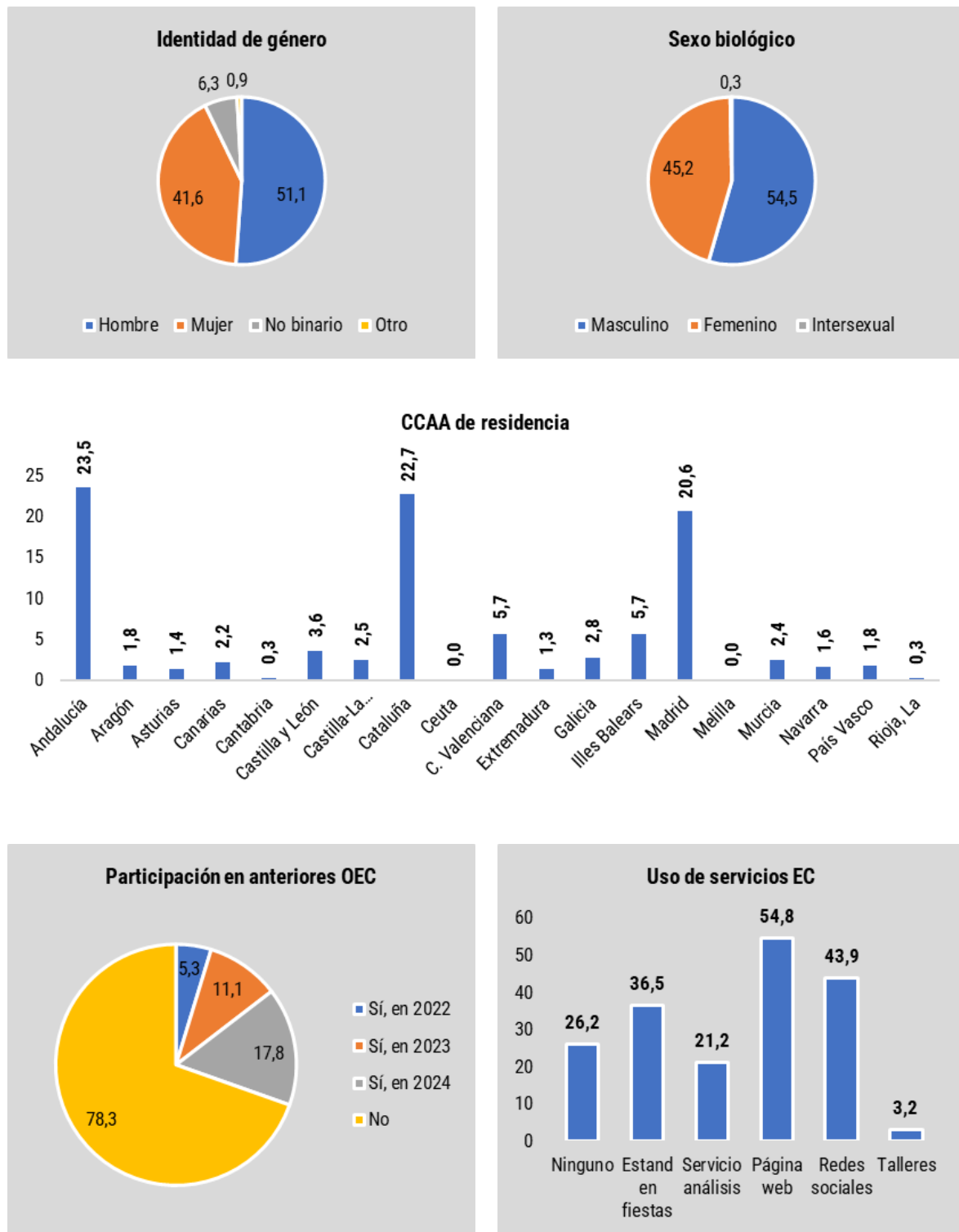
Características sociodemográficas

Entre el 28 de agosto y el 1 de octubre de 2025, un total de 1113 personas participaron en el estudio. De estas, 759 completaron el cuestionario en su totalidad, mientras que 354 participantes no lo finalizaron. Para los resultados del informe, se utilizaron exclusivamente las respuestas de aquellos participantes que finalizaron el cuestionario.

La muestra final estuvo compuesta por 759 personas, con una edad media de 32,9 años. De ellas, 388 se identificaron como hombres (51,1% del total; edad media 33,6), 316 como mujeres (41,6%; edad media: 32,8 años), 48 como personas no binarias (6,3%; edad media: 28,9), y 7 se identificaron como otra identidad de género (0,9%).

En cuanto a la residencia, y como en ediciones anteriores, la mayoría de la muestra procede de Comunidades Autónomas donde el programa Energy Control tiene presencia territorial: Andalucía, Cataluña y Madrid.

Respecto a la participación previa en el Observatorio, casi el 80% de las personas encuestadas en esta edición no habían participado previamente en el OEC. Asimismo, un 26,2% indicó no haber utilizado nunca ningún servicio propio de Energy Control. Entre quienes sí lo habían hecho, los más mencionados fueron la página web (54,8%), las redes sociales (43,9%) y los stands en espacios de fiesta (36,5%).

Figura 2. Características de las personas participantes en el estudio online OEC2025.

Participación en contextos de ocio vinculados a la música electrónica

En línea con ediciones anteriores, casi todas las personas que participaron en la encuesta habían **frecuentado espacios de música electrónica** en los últimos 12 meses. El grupo de edad de 18 a 34 años declaró haber asistido a estos eventos con una frecuencia significativamente mayor que el grupo de más de 34 años. En especial destacaron las **discotecas** y **raves** (free party), que fueron más frecuentadas por el sector más joven de la muestra.

Tanto en hombres como en mujeres, los entornos más frecuentados fueron los **festivales** y las **discotecas**. Además, las fiestas en casa continúan consolidándose como un espacio habitual para la organización de eventos de música electrónica.

Figura 3. Asistencia a eventos de música electrónica (OEC2025, N = 759).

	Hombres (n = 388)	Mujeres (n = 316)	18-34 años (n = 469)	+34 años (n = 290)		Total (n = 759)
Sí: n (%)	346 (89,2)	285 (90,2)	431 (91,9)	248 (85,5)	$p = .005$	679 (89,5)
Tipo de espacio ²						
Festival	270 (78,0)	223 (78,2)	331 (76,8)	190 (76,6)		521 (76,7)
Discoteca	259 (74,9)	194 (68,1)	332 (77,0)	159 (64,1)	$p = .000$	491 (72,3)
Rave (free party)	158 (45,7)	127 (44,6)	230 (53,4)	80 (32,3)	$p = .000$	310 (45,7)
Casa	183 (52,9)	154 (54,0)	239 (55,5)	126 (50,8)		365 (53,8)
Bares/Pubs	145 (41,9)	109 (38,2)	178 (41,3)	101 (40,7)		279 (41,1)

En la parte cualitativa

Durante el desarrollo del **OEC 2025**, se emplearon dos técnicas de recogida de datos en aquellas localidades donde Energy Control cuenta con sede: **grupos focales** y **entrevistas semiestructuradas**. La participación se realizó cumpliendo con los criterios de inclusión definidos para el estudio y tras la difusión de la convocatoria a través de las redes sociales y los canales institucionales de Energy Control. Asimismo, se utilizó un **muestreo por bola de nieve**, de manera que las personas participantes pudieran recomendar a otras que cumplieran con los criterios de selección, ampliando así la diversidad de perfiles.

Se realizaron dos **grupos focales**, uno en Madrid y otro en Barcelona, con el objetivo de favorecer la participación activa de los asistentes:

- **Madrid:** 4 hombres (25, 29, 39, 42 años) y 2 mujeres (21, 32 años).

² Porcentaje sobre el total de personas que asistieron a eventos relacionados con la música electrónica.

- **Barcelona:** 3 hombres (23, 27, 29 años) y 6 mujeres (23, 26, 27, 35, 43, 44 años).

Las **entrevistas semiestructuradas** se llevaron a cabo en todas las ciudades con sede de Energy Control, para garantizar la representatividad geográfica y facilitar su desarrollo:

- **Barcelona:** 5 hombres (25, 25, 29, 30, 40 años) y 5 mujeres (21, 31, 34, 41, 41 años).
- **Madrid:** 5 hombres (29, 36, 37, 44, 51 años) y 5 mujeres (29, 29, 35, 40, 43 años).
- **Sevilla:** 2 hombres (22, 28 años) y 4 mujeres (29, 29, 36, 43 años).
- **Palma:** 4 hombres (19, 29, 31, 41 años) y 2 mujeres (35, 42 años).

Consumo de sustancias

Sustancias consumidas en los últimos 12 meses

En la encuesta se preguntó a los participantes por su consumo durante los últimos 12 meses, incluyendo 25 sustancias diferentes (distinguiendo el uso de benzodiazepinas con y sin receta) ya consideradas en ediciones anteriores.

Al igual que en anteriores ediciones, el alcohol se mantiene claramente como la sustancia más utilizada, con una prevalencia del 93,8% en el total de la muestra y con unos valores muy elevados en todos los subgrupos analizados. La MDMA (80,0%), el cannabis (64,0%) y las bebidas energéticas (48,4%) ocupan también un lugar central en los patrones de consumo de las personas encuestadas. Otras sustancias, como los *poppers*, la cocaína, el speed o la ketamina ocupan un segundo nivel en términos de presencia significativa, mientras que el resto de drogas presenta porcentajes más moderados o bajos, ocupando un lugar más minoritario en el patrón de consumo global.

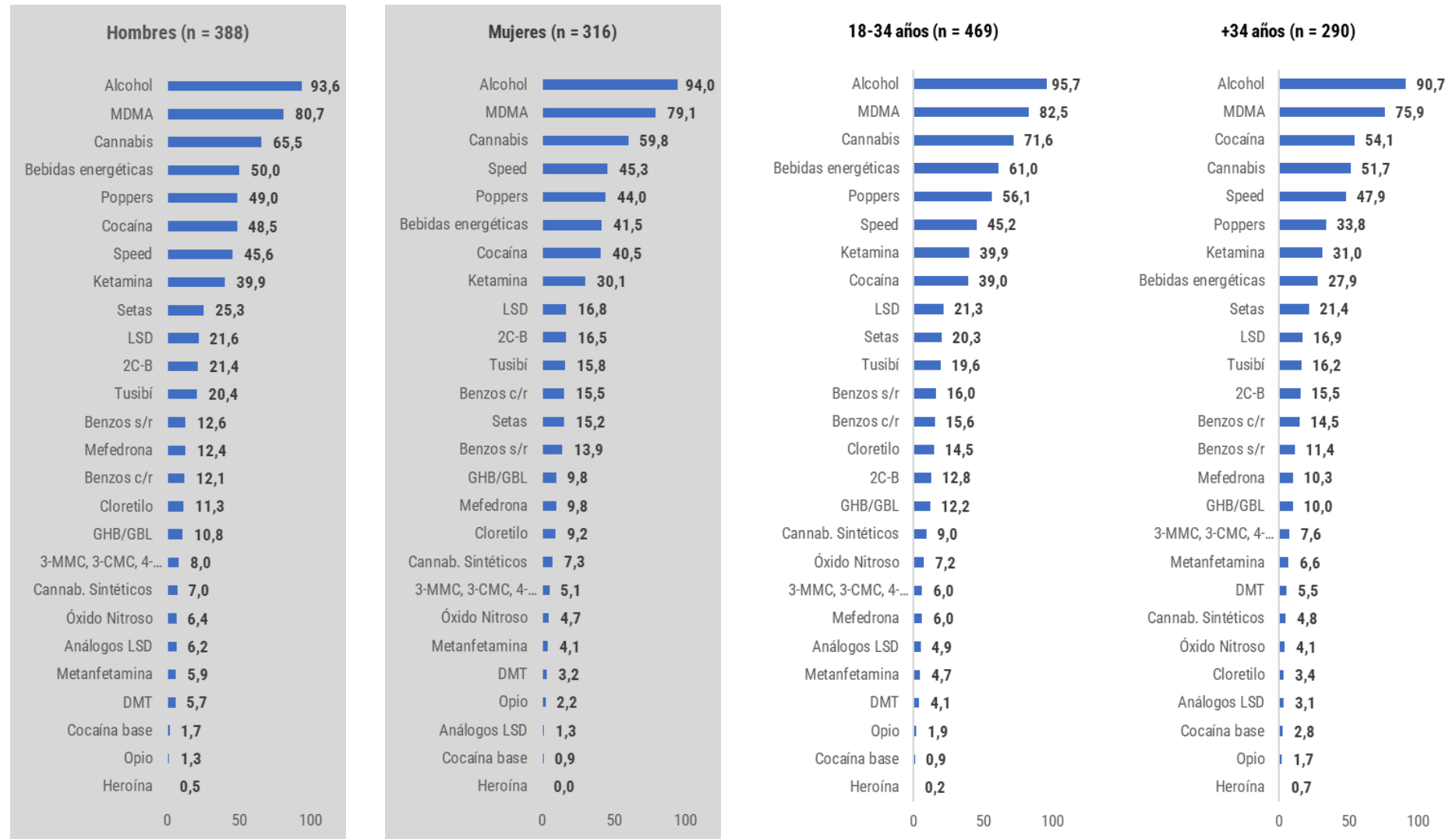
Esta imagen se ve reforzada y matizada por los relatos cualitativos, donde las personas entrevistadas describen un repertorio de consumo diverso, centrado en el uso de alcohol, cannabis, MDMA, speed, cocaína, ketamina, LSD, setas, benzodiazepinas, *poppers*, GHB y, en menor medida, NPS.

"Consumo alcohol... speed y pastillas. Y el popper me gusta mucho también porros". (Grupo, Barcelona, 3, Mujer, 43 años).

De manera consistente con los datos cuantitativos, el alcohol y la MDMA aparecen con mayor recurrencia en las narrativas.

Al analizar el consumo en función del género, encontramos algunas diferencias. En primer lugar, observamos que los hombres presentan prevalencias más elevadas en la mayoría de las drogas, destacando especialmente el cannabis, la cocaína, varios estimulantes, psicodélicos e inhalantes recreativos. Por su parte, en las mujeres, se observa una mayor presencia de sustancias de uso regulado o de prescripción médica, con porcentajes algo más altos de consumo de alcohol y de benzodiazepinas, tanto con receta como sin ella.

En cuanto a los grupos de edad, se observa que las prevalencias más elevadas se concentran en el grupo más joven (18 a 34 años) para la mayoría de las sustancias recogidas, especialmente en bebidas energéticas, cannabis, MDMA y otras drogas sintéticas. La principal excepción es la cocaína, cuyos valores más altos se registran entre las personas mayores de 34 años.

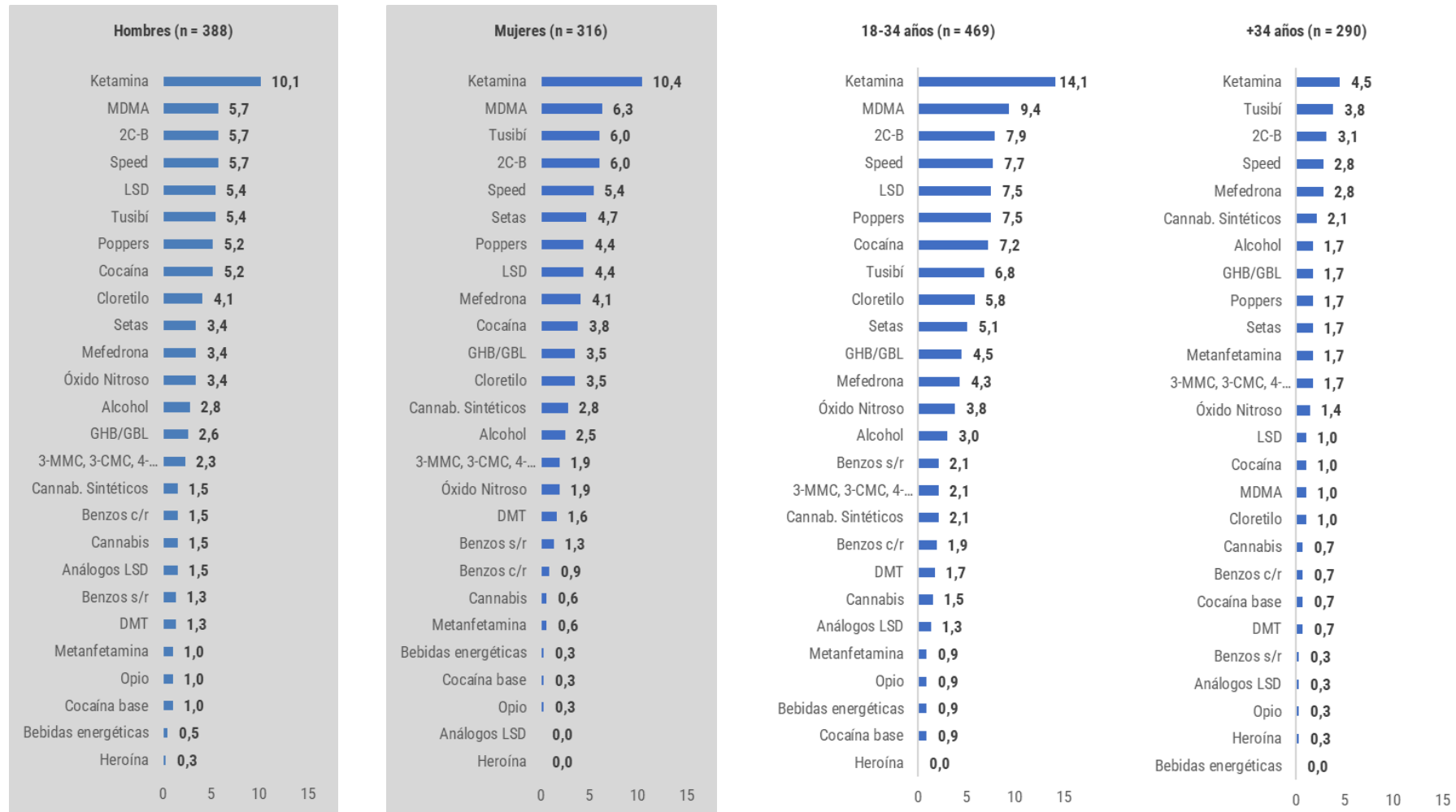
Figura 4. Sustancias consumidas en los últimos 12 meses, según identidad de género y edad (%).

Sustancias consumidas por primera vez en los últimos 12 meses.

Entre las personas encuestadas, el inicio en el consumo de drogas en el año anterior a la realización de la encuesta aparece con cierta frecuencia: casi la mitad (44,1%) afirmó haber consumido alguna droga por primera vez en los últimos 12 meses, lo que sugiere que la incorporación reciente al consumo es un fenómeno muy extendido en la muestra.

Las prevalencias de inicio fueron prácticamente similares en hombres (43,6%) y mujeres (42,1%), de modo que el comienzo en el consumo de drogas no parece diferir de forma clara por género. Sin embargo, sí aparecen diferencias al considerar la edad. En el grupo de 18 a 34 años, más de la mitad de las personas encuestadas (53,9%) refirió haber probado alguna sustancia por primera vez en el último año, frente al 28,3% observado en el grupo de mayor edad. Esto sitúa a la población joven como el principal grupo de nuevos inicios, reforzando la idea de que la etapa de entrada a la vida adulta sigue siendo un periodo de especial vulnerabilidad para el contacto inicial con las drogas recreativas.

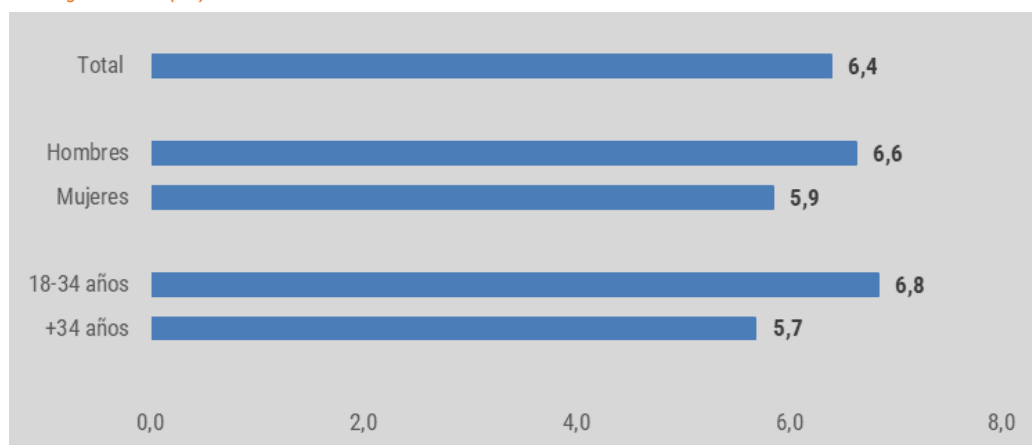
Respecto a las sustancias implicadas en estos comienzos, la ketamina (10,4%) vuelve a ocupar, como en la edición del año pasado, el primer lugar como droga más consumida por primera vez, posición que se repite de forma consistente en todos los subgrupos analizados. La MDMA (6,2%) se sitúa como la segunda droga más consumida por primera vez.

Figura 5. Sustancias consumidas por primera vez en los últimos 12 meses, según identidad de género y edad (%).

Número de sustancias diferentes consumidas

En cuanto al número de sustancias diferentes consumidas en los últimos 12 meses, **el promedio fue de 6,40** lo que indica una exposición amplia a distintos tipos de drogas y la presencia de patrones de policonsumo en los participantes. Además, se observa una mayor diversidad de consumos en los hombres y en la población más joven, con una media de sustancias consumidas mayor en los hombres que en las mujeres y también más alta en el grupo de 18 a 34 años en comparación con las personas de mayor edad.

Figura 6. Promedio de sustancias consumidas en los últimos 12 meses, según identidad de género y edad (%).



Este análisis cuantitativo muestra la importancia de profundizar en las prácticas de policonsumo desde un enfoque cualitativo, para entender no sólo el número de drogas utilizadas, sino también las lógicas que orientan estas combinaciones, ya que, en ocasiones, estas sustancias son consumidas de manera simultánea.

En este sentido, las mezclas más habituales suelen incluir alcohol con estimulantes, aunque muchas personas advierten sobre los riesgos asociados a esta práctica.

“No suelo mezclar, como mucho alcohol con algún estimulante, pero intento no pasarme”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

La elección y combinación de las sustancias también depende del contexto, el estado emocional y la experiencia previa. En algunos casos, vemos cómo se adapta el consumo al tipo de evento y a las necesidades de cada momento.

“Últimamente, me he estado centrando bastante en la ketamina. Y bueno, si alguna vez encarta cocaína y ketamina. Y ya pues si es festivalaco y necesito estar despierta speed”. (Entrevista, Palma, 5, Mujer, 42 años).

Asimismo, se hace referencia al uso combinado de speed y MDMA en un mismo evento, seleccionando dosis complementarias según el momento de la fiesta. En algunos de estos casos se señala un uso funcional para contrarrestar el cansancio.

“El speed siempre lo dejo de últimas porque es lo que me ayuda como a espabilar cuando ya digo... no hay nada que me salve, entonces el speed

es como que lo guardo para lo último y ya, pero sobre todo eso los estimulantes los utilizo como para cortar el cansancio cuando estoy de fiesta". Entrevista, Madrid, 7, Hombre, 36 años.

Al mismo tiempo, las personas entrevistadas evidencian la intención de evitar mezclas peligrosas, especialmente cuando implican depresores (GHB, benzodiacepinas) o ketamina.

"Ni con alcohol, ni con ningún depresor (...) ni ketamina, ni nada así". (Entrevista, Barcelona, 2, Mujer, 41 años).

La mayoría muestra que, aunque llevan a cabo patrones de policonsumo, tienen un conocimiento claro de qué no combinar, lo que refleja la internalización de mensajes de reducción de riesgos y conocimiento de las sustancias.

Acceso a las sustancias

En esta edición del estudio se incorporó una pregunta específica sobre la forma de obtención de las sustancias consumidas, con el objetivo de conocer mejor los canales a través de los cuales las personas acceden a las drogas recreativas. Esta información complementa los datos de prevalencia y permite contextualizar los patrones de consumo en función de las vías de acceso disponibles en los distintos entornos de ocio.

Los resultados muestran que, en la mayoría de las drogas analizadas, la forma de acceso más habitual es a través de regalos o invitaciones, seguida de la compra directa a un distribuidor y, en tercer lugar, de la adquisición mediante amigos o conocidos. Este patrón sitúa las redes personales en el centro de la disponibilidad: muchas personas no se acercan inicialmente al mercado como "clientes", sino que se inician y mantienen el consumo dentro de círculos de confianza donde el ofrecimiento de sustancias forma parte de las dinámicas de ocio compartido.

El resto de formas de obtención aparecen con porcentajes minoritarios en casi todas las sustancias, lo que sugiere que, pese al protagonismo que a menudo se atribuye al entorno digital, su papel real en el acceso cotidiano a las drogas recreativas de esta muestra es limitado. Puede deberse a que estas vías exigen más planificación, conocimientos específicos o una mayor asunción de riesgos percibidos, mientras que el acceso a través de amistades, distribuidores conocidos y entornos festivos ofrece una combinación de disponibilidad, confianza y baja percepción de peligro que facilita su uso preferente.

Figura 7. Formas de acceso a las sustancias (OEC2025, N = 759).

	Regalado o invitado	Mi distribuidor	Amigos o conocidos	Aplicaciones mensajería instantánea	Redes sociales	Deep web	Tienda online	Asociación cannábica	Autocultivo
Cannabis	250 (32,9)	179 (23,6)	179 (23,6)	47 (6,2)	12 (1,6)	3 (0,4)	14 (1,8)	109 (14,4)	61 (8,0)
Cocaína	207 (27,3)	133 (17,5)	121 (15,9)	36 (4,7)	1 (0,1)	4 (0,5)	-		
MDMA	254 (33,5)	278 (36,6)	300 (39,5)	68 (9,0)	5 (0,7)	17 (2,2)	2 (0,3)		
Speed	191 (25,2)	138 (18,2)	174 (22,9)	29 (3,8)	2 (0,3)	11 (1,4)	-		
Ketamina	152 (20,0)	96 (12,6)	96 (12,6)	27 (3,6)	4 (0,5)	10 (1,3)	4 (0,5)		
Setas	48 (6,3)	28 (3,7)	36 (4,7)	7 (0,9)	-	1 (0,1)	30 (4,0)		36 (4,7)
LSD	41 (5,4)	45 (5,9)	60 (7,9)	16 (2,1)	1 (0,1)	12 (1,6)	5 (0,7)		
Análogos LSD	7 (0,9)	8 (1,1)	4 (0,5)	1 (0,1)	0 (0,0)	2 (0,3)	17 (2,2)		
Cocaína base	5 (0,7)	9 (1,2)	2 (0,3)	-	-	-	-		
Heroína	1 (0,1)	1 (0,1)	-	-	-	1 (0,1)	-		
Opio	8 (1,1)	2 (0,3)	3 (0,4)	-	-	-	-		1 (0,1)
Metanfetamina	22 (2,9)	13 (1,7)	15 (2,0)	2 (0,3)	-	-	-		
DMT	18 (2,4)	5 (0,7)	5 (0,7)	-	-	4 (0,5)	2 (0,3)		
2C-B	64 (8,4)	52 (6,9)	60 (7,9)	11 (1,4)	1 (0,1)	9 (1,2)	3 (0,4)		
Mefedrona	59 (7,8)	20 (2,6)	20 (2,6)	7 (0,9)	2 (0,3)	4 (0,5)	5 (0,7)		
3-MMC, 3-CMC, 4-CMC	27 (3,6)	13 (1,7)	11 (1,4)	3 (0,4)	-	6 (0,8)	11 (1,4)		
Popper	239 (31,5)	31 (4,1)	45 (5,9)	6 (0,8)	-	7 (0,9)	101 (13,3)		
Óxido Nitroso	30 (4,0)	4 (0,5)	4 (0,5)	1 (0,1)	-	-	5 (0,7)		
Cloretilo	49 (6,5)	6 (0,8)	10 (1,3)	2 (0,3)	-	-	14 (1,8)		
Tusibí	101 (13,3)	29 (3,8)	37 (4,9)	3 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,3)	1 (0,1)		
Cannab. sintéticos	27 (3,6)	7 (0,9)	6 (0,8)	-	2 (0,3)	1 (0,1)	19 (2,5)		

El análisis cualitativo confirma y matiza estos patrones cuantitativos, mostrando que el acceso a las sustancias está mediado principalmente por las redes informales: amistades, entornos festivos y contactos previos. La mayoría de las personas entrevistadas relata que las drogas están disponibles en sus espacios habituales de ocio, de modo que no se requiere una búsqueda activa, sino que el acceso aparece integrado en las dinámicas sociales del grupo.

“Sí, yo empecé mi consumo hace no tanto tiempo, diría que dos años, una cosa así, y fue a raíz de empezar a ir a ambientes de música electrónica, de fiestas de este estilo, que soy una persona que me gusta mucho sentir la música y experimentarla, y al principio lo vi como una herramienta para disfrutar más de esto, veía qué en mi entorno se hacía”. (Grupo, Madrid, 4, Mujer, 21 años)

Esta presencia continuada de las sustancias en determinados entornos, normaliza el consumo y facilita que las personas incorporen determinadas sustancias según

las dinámicas grupales o la escena musical asociada. En varios testimonios, el acceso ocurre más por oportunidad que por intención.

“Empecé a probar principalmente los estimulantes, entonces conocí el éxtasis luego conocí el speed, la mefedrona y digamos que son sustancias que si la verdad me sientan bien en el sentido de no me generan una resaca como me la puede generar el alcohol, o sea, no tengo mal de cuerpo, tal. Paradójicamente, cuando hablo con colegas que también consumen, a mí no me da resaca”. (Entrevista, Madrid, 7, Hombre, 36 años)

De forma minoritaria, algunas personas describen una llegada al consumo más selectiva, basada en criterios de confianza y conocimiento previo de la sustancia. En estos casos, no se aceptan consumos que provengan únicamente de recomendaciones de terceros si no existe familiaridad con el producto, lo que indica la aplicación de estrategias de filtro en el acceso.

“Sí, bueno, yo no suelo hacer tampoco mucho caso a un amigo (...) si no lo conozco no lo pruebo, por así decirlo”. (Entrevista, Palma, 4, Hombre, 31 años).

El cannabis constituye un caso particular, ya que, además de las vías ya mencionadas, presenta un porcentaje relevante de obtención a través de asociaciones cannábicas, junto con cierta presencia de autocultivo. Las asociaciones de cannabis o clubes sociales de cannabis se han extendido en España en la última década como modelo de consumo compartido y relativamente regulado. Su proliferación se relaciona con la búsqueda de entornos de consumo percibidos como más seguros y controlados que el mercado no regulado, ofreciendo a las personas una vía de acceso que se presenta como más estable y, en algunos casos, ligada a discursos de reducción de riesgos y autogestión del cannabis (Obradors-Pineda et al., 2021).

Planificación

La planificación del consumo varía según el tipo de evento y las expectativas asociadas. En fiestas largas, festivales o salidas puntuales, varias personas explican que llevan a cabo una preparación previa, qué sustancias llevar, cuánto dinero gastar y cómo organizar el consumo para que se ajuste a sus necesidades.

“Intento llevarlo todo ya planeado.” (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años).

Este proceso de planificación suele incorporar decisiones relacionadas con las dosis, los tiempos de consumo, la intensidad deseada y, en algunos casos, el establecimiento de normas orientadas a evitar excesos o efectos no deseados.

“Yo es que cuido mucho de no consumir de más el éxtasis porque no quiero que pierda la magia. Si me funciona esta cantidad no voy a meterme más, pero tampoco voy a meterme menos [...] me tomo 1/4 de pastilla y a las tres horas me tomo ese otro cuarto y si a lo mejor entre tal veo que la pastilla por si sola no es suficientemente potente, pues a lo

mejor consumo un poquito de éxtasis M en polvito". (Entrevista, Sevilla, 5, Mujer, 29 años).

En otros casos, la planificación es menos estructurada, especialmente entre quienes consumen de manera más espontánea o con motivaciones sociales.

"Yo compré un gramo y me dura muchísimo... una pastilla me da para media fiesta y media para otra más o menos". (Entrevista, Sevilla, 5, Mujer, 29 años).

Aun así, en todas las personas entrevistadas aparece cierta organización mínima: como saber con quién se estará, qué sustancias tienen disponibles y cómo combinarlas con otras actividades, como la salida del trabajo o compromisos posteriores.

Frecuencia

En este sentido, la frecuencia de consumo aparece en los discursos de los participantes como un elemento más de la planificación, porque esta suele estar vinculada a la intensidad de su vida social. Algunas personas describen consumos más esporádicos, asociados a salidas puntuales.

"Menos de una vez al mes... fácilmente me puedo gastar 100 euros". (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

Mientras que otras personas relatan consumos más regulares, especialmente quienes asisten con frecuencia a eventos de música electrónica.

"Yo diría que ahora cuatro veces al mes, o sea, una por semana". (Entrevista, Barcelona, 9, Hombre, 25 años).

Vías de administración

Las vías de administración más mencionadas son la vía oral (pastillas, cápsulas, líquidos) y la vía intranasal (speed, cocaína, ketamina). El uso inhalado aparece, principalmente, vinculado a los *poppers*.

"Lo he llegado a oler, huele bastante fuerte, sé que directamente hay que inhalarlo". (Entrevista, Palma, 4, Hombre, 31 años).

La elección de la vía suele relacionarse con la intención del consumo: duración, intensidad y efecto deseado. En algunas ocasiones, la forma de administración se ajusta para modular la experiencia y reducir los riesgos.

"Me han hecho como rayitas súper chiquitas para que no me diera el mal viaje". (Entrevista, Barcelona, 2, Mujer, 41 años).

En este sentido, la vía oral se considera más "segura" y manejable, sobre todo para quienes organizan sus consumos de manera planificada. Mientras que en la esnifada, la sensación de seguridad se asocia con el manejo preciso de la dosis, ya

que los efectos se perciben de forma más inmediata y requieren mayor atención consciente.

Efectos

En este caso, los efectos destacados por las personas que participaron en las entrevistas incluyen euforia, aumento de energía, conexión social, desinhibición y profundización emocional. La mayoría destaca la MDMA por ser una sustancia que facilita la interacción, la empatía y la conexión con la música.

“He tenido tanto consumo de alcohol como de MDMA como consecuencia porque te aumenta la libido, me hace conectar con la música y estar mejor con la gente”, (Grupo, Barcelona, 7, Hombre, 23 años).

El speed, por su parte, se vincula a la energía sostenida, claridad mental y capacidad de aguante.

“El speed me mantiene despierto, activo, me ayuda a conectar con la música”, (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

Por su parte, los psicodélicos se asocian a efectos de carácter más introspectivo, vinculados a la exploración personal, la creatividad y, en algunos casos, a experiencias descritas como “terapéuticas” o transformadoras.

“Aquello fue... muy intenso (...) tuvo una parte casi terapéutica”, (Entrevista, Barcelona, 5, Hombre, 40 años).

En estos relatos también emergen experiencias percibidas como negativas, destacando los bajones intensos, malestar físico, despersonalización o pérdida de control. Estas vivencias menos agradables suelen convertirse en hitos que influyen en la reconsideración de ciertos consumos o en la adopción de estrategias de mayor cuidado.

“A veces MDMA, pero me da bajones más fuertes después, así que lo uso menos. También he probado ketamina, pero me deja muy desconectado del cuerpo”, (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

Placeres buscados

Más allá de los efectos concretos de cada sustancia comentada por los participantes, exponen una serie de placeres asociados al consumo como intensificación sensorial, conexión con la música, sociabilidad amplificada, bienestar corporal y desinhibición.

“Me ayuda a soltarme, a bailar, a desconectar del trabajo”, (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

De esta forma, el ocio se describe como un espacio de libertad donde las sustancias permiten ampliar experiencias, romper la rutina o profundizar en la emoción del momento.

“El MDMA es para mí lo más... esa conexión con la música electrónica”.
(Entrevista, Sevilla, 5, Mujer, 29 años).

En el caso de psicodélicos, los placeres buscados también son introspectivos: exploración personal, creatividad o experiencias espirituales.

“El consumo de psicodélicos para amplificar otras sensaciones o buscar unas sensaciones diferentes”. (Grupo, Madrid, 2, Hombre, 25 años).

Espacios de consumo

El consumo recreativo de sustancias se da con mayor frecuencia en espacios domésticos (propios o de otra persona). Esto sugiere que buena parte del consumo de sustancias se produce en entornos privados, donde tienen lugar muchas fiestas y reuniones. Además, en estos contextos, algunas personas sienten un mayor control sobre el ambiente, lo que a menudo se relaciona con estrategias informales de reducción de riesgos (disponer de un lugar para descansar, estar entre personas de confianza, etc.).

En este sentido, ciertas sustancias, como los psicodélicos, suelen reservarse para estos entornos más íntimos o en la naturaleza, donde se busca un ambiente más tranquilo que favorezca la introspección.

“Lo hago en mi casa, en el campo... en un contexto muy en mi casa”.
(Entrevista, Sevilla, 5, Mujer, 29 años).

Junto a los espacios domésticos, los festivales, discotecas, bares/pubs y raves destacan como escenarios relevantes para el consumo. La elevada presencia de estas sustancias en contextos de ocio nocturno y eventos multitudinarios refuerza su carácter marcadamente recreativo y vinculado a festivales de música donde el consumo forma parte del “pack” de socialización y disfrute con amistades.

Del mismo modo a lo hallado en el análisis cuantitativo, los contextos que las personas entrevistadas en la parte cualitativa frecuentan más son clubs, raves, after, celebraciones privadas, festivales y previas en el hogar.

“Suelo consumir en clubs, raves, fiestas privadas o after”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

Este patrón coincide con lo observado en la edición anterior del observatorio (Vidal et al., 2024), donde los participantes señalaron que los motivos principales para acudir a estos lugares era precisamente divertirse, bailar y socializar, y que, en el caso concreto de la MDMA y el speed, los motivos de consumo más frecuentes eran sentirse más sociables, tener más energía y aguantar más tiempo bailando.

Consideradas en conjunto, ambas ediciones apuntan a que el consumo de sustancias no se vive como un acto aislado, sino como un elemento más de la experiencia festiva, orientado a intensificar el disfrute y facilitar la interacción en entornos de ocio nocturno.

Como ya se ha presentado, la música electrónica aparece como el escenario privilegiado para el uso de MDMA y speed por aportar más energía y potenciar la conexión con la música, las personas y el espacio.

“Pues nada. Me gusta consumir MDMA porque me conecta mucho con la música, con el espacio en el que estoy, con la gente con la que comparto”.
Entrevista, Madrid, 1, Mujer, 29 años.

Además, los datos también permiten identificar el uso específico de determinadas drogas en otros entornos como las fiestas *chemsex*. Aunque su prevalencia es menor que en otros contextos, esta se concentra en sustancias concretas como los *poppers*, la MDMA y el tusibí. Estas drogas se asocian a menudo con la intensificación de sensaciones, la desinhibición y la prolongación de la actividad sexual (McElrath , 2005; Meléndez et al., 2016; Zemishlany et al., 2001), lo que explica su presencia en estos encuentros.

Por el contrario, en otros lugares, como el trabajo o la escuela, el consumo es poco común; en esta muestra se observa como el consumo de drogas se concentra principalmente en espacios de ocio y en entornos privados, y casi nunca en contextos laborales o educativos.

Finalmente, las preferencias contextuales están estrechamente ligadas con el tipo de efecto deseado, la sensación de seguridad y la compañía. Es frecuente que las personas prefieran consumir en espacios conocidos y con grupos de confianza, y evitar entornos que perciben como caóticos o desconocidos. La elección del lugar y la de las personas que los rodean es una estrategia de cuidado para reforzar su sensación de seguridad.

“Siempre con amigos o siempre, por así decirlo, como en un grupo. Si estoy yo solo, a lo mejor con otro grupo que no tiene esos consumos, pues no lo consumo. Pero si estoy, a lo mejor, con un grupo de amigos en el que sí que hay dos o tres personas que lo consumen, ahí es cuando... cuando lo hablamos entre todos y lo hacemos entre todos, por así decirlo”.
(Entrevista, Palma, 4, Hombre, 31 años).

Figura 8. Contextos de consumo de sustancias (OEC2025, N = 759).

	Casa	Naturaleza	Lugar público	Festival	Rave	Discoteca	Bar o Pub	Vehículo	Trabajo	Centro educativo	Fiesta chemsex
Alcohol	622 (81,9)	368 (48,5)	520 (68,5)	520 (68,5)	278 (36,6)	543 (71,5)	624 (82,2)	196 (25,8)	65 (8,6)	24 (3,2)	15 (2,0)
Cannabis	461 (60,7)	327 (43,1)	328 (43,2)	257 (33,9)	161 (21,2)	132 (17,4)	121 (15,9)	123 (16,2)	31 (4,1)	24 (3,2)	8 (1,1)
Cocaína	224 (29,5)	41 (5,4)	116 (15,3)	179 (23,6)	97 (12,8)	185 (24,4)	183 (24,1)	77 (10,1)	16 (2,1)	3 (0,4)	9 (1,2)
MDMA	228 (30,0)	94 (12,4)	131 (17,3)	450 (59,3)	262 (34,5)	401 (52,8)	153 (20,2)	31 (4,1)	1 (0,1)	4 (0,5)	11 (1,4)
Speed	207 (27,3)	73 (9,6)	132 (17,4)	224 (29,5)	166 (21,9)	203 (26,7)	128 (16,9)	69 (9,1)	24 (3,2)	3 (0,4)	8 (1,1)
Ketamina	198 (26,1)	66 (8,7)	59 (7,8)	140 (18,4)	115 (15,2)	117 (15,4)	48 (6,3)	24 (3,2)	2 (0,3)	1 (0,1)	7 (0,9)
Setas	94 (12,4)	104 (13,7)	27 (3,6)	29 (3,8)	16 (2,1)	2 (0,3)	3 (0,4)	2 (0,3)	-	-	1 (0,1)
LSD	79 (10,4)	81 (10,7)	36 (4,7)	52 (6,9)	40 (5,3)	15 (2,0)	9 (1,2)	4 (0,5)	2 (0,3)	2 (0,3)	3 (0,4)
Análogos LSD	20 (2,6)	15 (2,0)	6 (0,8)	10 (1,3)	8 (1,1)	7 (0,9)	4 (0,5)	1 (0,1)	-	-	-
Cocaína base	11 (1,4)	1 (0,1)	2 (0,3)	3 (0,4)	-	3 (0,4)	3 (0,4)	3 (0,4)	-	-	1 (0,1)
Heroína	3 (0,4)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Opio	13 (1,7)	4 (0,5)	4 (0,5)	1 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	-
Metanfetamina	22 (2,9)	9 (1,2)	9 (1,2)	17 (2,2)	11 (1,4)	15 (2,0)	10 (1,3)	4 (0,5)	2 (0,3)	2 (0,3)	9 (1,2)
DMT	27 (3,6)	14 (1,8)	3 (0,4)	8 (1,1)	7 (0,9)	2 (0,3)	1 (0,1)	1 (0,1)	-	-	-
2C-B	49 (6,5)	37 (4,9)	17 (2,2)	69 (9,1)	55 (7,2)	56 (7,4)	18 (2,4)	5 (0,7)	2 (0,3)	-	2 (0,3)
Mefedrona	51 (6,7)	6 (0,8)	15 (2,0)	36 (4,7)	23 (3,0)	53 (7,0)	23 (3,0)	7 (0,9)	-	-	13 (1,7)
3-MMC, 3-CMC, 4-CMC	27 (3,6)	4 (0,5)	12 (1,6)	29 (3,8)	18 (2,4)	28 (3,7)	16 (2,1)	4 (0,5)	1 (0,1)	-	7 (0,9)
Popper	148 (19,5)	36 (4,7)	61 (8,0)	224 (29,5)	143 (18,8)	232 (30,6)	87 (11,5)	9 (1,2)	1 (0,1)	1 (0,1)	18 (2,4)
Óxido Nitroso	19 (2,5)	3 (0,4)	9 (1,2)	11 (1,4)	13 (1,7)	8 (1,1)	2 (0,3)	2 (0,3)	-	-	-
Cloretilo	33 (4,3)	8 (1,1)	21 (2,8)	32 (4,2)	30 (4,0)	32 (4,2)	7 (0,9)	5 (0,7)	-	2 (0,3)	3 (0,4)
Tusibí	57 (7,5)	18 (2,4)	22 (2,9)	70 (9,2)	41 (5,4)	78 (10,3)	23 (3,0)	7 (0,9)	1 (0,1)	-	10 (1,3)
Cannab. sintéticos	40 (5,3)	19 (2,5)	27 (3,6)	15 (2,0)	12 (1,6)	16 (2,1)	10 (1,3)	5 (0,7)	2 (0,3)	2 (0,3)	-

Gestión de riesgos

Los discursos extraídos de las entrevistas sobre las estrategias de reducción de riesgos aplicadas al consumo de drogas, en línea con lo presentado por la encuesta, son diversas, destacando principalmente el control de dosis, descansos entre consumos, hidratación, evitar mezclas peligrosas, análisis de sustancias, selección del entorno y compañía de confianza.

"Te tienes que hidratar, que hay un tiempo para cada dosis... te sirve". (Entrevista, Barcelona, 6, Mujer, 21 años).

"Con esto sí que hago prevención de riesgo, o sea, como que soy como súper cuidadosa y nunca las he mezclado con alcohol. Si he tomado esto ya no me he tomado nada más de otras sustancias, o sea, ahí sí que las cojo con pinzas, como si dijéramos". (Entrevista, Madrid, 9, Mujer, 43 años).

Muchas personas mencionan que han aprendido estas prácticas después de experiencias negativas.

"El cloretilo lo he probado, en plan, de varias veces, pero no es algo que vaya a volver a hacer porque la verdad es que es una mala experiencia. También DMT". (Entrevista, Sevilla, 6, Hombre, 22 años).

También se observa una tendencia a cuidar al grupo: recordarse mutuamente la hidratación, controlar estados alterados y asegurarse de que todas estén bien. Este cuidado colectivo forma parte de la cultura del ocio y del saber vinculado al consumo de drogas, construido con experiencia y teoría.

"Normalmente, tomo agua para cuidarme... y digo al resto que tomen agua". (Entrevista, Barcelona, 1, Hombre, 29 años).

Fuentes de información

Las personas entrevistadas citan con mayor frecuencia a Energy Control, foros especializados como PsychonautWiki y Reddit, así como Telegram y redes sociales, como sus principales fuentes de información sobre sustancias y pautas de consumo.

"Confío en Energy Control, en Erowid, en PsychonautWiki, etc". (Entrevista, Barcelona, 8, Hombre, 30 años).

Las personas usuarias valoran especialmente la información técnica y objetiva, fundamentada en la reducción de riesgos, aunque su credibilidad depende de la confianza, entendida como una emoción subjetiva que se construye en la interacción. Se menciona que la información sensacionalista o moralizante genera el efecto contrario.

"Principalmente Energy Control, que me parece una fuente así como bastante... bastante, como diría, desprejuiciada, que sí que se nota en esa información que el interés legítimo es informar y no alarmar a nadie. Entonces, bueno, creo que me da más confianza ese tipo de información".

que la tele y esas cosas que son basura". (Entrevista, Madrid, 5, Mujer, 40 años).

A este tipo de información se le suman las experiencias personales propias y de amistades con conocimiento específico sobre las sustancias, de modo que la combinación entre información profesional y saberes comunitarios constituye una práctica habitual generando un tipo de conocimiento concreto de forma colectiva.

"Mi grupo tiene una edad de unos 32 a unos 48 años, ¿Verdad? Y lo mezclan todo de una manera que crean como un equilibrio que ya no saben, yo creo, ni de lo que están puestos, pero es un equilibrio que no... Además, no se les ve muy morado ni nada, ni vuelcan, alguna vez he visto a alguien volcar, pero no es lo normal". (Entrevista, Sevilla, 1, Mujer, 36 años).

Uso sexualizado de drogas

El uso sexualizado de drogas (USD) se refiere al consumo deliberado de sustancias psicoactivas antes o durante un encuentro sexual, con el objetivo de facilitar, prolongar o intensificar la experiencia sexual (Íncera-Fernández et al., 2023). A diferencia del consumo casual o accidental, que ocurre de forma no planificada, el USD implica una intencionalidad explícita, donde las drogas desempeñan un papel central en la dinámica erótica.

Las sustancias más comunes incluyen alcohol, cannabis y estimulantes como la cocaína, éxtasis, GHB y otras, que se utilizan para aumentar el deseo sexual, reducir inhibiciones, potenciar el placer o facilitar ciertas prácticas sexuales que, sin ellas, podrían resultar más difíciles o menos placenteras (Evers et al., 2019; Íncera-Fernández et al., 2022).

Este fenómeno ha sido principalmente estudiado en hombres que tienen sexo con hombres (para una revisión ver Maxwell et al., 2019), donde se ha vinculado a prácticas agrupadas bajo el término *chemsex*. No obstante, la literatura más reciente muestra cómo el uso sexualizado de drogas también está presente en las relaciones heterosexuales y en otros contextos relacionales (para una revisión ver Ramazanov et al., 2025). Diferentes estudios señalan que este tipo de consumo puede estar vinculado a un aumento de conductas sexuales de riesgo, incluyendo sexo sin protección, múltiples parejas y mayor exposición a infecciones de transmisión sexual, como VIH y hepatitis (Sewell et al., 2017). Además, el uso sexualizado de drogas suele relacionarse con problemas de salud mental, como ansiedad y depresión (ver Íncera-Fernández et al., 2021 para una revisión), y en algunos casos puede derivar en patrones repetitivos y dependientes que dificultan la sexualidad sin consumo de sustancias (Evers et al., 2019; Ollero et al., 2025).

En esta edición del OEC2025 se ha querido profundizar en el fenómeno del USD, examinando su prevalencia, las sustancias implicadas, las prácticas sexuales asociadas, y los efectos derivados de esta práctica, así como los motivos que la impulsan. El objetivo es delimitar mejor sus características en la población participante y aportar evidencias que permitan orientar estrategias de reducción de riesgos y promoción de cuidados ajustadas a sus necesidades.

Prevalencia y distribución de la muestra

Aproximadamente un tercio de las personas participantes (31,6%) indicó haber practicado USD en los últimos 12 meses. Esta cifra es similar a la prevalencia del 29,4% estimada en un metaanálisis reciente centrado específicamente en estudios sobre USD (Ramazona et al., 2025).

Aunque se observa una prevalencia ligeramente superior de USD en hombres que en mujeres, y en el grupo de 18 a 34 años en comparación con las personas mayores de 34 años, estas diferencias no fueron significativas. En conjunto, los datos sugieren que el USD constituye una práctica relativamente extendida en la muestra, sin grandes diferencias según género o edad.

Figura 9. *Uso sexualizado de drogas en los últimos 12 meses (OEC2025, N = 759).*

	Hombres (n = 388)	Mujeres (n = 316)	18-34 años (n = 469)	+34 años (n = 290)	Total (n = 759)
Sí: n (%)	127 (32,7)	84 (26,6)	151 (32,2)	89 (30,7)	240 (31,6)

¿Qué drogas están presentes en el uso sexualizado de sustancias?

El patrón de consumo muestra que la MDMA, el alcohol, el cannabis y los *poppers* son las sustancias más habituales en el contexto del uso sexualizado de drogas. La MDMA (50,0%) y el alcohol (46,7%) fueron utilizados por prácticamente la mitad de los participantes que habían realizado un uso sexualizado de drogas, y el cannabis (37,9%) y los *poppers* (33,3%) por uno de cada tres aproximadamente. En general, estos datos indican que estas sustancias de uso recreativo generalizado mantienen un papel central también en contextos sexuales, coherente con su asociación con desinhibición, aumento del deseo sexual y facilitación de prácticas anales (Castaño et al., 2012; Meller & Kitrey, 2025; Schwartz et al., 2020; Scimeca et al., 2017). También aparecen otras sustancias en menor proporción, como el speed, la cocaína, la ketamina o el GHB/GBL, lo que refleja una diversificación de perfiles de uso.

Como mostraban los datos cuantitativos, las sustancias más usadas por los entrevistados fueron cannabis, alcohol, MDMA, *poppers*, cocaína, speed, metanfetamina, GHB y ketamina.

“El cannabis y los poppers”. (Entrevista, Madrid, 1, Mujer, 29 años).

“Hemos consumido éxtasis y Popper para tener relaciones”. (Entrevista, Sevilla, 5, Mujer, 29 años)

“Me gustaba más mantener relaciones sexuales, por ejemplo, con speed”. (Entrevista, Madrid, 9, Mujer, 43 años)

Cuando el consumo forma parte del plan: planificar el USD

Para las personas participantes, cis-heteros en su mayoría, el uso sexualizado de drogas (USD) no es simplemente consumir y luego tener prácticas sexuales; es un

acto intencional, planificado o no, con el objetivo de intensificar, facilitar o prolongar la experiencia sexual.

“Hemos hablado: vamos a consumir esta sustancia y ya sabíamos que íbamos a tener relaciones sexuales”. (Entrevista, Madrid, 9, Mujer, 43 años).

“Sí, sí, sí, sí. Lo he probado... Algunas veces hemos estado en casa sin salir y hemos consumido éxtasis y Poppers para tener relaciones”. (Entrevista, Sevilla, 5, Mujer, 29 años).

Muchos diferencian claramente entre situaciones en las que el sexo ocurre “por casualidad” después de una fiesta y encuentros donde el consumo forma parte del plan previo y se integra en la relación como una forma de facilitar el terreno para la conexión y el disfrute.

“No, las primeras veces siempre son, como se dice, casuales- explica. Aunque luego, cuando fue con marihuana, lo hemos hecho de forma, bueno, juntamos, fumamos y ya se dan, entonces es un poco planificado en cierta forma, ¿no es cierto?- dice buscando mi aprobación”. (Entrevista, Barcelona, 1, Hombre, 29 años).

Sin embargo, otros perfiles, especialmente vinculados a entornos laborales sexuales o con patrones más intensos de consumo, describen un uso mucho más frecuente, integrado en su rutina.

“Cuando ejercía [---] alcohol, benzos y tina, o speed antes y tina fumada, no me ha picado. Me la ha picado una vez, igual que me ha picado un par heroína, pero eso era uso recreativo, era por probar. Yo a mí misma no me sé picar, así que... Y el alcohol bebido y las benzos tragadas, para poder aguantar el trabajo sexual.”. (Entrevista, Barcelona, 4, Mujer, 31 años).

Contexto relacional del uso sexualizado: ¿Con quién se da el USD?

En la mayoría de los casos, el USD se realizó en el contexto de la pareja: el 67,1% de la muestra reportó su práctica en este contexto. La proporción fue ligeramente mayor en mujeres (75,0%) que en hombres (63,8%). La prevalencia de uso sexualizado con la pareja fue similar en los dos grupos de edad.

En las entrevistas realizadas, predomina este uso de forma esporádica u ocasional, también en contextos íntimos o dentro de la relación de pareja.

“Con mi pareja... lo hemos hecho algunas veces...” (Entrevista, Sevilla, 5, Mujer, 29 años).

“No, la verdad es que yo experiencias de sexo y drogas no muchas. Es decir, lo de follar drogado a posta, muy ocasional”. (Entrevista, Madrid, 8, Hombre, 37 años).

No obstante, una parte importante de las personas encuestadas también refirió haber llevado a cabo USD con personas que no eran su pareja, superando la mitad de los participantes (54,2%). Se observó un porcentaje significativamente mayor

de hombres que lo hicieron con personas que no eran su pareja en comparación con las mujeres.

En cuanto a la forma de consumo, también predominó el uso conjunto con la otra persona implicada en la relación sexual, que se observó en casi nueve de cada diez participantes (87,5%). Entre las mujeres, esta modalidad fue incluso más frecuente que entre los hombres. El consumo individual fue menos habitual, alrededor de un tercio de los casos (31,3%), sin variaciones sustanciales por género o edad.

Además, casi una cuarta parte de los hombres (23,2%) indicó haber utilizado algún medicamento para la erección durante el USD, proporción que fue significativamente mayor entre los hombres mayores de 34 años (42,4%).

Figura 10. Características del uso sexualizado de drogas en los últimos 12 meses.

	Hombres (n = 127)	Mujeres (n = 84)		18-34 años (n = 151)	+34 años (n = 89)	Total (n = 240)
Persona con quién se ha hecho: n (%)						
Con mi pareja	81 (63,8)	63 (75,0)		101 (66,9)	60 (67,4)	161 (67,1)
Con otras personas que no son/eran mi pareja	77 (60,6)	38 (45,2)	$p = .028$	78 (51,7)	52 (58,4)	130 (54,2)
Forma de consumo; n (%)						
Individual	48 (37,8)	20 (23,8)	$p = .033$	43 (28,5)	32 (36,0)	75 (31,3)
Con la otra persona	105 (82,7)	78 (92,9)	$p = .033$	134 (88,7)	76 (85,4)	210 (87,5)
Uso de viagra: n (%)³	31 (24,6)	-		8 (9,6)	25 (42,4)	$p < .001$ 31 (24,6)

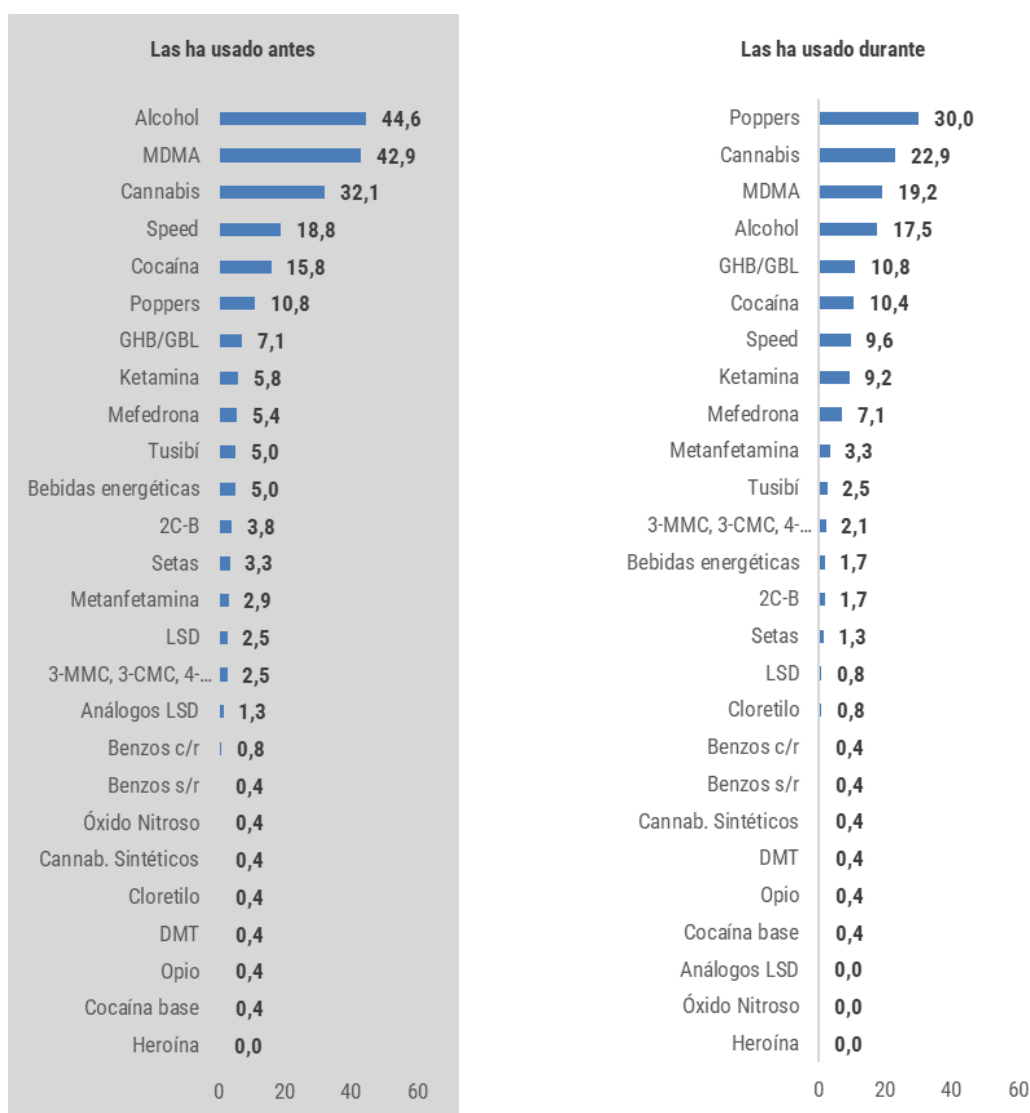
El consumo a lo largo del encuentro sexual

Si se distingue entre el consumo previo al encuentro sexual y el consumo durante la actividad sexual, se observa un patrón diferenciado de sustancias utilizadas. Por ejemplo, el alcohol, el cannabis, la MDMA, la cocaína y el speed se utilizan con mayor frecuencia antes del encuentro, lo que sugiere una función de preparación o facilitación del contexto (por ejemplo, reducir la ansiedad o favorecer la interacción social).

En cambio, sustancias como los poppers, el GHB/GBL, o la ketamina muestran un peso notable durante la relación sexual, apuntando a un patrón de consumo orientado a potenciar la desinhibición, intensificar las sensaciones corporales, facilitar prácticas anales y prolongar la duración de los encuentros.

³ Solo los hombres: 18-34 años, n = 83; +34 años, n = 59; Total, n = 127

Figura 11. Sustancias consumidas antes y durante el sexo en los últimos 12 meses (quienes indicaron haber hecho uso sexualizado de drogas, N = 240).



Desde el análisis cualitativo, se exploraron los momentos en los que tiene lugar el consumo. El discurso muestra como el consumo puede producirse antes del encuentro sexual para “calentar el ambiente” y prepararse; otros, tras una noche de fiesta, regresan a un espacio privado y prolongan el consumo.

“Siempre ha sido antes”. (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

“Llegué a utilizar setas. [...] en esta ocasión fíjate, no tenía yo intención de que pasara sino que simplemente habíamos tomado, estábamos hablando y continuamos tomando y pasó lo que pasó”. (Entrevista, Madrid, 6, Mujer, 29 años).

En ambos casos, el objetivo principal es potenciar la experiencia, según el grado de planificación observamos dos lógicas diferentes:

- Planificada: donde hay comunicación previa, dosificación consciente y preparación de elementos de seguridad como agua, comida o palabras clave. La dosis suele ser más baja y el tiempo, controlado.

“Siempre dosis bajas, mucha comunicación, agua cerca y móvil a mano por si acaso... decidimos de antemano qué no queremos hacer bajo efectos”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

- Espontánea: la cual surge tras la fiesta, sin preparación, con menor control y mayores riesgos de descontrol o situaciones problemáticas.

“He acabado follando drogado, pero no fue con esa intención”. (Entrevista, Barcelona, 8, Hombre, 30 años).

Prácticas sexuales más frecuentes

En el contexto del USD, la práctica más frecuente entre las analizadas fue el barebacking (mantener relaciones sexuales con penetración sin preservativo), reportada por más de la mitad de las personas encuestadas (56,3%).

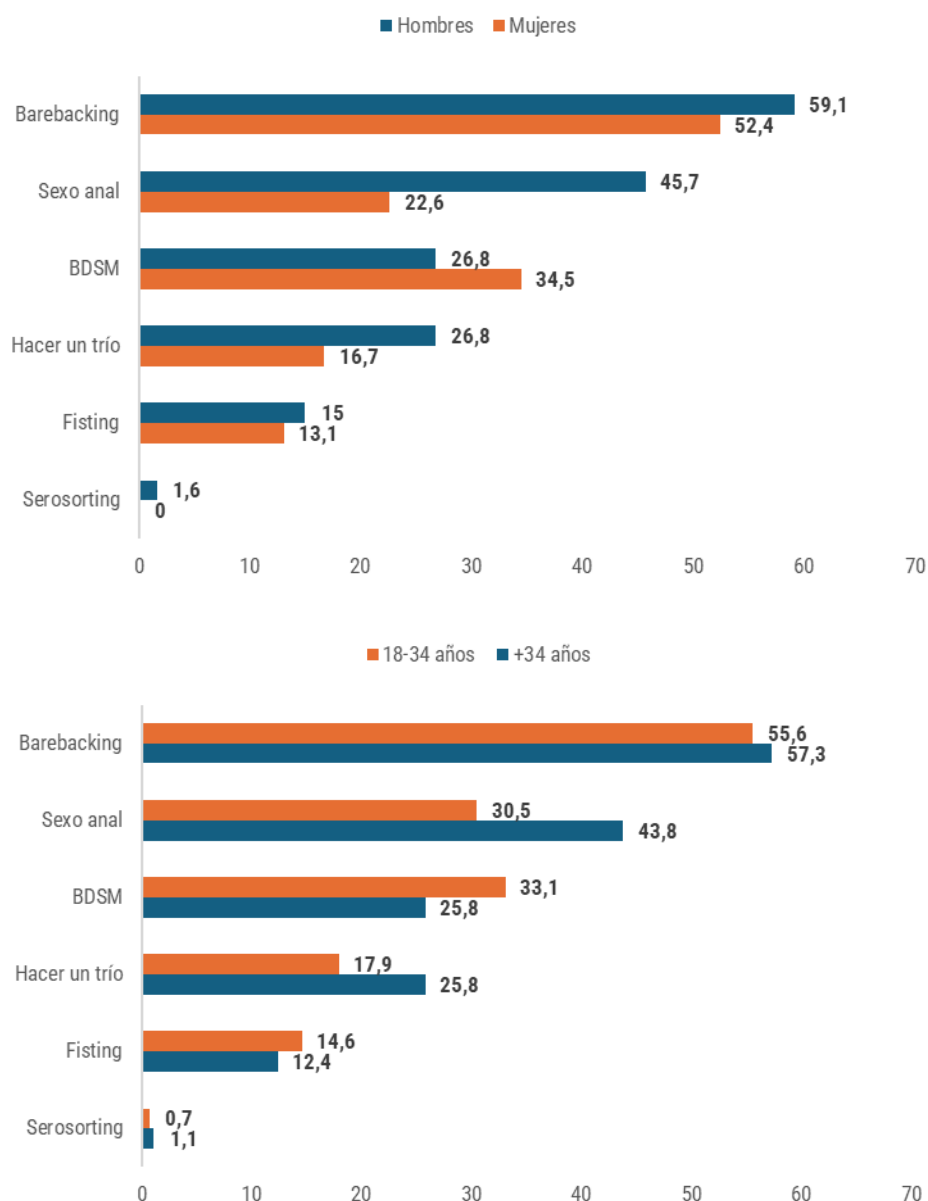
El sexo anal también fue común, con algo más de un tercio de la muestra que indicó haberlo practicado (35,4%).

Por otro lado, las prácticas relacionadas con el BDSM⁴ aparecieron alrededor del 30,4% de los casos, mientras que la participación en tríos alcanzó al 20,8% de los participantes. Estos datos sugieren que tanto las experiencias sexuales grupales como aquellas catalogadas como no convencionales, están relativamente extendidas en el contexto de estudio (Evers et al., 2019).

En cuanto a las diferencias por género y edad, la mayoría de las prácticas sexuales analizadas mostraron prevalencias similares entre los distintos grupos, con la excepción del sexo anal, que fue reportado en mayor medida por los hombres y por los participantes mayores de 34 años. Esto indica que ciertas prácticas pueden estar influenciadas por factores demográficos, mientras que otras se distribuyen de manera más homogénea.

⁴ Conjunto de prácticas y juegos eróticos que se basan en dinámicas de poder, control, restricción y sensaciones intensas. La sigla proviene de términos en inglés: Bondage (restricción física), Discipline (disciplina), Dominance y Submission (dominación y sumisión), y Sadism/ Masochism (placer en causar o recibir dolor de manera consensuada).

Figura 12. Prácticas sexuales durante el consumo sexualizado de drogas en los últimos 12 meses.



En contextos ligados a fiestas sexuales o *chemsex*, los relatos mencionan clubs, after-parties o espacios similares, donde el consumo se mezcla con la dinámica propia del espacio y se construye de forma distinta.

“Sí, yo personalmente si he tenido ese tipo de prácticas de BDSM tanto en pareja como en grupo donde ha habido consumo para poder realizar ciertas prácticas y aguantar”. (Grupo, Madrid, 6, Hombre, 39 años).

Del mismo modo, algunos entrevistados comentan que, en parejas de larga duración, el USD aparece como una forma de contrarrestar la monotonía, la rutina sexual y reactivar la conexión erótica.

“Es algo que se suele usar para romper un poco la monotonía dentro de la pareja. Por eso no creo que lo haga nunca fuera de lo que confío y es con alguien que lleve tiempo”. (Grupo, Madrid, 5, Mujer, 32 años).

Las motivaciones para hacer un USD

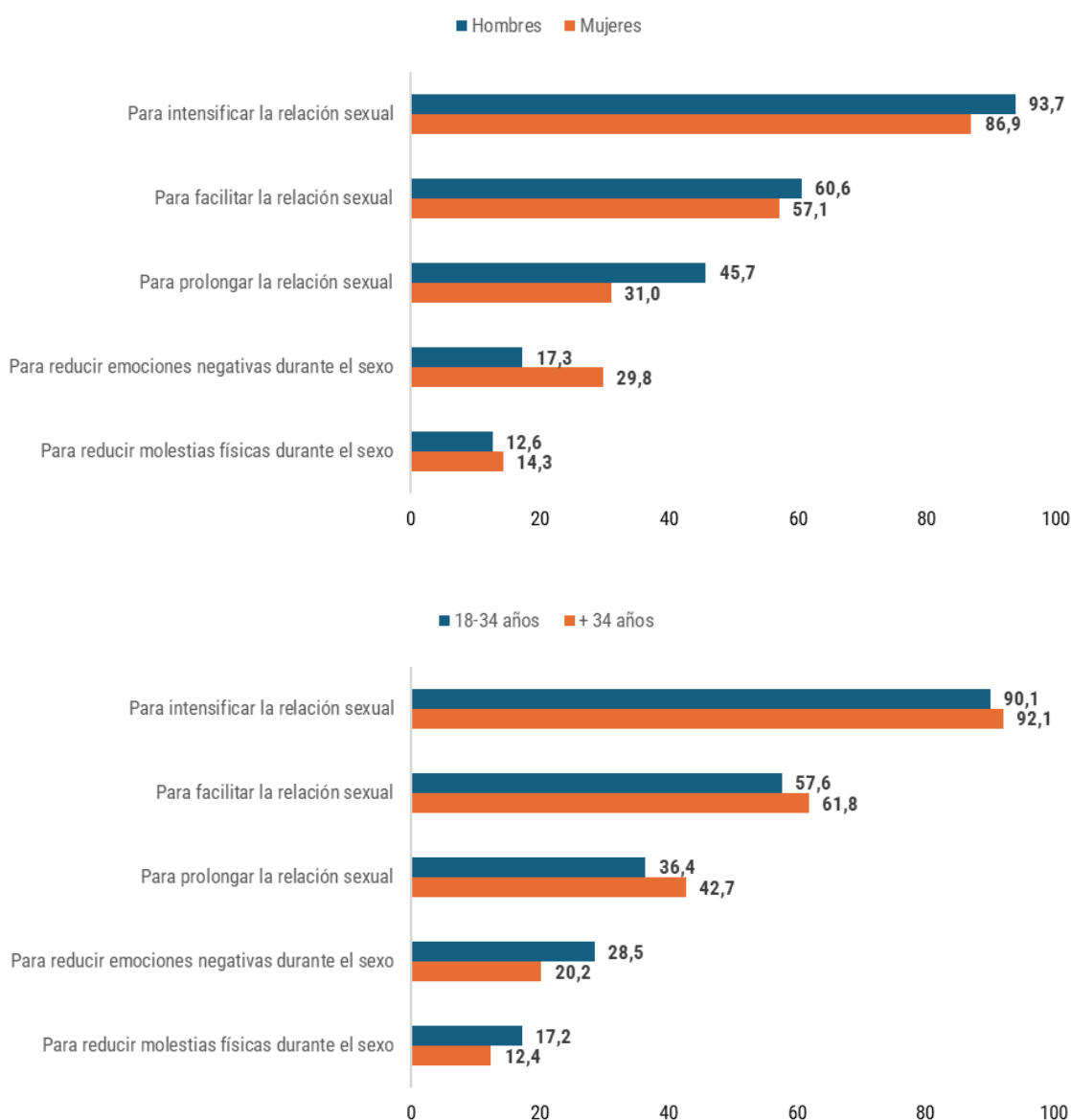
Para evaluar las razones que llevan a realizar un USD, se preguntó a las personas encuestadas por cinco posibles motivos: **para facilitar la relación sexual, para intensificar la relación sexual, para prolongar la relación sexual, para reducir emociones negativas durante el sexo, y para reducir molestias físicas.**

El análisis reveló que la principal motivación de las personas encuestadas fue la intensificación de la relación sexual (p.ej., aumentar el placer sexual, aumentar la conexión emocional o física con la otra persona). También fue frecuente que las personas señalaran el USD como una forma de facilitar la relación sexual (p.ej., aumentar la libido, facilitar la penetración). Un porcentaje menor, aunque relevante, indicó que recurre a las drogas para prolongar el encuentro sexual, así como para disminuir emociones negativas (p.ej., ansiedad, vergüenza o culpa) o molestias físicas asociadas a la práctica sexual.

En relación con el género, el patrón general se mantuvo tanto en hombres como en mujeres: en ambos casos el motivo principal para consumir sustancias fue **intensificar la relación sexual, seguido de facilitar el encuentro.** No obstante, los hombres tendieron a señalar con mayor frecuencia que utilizaban las sustancias para prolongar la duración del acto sexual, mientras que las mujeres informaron en mayor medida que el consumo les ayudaba a manejar emociones negativas como la ansiedad, la vergüenza o la culpa durante el sexo.

En relación con la edad, las personas de entre 18 y 34 años señalaron con mayor frecuencia motivos asociados a la reducción de **emociones negativas** y de molestias físicas, mientras que las mayores de 34 años aludieron en mayor medida a motivos vinculados a la intensificación, facilitación y prolongación de la relación sexual.

Además, se analizó qué sustancias predominan en cada categoría de motivación. Los patrones observados revelan una correspondencia clara entre los efectos farmacológicos buscados y la elección de cada sustancia. Así, para **intensificar la relación sexual**, predominan las sustancias estimulantes y empatógenas. La MDMA encabeza este grupo, seguida por el cannabis y los *poppers*. Esta distribución es coherente con los perfiles neuroquímicos de estas sustancias: la MDMA aumenta la liberación de serotonina, dopamina y oxitocina, generando una intensificación emocional y sensorial característica; el cannabis amplifica la percepción sensorial y facilita la relajación; el popper produce vasodilatación inmediata que intensifica las sensaciones físicas. En contraste, sustancias depresoras como la heroína o las benzodiacepinas prácticamente no aparecen, ya que su perfil sedante resulta incompatible con el objetivo de intensificación.

Figura 13. *Motivos del uso sexualizado de drogas, según género y edad.*

Para **facilitar la relación sexual**, el patrón cambia: el alcohol lidera de manera clara, seguido por MDMA y cannabis. Esta prevalencia del alcohol refleja su uso tradicional como desinhibidor social; para muchas personas, la facilitación de la relación sexual depende no de la intensificación sensorial, sino de la reducción de inhibiciones psicológicas (ansiedad, vergüenza).

La desinhibición aparece como un efecto clave también en las entrevistas. Tanto el alcohol, como estimulantes y el resto de las anteriores sustancias referidas, permiten reducir vergüenzas o tabúes, liberar tensiones, facilitando prácticas que serían más difíciles sin ellas.

“Me permite quitarme la vergüenza... disfrutar más de mi propia autoimagen”. (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

También se observa una preferencia por drogas que favorezcan conexión en lugar de rendimiento físico extremo. Asimismo, también se advierte que se busca

regular el pico de acción de la sustancia consumida para no estar demasiado alterado durante el acto sexual.

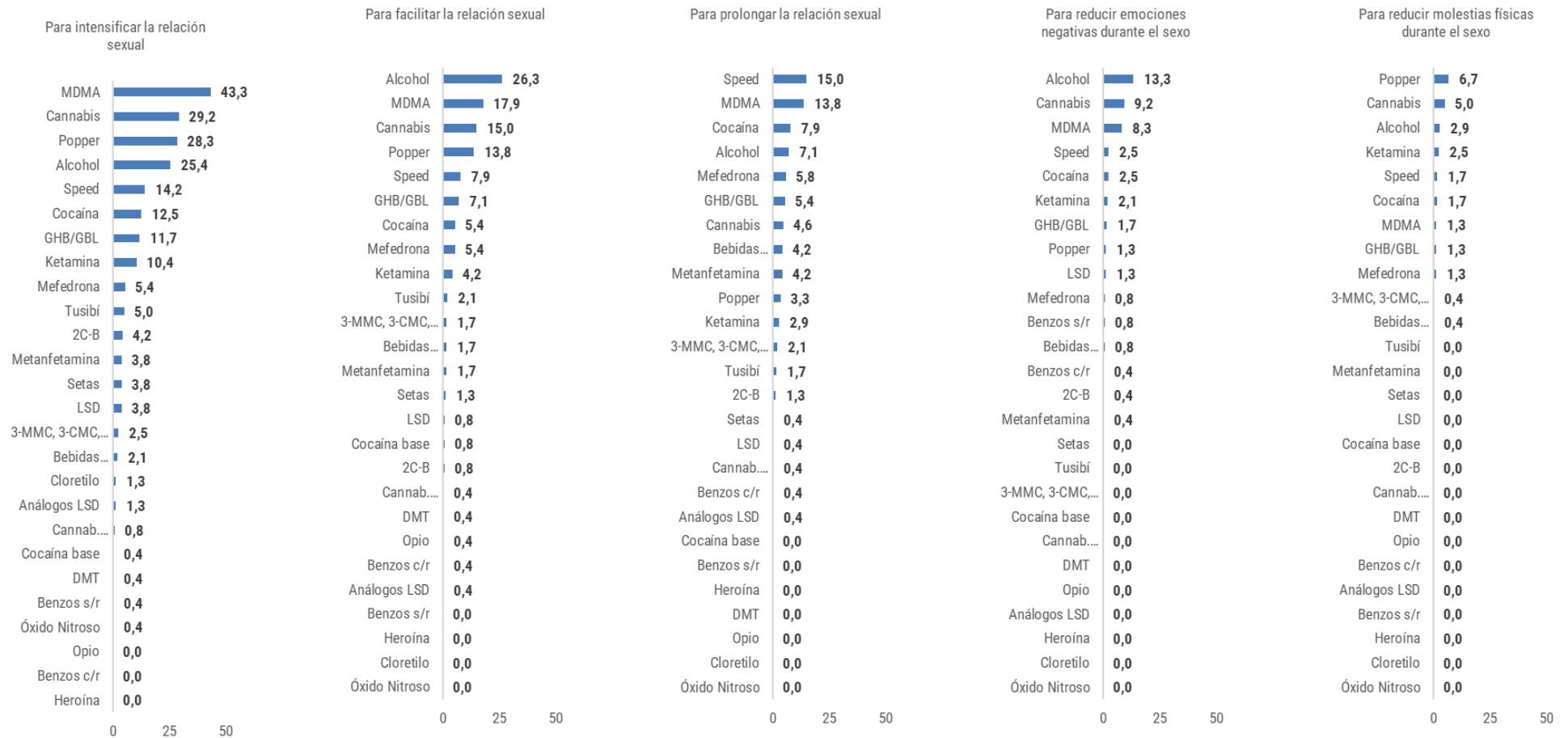
“A mí lo que me permite es quitarme la vergüenza, disfrutar yo de mi propia autoimagen en el sexo, es decir, como manera de sentirme más sexy o como con más control de la situación y como luego quitarme...barreras. Para mí hay una barrera mental muy importante que es estar pensando constantemente en el placer de la otra persona, entonces consumir esto me permite volver al mío. Eso sí, sin consumir mucho y que todo se centre en la sustancia, que puede hacer que todo se enturbie y no te enteres”. (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

Para **prolongar la relación sexual**, aparecen el speed y MDMA como sustancias predominantes, acompañadas por la cocaína. Estas sustancias psicoestimulantes comparten la capacidad de aumentar la resistencia y retrasar la eyaculación mediante su efecto en el sistema nervioso central, aumentando la vigilia y prolongando estados de excitación. Este patrón es particularmente evidente en hombres (como se menciona anteriormente), sugiriendo una demanda específica de control del timing sexual mediante sustancias con propiedades estimulantes.

Para **reducir emociones negativas durante el sexo**, el alcohol nuevamente predomina, complementado por cannabis y MDMA. Este motivo refleja la necesidad de gestionar estados emocionales como ansiedad, vergüenza o culpa. El alcohol, como depresor, reduce la intensidad de estas emociones; el cannabis facilita el desapego cognitivo; la MDMA, con sus propiedades ansiolíticas y su promoción de autoaceptación, también es funcional. Notablemente, sustancias como opioides prácticamente no aparecen, sugiriendo que las personas no buscan analgesia emocional mediante depresión severa. Este grupo evidencia la función psicológica del consumo sexualizado, diferente de la puramente fisiológica.

Por último, para **reducir molestias físicas durante el sexo**, popper, cannabis y alcohol son las sustancias principales. Este patrón refleja un uso más analgésico y relajante: el popper proporciona vasodilatación que alivia tensión vascular; el cannabis ofrece propiedades miorrelajantes; el alcohol actúa como depresor general.

Figura 14. Sustancias consumidas por motivo de uso sexualizado de drogas.



A pesar de la gran variedad de sustancias referidas, dentro del análisis cualitativo podemos observar al igual que en los resultado cuantitativos, que la elección de las sustancias no es por azar, sino que responde a los placeres buscados: los empatógenos como el MDMA se buscan para conexión y cercanía; los estimulantes para energía y duración; los *poppers* para efectos inmediatos de dilatación; GHB y ketamina se asocian a experiencias de disociación; y la intensificación sensorial (generada por sustancias como el cannabis o LSD).

“Era como todas las sensaciones estaban hiperamplificadas, el placer también estaba amplificado”. (Entrevista, Madrid, 5, Mujer, 40 años).

“Sentía que me explotaba cada parte del cuerpo...”. (Entrevista, Madrid, 6, Mujer, 29 años)

“Hasta acariciarte es 3000 veces más satisfactorio”. (Entrevista, Sevilla, 5, Mujer, 29 años).

Situación que también indica que el espectro de efectos y motivaciones es amplio: social, energético, sensorial o psicológico.

Espacios y contextos del uso sexualizado

El USD identificado en los discursos de las personas participantes no se ajusta a los patrones típicos del *chemsex*, ya que no aparece, de forma generalizada, asociado a encuentros grupales en espacios públicos ni orientado al sexo casual. Por el contrario, se vincula principalmente con la búsqueda de novedad, desinhibición y reconexión afectiva dentro de vínculos ya consolidados. En este sentido, los espacios elegidos para el consumo y la actividad sexual suelen ser viviendas propias u otros lugares percibidos como seguros, lo que refleja una intención explícita de preservar la intimidad y mantener el control sobre la experiencia.

“En mi casa, dónde estoy más cómodo y seguro”. (Entrevista, Palma, 6, Hombre, 19 años).

Por ello, los espacios elegidos suelen ser casas propias o lugares percibidos como seguros, reflejando la intención de preservar intimidad y control durante la experiencia.

“Pues en casa, sí, en casas que es donde puedo estar tranquila y segura”. (Entrevista, Madrid, 9, Mujer, 43 años).

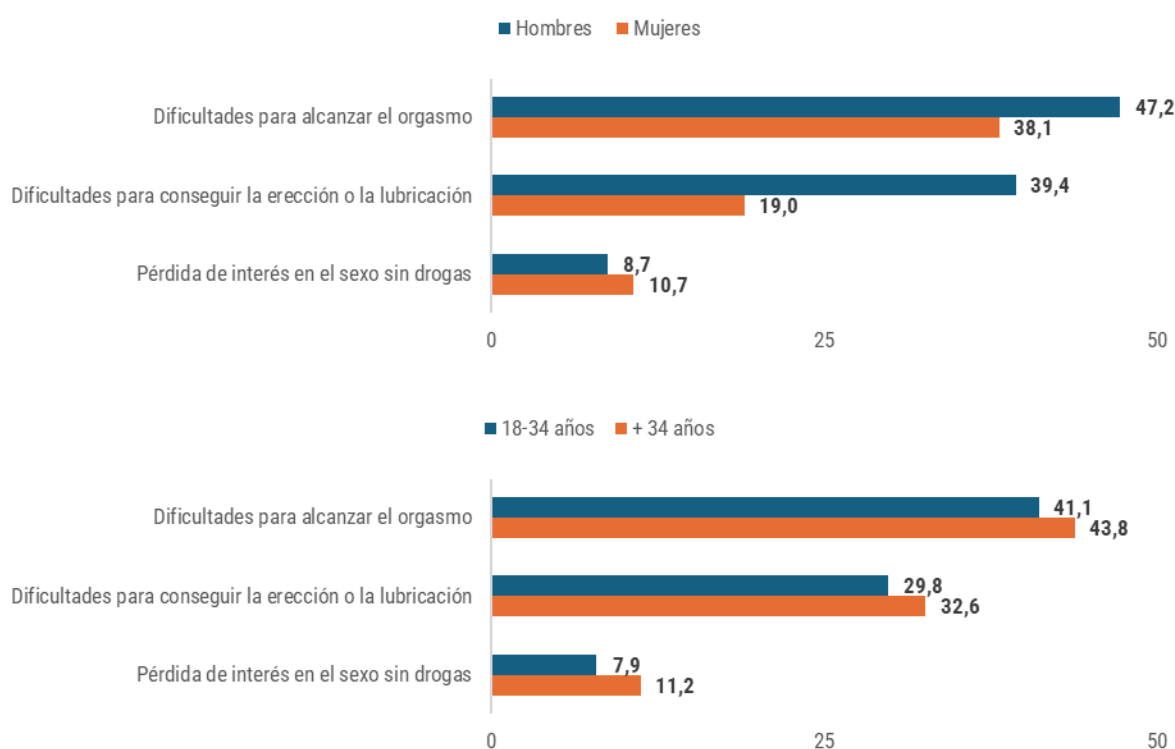
Esta preferencia por entornos privados sugiere una estrategia implícita de reducción de riesgos basada en el control del contexto y la gestión de la intimidad.

Consecuencias del uso sexualizado de drogas

El 74,6% de la muestra indicó haber experimentado al menos una de las tres consecuencias analizadas, lo que indica que la mayoría de las personas que realizan USD refiere algún tipo de impacto asociado a este patrón de uso. El 42,1% de las personas encuestadas manifestaron dificultades para alcanzar el orgasmo y un 30,8% dificultades para conseguir la erección o la lubricación. Por último, aunque menos frecuente, un 9,2% indicó haber experimentado pérdida de interés en el sexo sin drogas. De manera similar a estudios previos (Evers et al., 2019; Ollero et al., 2015), esto sugiere que, en una parte de la muestra, la vivencia sexual podría estar empezando a quedar condicionada a la presencia de sustancias, favoreciendo la aparición de un patrón en el que el consumo se percibe como “necesario” para excitarse o disfrutar de las relaciones.

Los hombres reportaron con mayor frecuencia dificultades para conseguir la erección en comparación con las mujeres para conseguir la lubricación, y ligeramente más dificultades para alcanzar el orgasmo. Tanto las personas de 18 a 34 años como los mayores de 34 años señalaron dificultades similares como consecuencia del uso sexualizado de drogas.

Figura 15. Consecuencias del uso sexualizado de drogas, según género y edad.



El análisis cualitativo confirma los riesgos que pone de manifiesto la encuesta. Gran parte de las personas entrevistadas identifican riesgos psicosociales como vulnerabilidad, despersonalización, estigma, etc.

“Me daba miedo provocar rechazo...”. (Entrevista, Sevilla, 6, Hombre, 22 años).

Además de referir en su gran mayoría riesgos fisiológicos, como cardíacos, desarrollo de relaciones de dependencia, etc. aunque sus conocimientos son limitados con relación a este fenómeno.

*“Yo creo que es peligroso porque te puedes enganchar a esa situación”.
(Entrevista, Madrid, 10, Mujer, 35 años).*

Cabe destacar la aparición en los discursos recogidos de un riesgo especialmente destacado: las combinaciones con otras drogas consumidas con anterioridad, propias del patrón de policonsumos recreativos ya comentado antes en este informe.

“Tomaban GHB... se le había olvidado que había fumado un porro y se desmayó follando”. (Entrevista, Madrid, 5, Mujer, 40 años).

En esta línea, hemos recogido diversas advertencias sobre combinaciones peligrosas, como alcohol con benzodiacepinas, alcohol con GHB o estimulantes junto a depresores, que pueden aumentar significativamente los riesgos durante los encuentros.

“Además, es algo que creo si haces sin cabeza puedes mezclar con otras cosas que hayas tomado y pasarlo mal... tengo amigos que les ha pasado”. (Grupo, Barcelona, 5, Hombre, 27 años).

Estas advertencias reflejan tanto experiencias directas como percepciones de peligro entre los participantes. En este sentido, se mencionan estrategias de cuidados para minimizar los riesgos en dos ámbitos:

En el plano individual, evitando mezclar sustancias, controlar dosis y alternar consumos; prestar atención a la propia vulnerabilidad mental y física para reducir pérdidas de consciencia o situaciones de consentimiento difuso.

*“Siempre dosis bajas, mucha comunicación, agua cerca y móvil a mano”.
(Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años)*

“No mezclar... dosificar... comunicación previa”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años).

Y desde lo colectivo, compartiendo información sobre combinaciones peligrosas y vigilándose mutuamente durante los encuentros sexuales.

*“Mucho cuidado... siempre he recibido cuidado por parte de mis parejas”.
(Entrevista, Madrid, 5, Mujer, 40 años).*

A pesar de estas precauciones, se reportan episodios de pérdida de consciencia y situaciones de consentimiento difuso o cercano a la violación inducida por drogas.

“Una vez me costó decir que no quería seguir... por el efecto de la sustancia”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años).

Fuentes de información

En el fenómeno analizado en este epígrafe las fuentes de información más citadas por las personas participantes en la parte cualitativa fueron la propia experiencia, los grupos de iguales y webs especializadas como Energy Control.

“Más mi propia experiencia y la de mi grupo de amigos que consume y con los que se puede hablar. Mi grupo de iguales la gran mayoría no consume, entonces es más desconocedor de todo esto, pero algunos sí”. (Entrevista, Madrid, 4, Hombre, 51 años).

“La primera vez que escuché chemsex fue leyendo la página web de Energy Control”. (Grupo, Barcelona, 9, Mujer, 23 años).

Por otro lado, la literatura formal y las personas profesionales sanitarias son poco consultadas ya que se tiende a confiar más en la experiencia personal, basada en ajustes empíricos como probar dosis pequeñas, comprobar los efectos y adaptarlos, así como en la experiencia compartida del grupo, mientras que el saber teórico es visto con desconfianza.

“Nunca he... he tomado nada sin por lo menos intentar buscar un mínimo de información sobre esa sustancia qué es lo que me va a hacer, siempre sin fiarme de los medios moralistas y de lo sanitario”. (Entrevista, Palma, 5, Mujer, 42 años).

Esto ocurre porque las personas confían más en la información que consideran directamente aplicable a su experiencia, percibiendo el conocimiento formal o profesional como distante, moralista o poco ajustado a la realidad del consumo. La experiencia propia y la compartida del grupo se percibe como más fiable para tomar decisiones y gestionar riesgos de manera efectiva.

Consumo de bebidas energéticas en la fiesta

Las bebidas energéticas se han consolidado en los últimos años como un producto de amplio consumo entre la población general, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes, tanto en contextos cotidianos como en situaciones de ocio nocturno (Sánchez-Sánchez et al., 2025). Estas se caracterizan por un elevado contenido de cafeína (entre 50 y 505 miligramos), azúcares y otras sustancias estimulantes como la taurina, el ginseng o la guaraná (Somers & Svatikova, 2020), lo que explica su uso para combatir el cansancio, mantenerse despierto y aumentar la sensación subjetiva de energía (Kaur et al., 2022). Sin embargo, su expansión plantea importantes interrogantes sobre los riesgos físicos y psicosociales asociados, así como sobre las motivaciones que subyacen a su consumo recreativo.

Los datos más recientes de la encuesta EDADES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2024) indican que el 16,5% de la población española de 15 a 64 años ha consumido bebidas energéticas en los últimos 30 días, y supera el 50% entre los hombres de 15 a 24 años. Esto confirma que se trata de una práctica relativamente extendida en nuestro país.

En la fase cualitativa, aunque no se preguntó de manera específica por este aspecto, la cuestión emergió de forma espontánea y con bastante fuerza. En este sentido, la frecuencia de consumo de bebidas energéticas entre las personas entrevistadas muestra una variabilidad notable, aunque con una tendencia clara: su uso se concentra principalmente en momentos de necesidad funcional (trabajo, estudio) y, en menor medida, en contextos de ocio.

“Las tomo como mucho un par de veces por semana, si tengo días de mucho trabajo o estoy muy cansada. Me dan ese empujón para aguantar un poco más, pero no me encantan. Es más, por necesidad que por gusto”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años).

En la mayoría de los casos, no forman parte de una rutina diaria, sino que se consumen de manera intermitente, como respuesta a una caída de energía o la exigencia de mantenerse despierto.

“Suelo tomarlas sobre todo cuando tengo que trabajar muchas horas seguidas o si he dormido poco”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

Algunas personas mencionan consumos diarios durante etapas específicas de trabajo intensivo o estudio, mientras que otras mantienen un uso esporádico

dependiendo de obligaciones laborales, exámenes o cansancio acumulado. Este patrón muestra que el consumo responde más a demandas situacionales que a un hábito consolidado.

“Antes tomaba con más frecuencia... me tomaba de 2 a 3 al día. Ahorita tomo una como mucho cada dos semanas, intento reducir lo mínimo”.
(Entrevista, Madrid, 6, Mujer, 29 años).

Este patrón de consumo responde a demandas muy concretas según las situaciones, y no a hábitos consolidados. La frecuencia de uso aumenta bajo presión y disminuye cuando las condiciones de vida son más estables, lo que sugiere un consumo adaptativo más que recreativo.

Uso de bebidas energéticas dentro de contextos de ocio

Aunque el consumo de bebidas energéticas se vincula mayoritariamente a contextos funcionales, diversas investigaciones señalan que su uso es especialmente frecuente entre jóvenes con una vida nocturna más activa (Holt, 2023; Sánchez-Sánchez et al., 2025). Este patrón sugiere que las bebidas energéticas forman parte de determinadas formas de ocio, donde se utilizan para prolongar el estado de alerta, resistir el cansancio y acompañar situaciones de fiesta (Poulos et al., 2015).

Dada la presencia de las bebidas energéticas en contextos de ocio, en esta edición del Observatorio analizamos específicamente la frecuencia con que se consumen cuando se sale de fiesta, así como la prevalencia y los motivos que impulsan el consumo combinado con otras sustancias.

Figura 16. Características del consumo de bebidas energéticas estando de fiesta en los últimos 12 meses.

	Hombres (n = 164)	Mujeres (n = 107)	18-34 años (n = 239)	+34 años (n = 64)	Total (n = 303)
Frecuencia de consumo: n (%)					
1-5 días	64 (39,0)	44 (41,1)	87 (36,4)	31 (48,4)	⁵ 118 (38,9)
6-10 días	36 (22,0)	20 (18,7)	51 (21,3)	12 (18,8)	63 (20,8)
11-20 días	23 (14,0)	23 (21,5)	42 (17,6)	9 (14,1)	51 (16,8)
21-50 días	17 (10,4)	9 (8,4)	28 (11,7)	5 (7,8)	33 (10,9)
51-80 días	6 (3,7)	3 (2,8)	9 (3,8)	1 (1,6)	10 (3,3)
81-100 días	9 (5,5)	2 (1,9)	11 (4,6)	1 (1,6)	12 (4,0)
101-150 días	2 (1,2)	-	1 (0,4)	1 (1,6)	2 (0,7)
151-200 días	2 (1,2)	4 (3,7)	5 (2,1)	1 (1,6)	6 (2,0)
201-250 días	3 (1,8)	-	2 (0,8)	2 (3,1)	4 (1,3)
251-300 días	-	-	-	-	-
Más de 300 días	2 (1,2)	2 (1,9)	3 (1,3)	1 (1,6)	4 (1,3)
Frecuencia con la que se ha mezclado bebidas energéticas estando de fiesta con otras sustancias: n (%)					
Nunca	20 (12,2)	14 (13,1)	28 (11,7)	8 (12,5)	36 (11,9)
Casi nunca	42 (25,6)	29 (27,1)	57 (23,8)	17 (26,6)	74 (24,4)
La mitad de las veces que las he consumido	18 (11,0)	16 (15,0)	30 (12,6)	10 (15,6)	40 (13,2)
Casi siempre que las he consumido	53 (32,3)	22 (20,6)	⁶ 65 (27,2)	19 (29,7)	84 (27,7)
Siempre que las he consumido	31 (18,9)	26 (24,3)	59 (24,7)	10 (15,6)	69 (22,8)
Sustancias con las que se ha mezclado: n (%)					
Alcohol	116 (33,5)	34 (31,8)	171 (71,5)	42 (65,6)	213 (70,3)
Cannabis	55 (33,5)	34 (31,8)	93 (38,9)	12 (18,8)	⁷ 105 (34,7)
Cocaína	23 (14,0)	13 (12,1)	24 (10,0)	13 (20,3)	⁸ 37 (12,2)
MDMA	62 (37,8)	34 (31,8)	82 (34,3)	25 (39,1)	107 (35,3)
Speed	25 (15,2)	18 (16,8)	40 (16,7)	13 (20,3)	53 (17,5)
Ketamina	18 (11,0)	5 (4,7)	21 (8,8)	6 (9,4)	27 (8,9)
Setas	1 (0,6)	1 (0,9)	1 (0,4)	2 (3,1)	3 (1,0)
LSD	4 (2,4)	2 (1,9)	5 (2,1)	5 (7,8)	10 (3,3)
Análogos LSD	-	-	-	-	-
Benzodiacepinas sin receta	1 (0,6)	2 (1,9)	3 (1,3)	-	3 (1,0)
Benzodiacepinas con receta	-	3 (2,8)	2 (0,8)	1 (1,6)	3 (1,0)
Cocaína base	1 (0,6)	-	1 (0,4)	-	1 (0,3)
Heroína	-	-	-	-	-
Opio	-	-	-	-	-
Metanfetamina	1 (0,6)	4 (3,7)	4 (1,7)	1 (1,6)	5 (1,7)
GHB/GBL	7 (4,3)	-	4 (1,7)	3 (4,7)	7 (2,3)
DMT	-	-	-	-	-
2C-B	6 (3,7)	3 (2,8)	8 (3,3)	2 (3,1)	10 (3,3)
Mefedrona	8 (4,9)	1 (0,9)	10 (4,2)	1 (1,6)	11 (3,6)
3-MMC, 3-CMC, 4-CMC	1 (0,6)	-	1 (0,4)	-	1 (0,3)
Popper	26 (15,9)	7 (6,5)	⁹ 34 (14,2)	6 (9,4)	40 (13,2)
Óxido Nitroso	2 (1,2)	-	1 (0,4)	1 (1,6)	2 (0,7)
Cloretilo	4 (2,4)	1 (0,9)	5 (2,1)	-	5 (1,7)
Tusibí	12 (7,3)	6 (5,6)	16 (6,7)	3 (4,7)	19 (6,3)
Cannab. sintéticos	-	-	1 (0,4)	-	1 (0,3)

⁵ $p = .033$ ⁶ $p = .034$ ⁷ $p = .002$ ⁸ $p = .025$ ⁹ $p = .021$

Los resultados sugieren que el consumo de bebidas energéticas cuando se sale de fiesta está presente en una parte relevante de la muestra, pero suele adoptar una frecuencia baja. Del total de personas encuestadas, el 40% (n = 303) indicó haber consumido bebidas energéticas estando de fiesta en los últimos 12 meses. Entre estas, los consumos ocasionales constituyen el patrón de consumo más común, con el 59,7% indicando un consumo de 10 días o menos en ese periodo. Los consumos más frecuentes (más de 50 días) se concentran en un porcentaje muy reducido de participantes (9,6%).

El consumo de bebidas energéticas estando de fiesta es claramente más habitual en los hombres (42,3% frente al 33,9% en mujeres), y en el grupo de 18 a 34 años (51,0% frente al 22,0% en los mayores de 34 años).

A diferencia de otras sustancias recreativas, su uso no se planifica de manera estricta. La mayoría de las personas señala que las toman “cuando lo necesitan”, lo que indica una lógica reactiva más que anticipada.

“Me dan ese empujón rápido que a veces necesito para tirar del carro, aunque no planifico cuando las tomo. —dice con gesto de cansancio simpático”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

Combinación con otras sustancias

Dentro de estos contextos de ocio, un aspecto especialmente relevante es la mezcla de bebidas energéticas con alcohol y otras sustancias, práctica que incrementa los riesgos y cuya magnitud todavía no se comprende por completo. En España, la encuesta EDADES (OEDA, 2024) sugiere que el 3,8% de la población de 15 a 64 años ha mezclado bebidas energéticas con alcohol en los últimos 30 días. Sin embargo, se desconoce la prevalencia de consumo combinado con otras drogas.

Entre las personas encuestadas que indicaron haber consumido bebidas energéticas en contextos de fiesta en los últimos 12 meses, el 88,1% indicó que las había mezclado con otras sustancias. Además, alrededor de la mitad señaló que lo hace casi siempre o siempre que consume este tipo de bebidas. Estos datos apuntan a que, en ambientes de ocio, las bebidas energéticas suelen usarse más como “base” para combinarlas con otras sustancias que como una bebida que se toma por sí sola. Esto puede asociarse con patrones de consumo más arriesgados y hacer más difícil percibir con claridad el nivel real de intoxicación.

En cuanto a las mezclas, el alcohol es la sustancia más habitual (70,3%) entre quienes consumen bebidas energéticas. Le siguen la MDMA (35,3%) y el cannabis (34,7%), presentes en 1 de cada 3 casos aproximadamente. Aunque con menor frecuencia, también aparecen combinaciones relevantes con speed (17,5%), poppers (13,2%) y cocaína (12,2%).

En los relatos cualitativos, cuando aparecen consumos en entornos de ocio nocturno, aunque menos frecuente que otras sustancias, casi siempre aparecen mezcladas con alcohol.

“A veces sí y a veces no..., poco... normalmente sí que suelen ser combinadas con alcohol”. (Entrevista, Palma, 1, Hombre, 29 años).

“No, nunca he bebido alcohol con Red Bull, porque me parece súper dulce y me da asco, pero sé que la gente lo suele tomar de esta manera- dice meneando la cabeza”. (Entrevista, Palma, 2, Mujer, 35 años)

Aunque a veces, según la lógica de los policonsumos referida anteriormente, se mezcla con otras drogas sin evaluar riesgos debido a la poca percepción del riesgo e información relacionadas con estas bebidas.

“A veces sé que la gente que ha tomado otras drogas las usa, muchas veces sin saber que pasa cuando mezclas”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

Hombres y mujeres presentan frecuencias y tipos de combinaciones muy parecidos cuando mezclan bebidas energéticas con otras sustancias, aunque se aprecia un mayor consumo combinado con poppers en el caso de los hombres.

Por edad, aunque el consumo de bebidas energéticas en contextos de fiesta está más extendido en el grupo de 18-34 años, cuando se analiza su combinación con otras sustancias, la frecuencia no muestra diferencias relevantes respecto al grupo de mayores de 34 años. La única excepción es que entre los 18-34 años aparece una proporción ligeramente mayor de personas que declaran mezclarlas siempre que consumen bebidas energéticas.

Respecto a las sustancias con las que se combinan, el patrón general es similar en ambos grupos de edad. Sin embargo, se observan dos excepciones: la mezcla de cannabis es más habitual entre los 18-34 años, mientras que la combinación con cocaína es relativamente más frecuente en el grupo de mayores de 34 años.

Para comprender qué impulsa estas combinaciones, se pidió a las personas participantes que valoraran cinco posibles razones para mezclar bebidas energéticas con otras sustancias y que, además, indicarán cuál de ellas describe mejor su motivo principal.

El sabor es, con diferencia, la razón más común para mezclar bebidas energéticas con otras sustancias. Casi 7 de cada 10 personas lo mencionan como un motivo (67,4%), y más de la mitad lo señalan como su razón principal (53,2%). En segundo lugar aparecen motivaciones relacionadas con los efectos. Alrededor de un tercio busca potenciarlos (33,3% lo menciona; 22,8% lo nombra como principal), mientras que una parte menor intenta contrarrestarlos (18,0% y 11,6%, respectivamente). La búsqueda de efectos nuevos es mucho menos frecuente (16,5% como motivo general; 6,7% como principal). Las dinámicas del grupo tienen el menor peso: solo el 13,1% menciona que lo hace porque es una práctica habitual en su entorno, y apenas el 5,6% la señala como razón principal.

Hombres y mujeres, así como ambos grupos de edad, muestran motivaciones muy parecidas a la hora de realizar estas combinaciones.

Figura 17. *Motivos para mezclar bebidas energéticas con otras sustancias, según género y edad.*

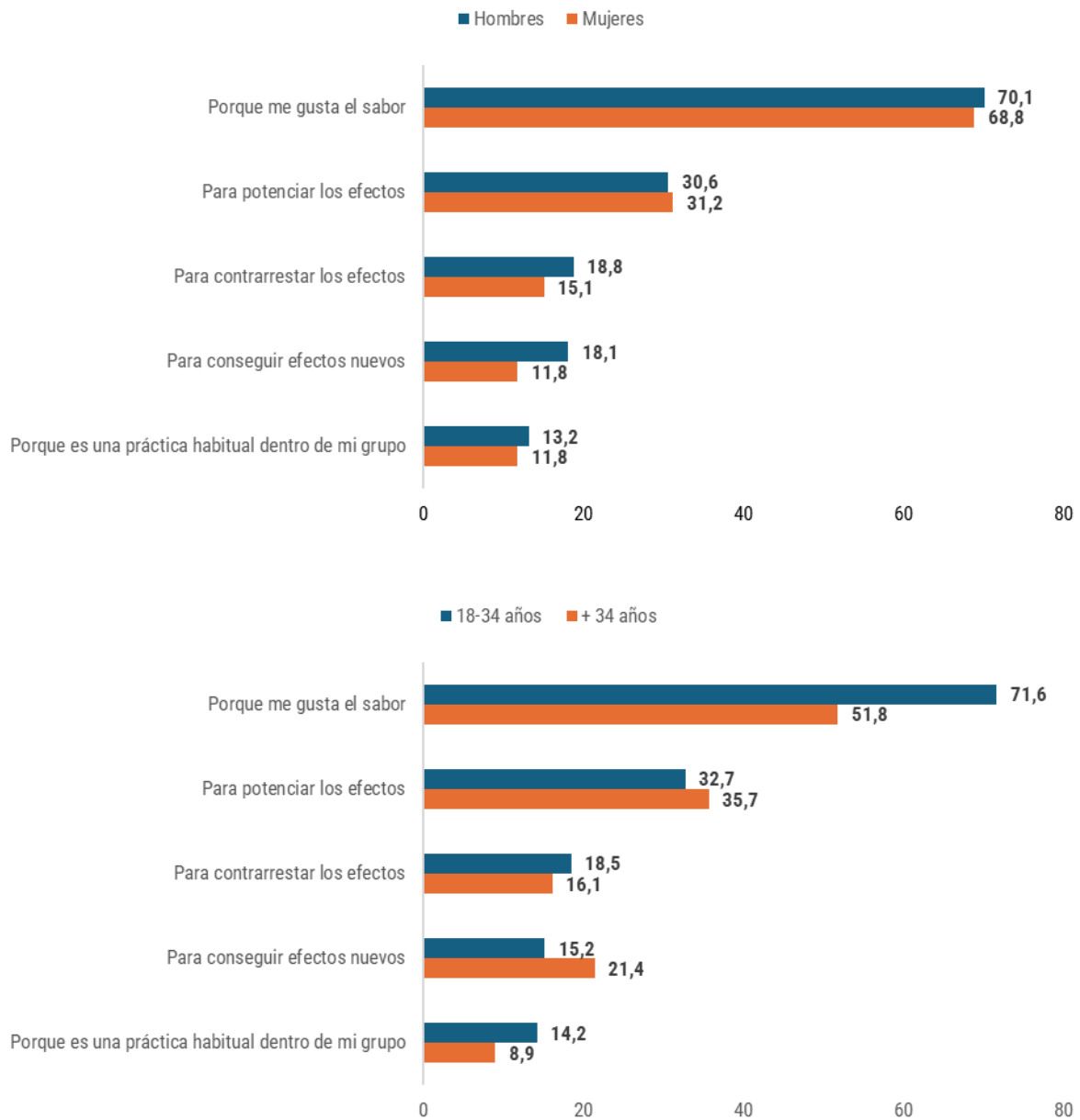
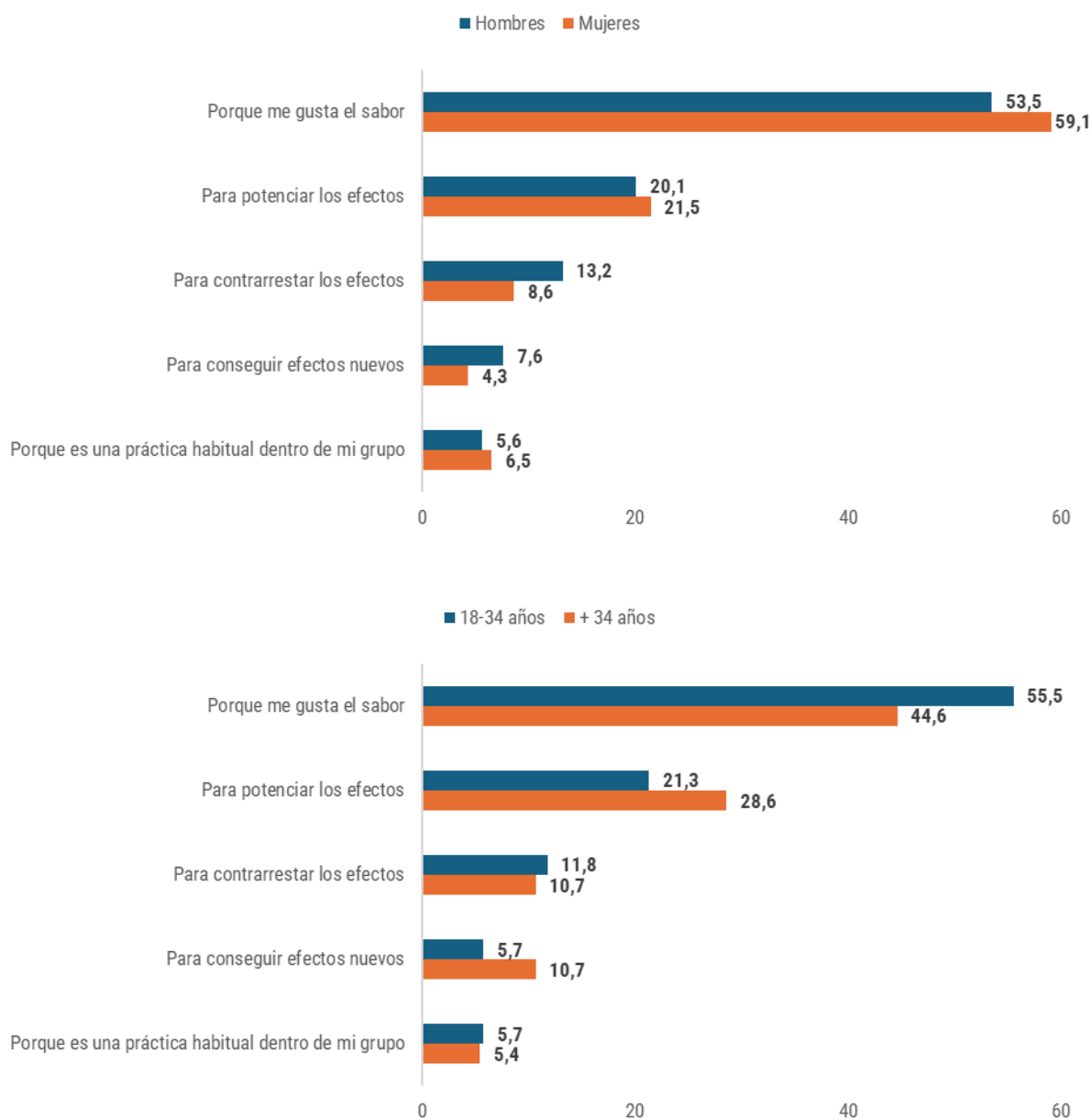


Figura 18. Motivo principal para mezclar bebidas energéticas con otras sustancias, según género y edad.



En la parte cualitativa, aunque su función principal es la funcional, la gran mayoría destaca su sabor y carácter performativo, más que los efectos.

“Mucha gente pide combinados con energéticas, creo que más por el sabor y porque está de moda”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años).

Efectos buscados

Los momentos en los que se consumen se concentran en picos específicos del día: mañanas después de dormir poco, tarde-noche en sesiones de estudio, picos de trabajo, etc, vinculando más al estado físico (cansancio, sueño, agotamiento) o a una exigencia externa (trabajo, estudio) que a un deseo de estimulación en sí

misma. Por otro lado, en contextos de fiesta, el momento de consumo aparece asociado al inicio de la noche, o a más tarde cuando se busca “remontar” la energía para continuar socializando.

“A mitad de la noche... dije no puedo más, entonces es en ese momento cuando tomo una energética”. (Grupo, Madrid, 3, Hombre, 29 años).

En algunos perfiles, las bebidas energéticas funcionan como sustituto de estimulantes más estigmatizados.

“En las últimas fiestas he salido con esto en vez de llevarme mi gramo de speed... para intentar reducir riesgos”. (Entrevista, Madrid, 8, Hombre, 37 años).

En la mayoría de estos casos, estas sustancias cumplen una función compensatoria, permitiendo a las personas mantenerse en la escena sin recurrir a otras drogas.

“Para mí lo que me retribuye más es sentir que tengo capacidad de control sobre el consumo de sustancias ilegales... ayer estaban todos poniéndose hasta el culo y yo con mi Red Bull no lo hice”. (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

De esta forma, las bebidas energéticas, modifican la trayectoria experiencial de la noche, permitiendo “estirla”, retrasar la desactivación y mantener la sociabilidad sin recurrir a otros consumos.

De este modo, las bebidas energéticas y los combinados que con ellas se realizan, participan de un repertorio de prácticas en las que el placer adopta diferentes dimensiones sensoriales (sabor dulce, “texture”), performativas (mostrar resistencia, aguantar la noche) y situacionales (potenciar la vivencia musical o social). Además, su presencia en los repertorios de consumo no proviene únicamente de la estimulación sino del componente emocional y del relato social que lo acompañan (lo cool, lo moderno, lo que hace todo el mundo).

Al mismo tiempo, el placer reportado es ambivalente: muchas personas reconocen que la sensación puede deberse más a la expectativa que a la realidad (efecto placebo), y que, cuando se examina con detalle, lo que se obtiene es un “subidón momentáneo” más ligado al azúcar y la expectativa que a un incremento sostenido del rendimiento.

“No, no, es un placebo brutal, pero no, es verdad. O quizá como es una bebida así azucarada y el sabor es como muy atractivo, pues juega así, ¿no? Como con el placebo, pero no, tiene razón que no lo siento”. (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

Esta ambivalencia ayuda a explicar por qué las bebidas energéticas pueden funcionar a la vez como fuente de disfrute y como objeto de desconfianza, especialmente en contextos en los que coincide con otras sustancias estimulantes.

“Siempre dentro de dos contextos, o del ocio y la fiesta para motivarme... pero ya dentro de la fiesta no tomo Monster porque ahí es donde suelo tomar otras sustancias y no me gusta mezclarlo con la bebida energética”. (Entrevista, Madrid, 2, Hombre, 44 años)

Es interesante cómo la narrativa del “efecto placebo” se entrelaza con relatos de sintomatología psíquica: algunas personas no sienten mayor energía subjetiva, pero sí experimentan una activación fisiológica que deriva en malestar mental.

Consecuencias del consumo de bebidas energéticas

En cuanto a los riesgos percibidos, las personas entrevistadas asocian las BE con efectos corporales fácilmente reconocibles: taquicardia, insomnio, problemas digestivos y efectos metabólicos ligados al azúcar.

“Riesgos, problemas cardíacos, problemas estomacales, yo llegué de eso a tener gastritis”. (Entrevista, Madrid, 6, Mujer, 29 años).

Aunque muchos participantes relativizan el daño inmediato, subrayan la preocupación por la acumulación (consumo repetido, multidosis) y por la interacción con el alcohol u otras sustancias, que amplifica el riesgo cardiovascular.

“Estás mezclando un depresor con un estimulante y tu cuerpo no sabe muy bien qué hacer. Yo de hecho tuve una experiencia bastante desagradable de adolescente que estuve a punto del coma etílico y de hecho fue la primera vez que mezclé bebida energética con alcohol y no lo recomiendo”. (Grupo, Barcelona, 7, Hombre, 23 años).

Este reconocimiento sobre la salud física no siempre se traduce en prácticas de evitación; en algunos entornos (gimnasios, televisión, trabajo, deporte extremo) el consumo se normaliza, lo que difumina la percepción de riesgo.

“Voy al gimnasio y me preocupa mucho ver la cantidad de Monster que bebe la gente. O sea, ahí en el gimnasio es muy heavy. Incluso la gente tiene conversaciones sobre cuántos Monster se han bebido al día. Igual deberíais ir al gimnasio”. (Grupo, Barcelona, 3, Mujer, 43 años)

Así, el discurso sobre daño físico convive con la funcionalidad percibida, generando contradicciones prácticas que merecen atención en el ámbito de la intervención con relación a este tipo de sustancias.

“En raves... mucha gente para no ponerse de estimulantes consume bebidas energéticas para aguantar.” (Entrevista, Barcelona, 7, Hombre, 31 años).

Esta sustitución de consumo de estimulantes por BE plantea interrogantes sobre riesgos emergentes y su posibilidad como estrategia de reducción de riesgos para algunas personas por sus efectos percibidos como positivos: mantenimiento del

rendimiento laboral/estudiantil, posibilidad de socializar sin consumir drogas ilegales, aminorar efectos del alcohol, continuar de fiesta, el sabor, etc.

“Al principio las suelo usar cuando son jornadas a lo mejor un poquito más largas de lo habitual... por el tema de la cafeína y por intentar que no me venga el cansancio”. (Entrevista, Palma, 1, Hombre, 29 años).

Estas experiencias positivas explican por qué el consumo persiste a pesar de los mensajes de riesgo, y por qué su normalización es sostenida en ciertos ámbitos.

“Como lo hago mezclado con alcohol esa sensación está muy camuflada entre el efecto del depresor y no la podría diferenciar por lo bien que sabe”. (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años)

De nuevo vemos relevante, desde una perspectiva de intervención, reconocer estas funciones positivas para diseñar mensajes de prevención que no estigmaticen la práctica pero que promuevan usos más informados y seguros.

Centrándonos en las principales estrategias de cuidado a nivel individual, las personas participantes describen prácticas de carácter pragmático, como limitar la cantidad consumida (una lata como máximo), evitar su ingesta en fases avanzadas del día, optar por versiones sin azúcar y alternar el consumo con agua.

“Dos no me he tomado en el mismo día en mi vida. Una como mucho”. (Entrevista, Madrid, 8, Hombre, 37 años).

“Trato de buscar sin azúcar y evitar tomar muchos... creo que nunca me he tomado más de uno en un día”. (Entrevista, Sevilla, 3, Hombre, 28 años).

Otras prácticas referidas, pero con menor presencia fueron leer las etiquetas (cantidad de cafeína) y no mezclar con otras drogas, sobre todo estimulantes.

“Cuando quiero aguantar más... suelo utilizar algún estimulante como cocaína o speed antes que una bebida energética... pero sí que lo he visto mezclado con alcohol en entornos más comerciales”. (Grupo, Madrid, 2, Hombre, 25 años).

La autorregulación aparece en los discursos de las personas entrevistadas como la principal forma de cuidado, la cual surge de experiencias previas negativas.

“Dependiendo de la velocidad con la que me la tome puede resultar desagradable... suelo alargarlo para que dure todo lo posible”. (Entrevista, Barcelona, 8, Hombre, 30 años).

En contextos grupales, la gestión de riesgos incorpora reglas informales: avisar a otras personas, controlar sorbos ajenos y establecer límites colectivos en la noche. Estas tácticas son eficaces para reducir algunos peligros inmediatos aunque no resuelven riesgos asociados a mezclas complejas.

“No beberla muy rápido... tomaba la mitad y dejaba la otra mitad... consideraba que tomarme una de una tirada era innecesario”. (Entrevista, Palma, 6, Hombre, 19 años).

Es por ello que las prácticas de cuidado emergen tanto de la experiencia personal y grupal como del acceso a información básica, de modo que su adopción depende de múltiples variables psicosociales que configuran el proceso de toma de decisiones en el consumo, como la función atribuida a las bebidas energéticas, las expectativas o la intención.

Fuentes de información

La búsqueda de información sobre las sustancias analizadas en este epígrafe y sus riesgos no es homogénea.

“Sí claro, yo sé que los Monster tienen 165 o 150 mg y los Red Bull 90... pero no he buscado información específica”. (Entrevista, Sevilla, 6, Hombre, 22 años).

Hay quienes no se han informado, otros que consultan etiquetas y algunos que recurren a fuentes especializadas como organizaciones, webs, etc.

“No me he informado... supongo que tendrán algún riesgo”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

Este proceso se intensifica tras experiencias adversas o recomendaciones de pares, y la interpretación de las fuentes depende de una metaemoción fundamental: la confianza, entendida como una evaluación emocional construida sobre variables psicosociales como la reputación, la experiencia previa y la validación entre iguales. Esta metaemoción, como ya hemos presentado, orienta qué información se considera creíble y condiciona la adopción de estrategias de cuidado.

Consumo de benzodiazepinas con fines recreativos

Las benzodiazepinas son fármacos de prescripción ampliamente utilizados en la práctica clínica para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio y otros trastornos del sistema nervioso central (National Institute on Drug Abuse, 2014). En España, se estima que el 12% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido benzodiazepinas en los últimos 12 meses, cifra que engloba tanto el uso médico como el no médico (OEDA, 2024).

Más allá del uso médico (con o sin receta), en los últimos años se ha documentado un consumo recreativo de estas sustancias, entendido como aquel consumo con fines lúdicos o psicoactivos en contextos de ocio y fiesta, desvinculado de prescripción médica (Bright et al., 2023). En esta edición del Observatorio nos hemos centrado en este patrón de consumo debido a su creciente aumento y a la escasez de investigación académica en este ámbito.

Para identificar el consumo recreativo, se preguntó a las personas participantes si habían consumido benzodiazepinas por alguna de las siguientes razones:

- Por placer o para colocarse.
- Por razones sociales.
- Por curiosidad.
- Porque se perciben como más seguras que las drogas ilegales.
- Para “bajar” o contrarrestar los efectos de otras drogas.
- Para disminuir los síntomas de abstinencia de otras drogas.

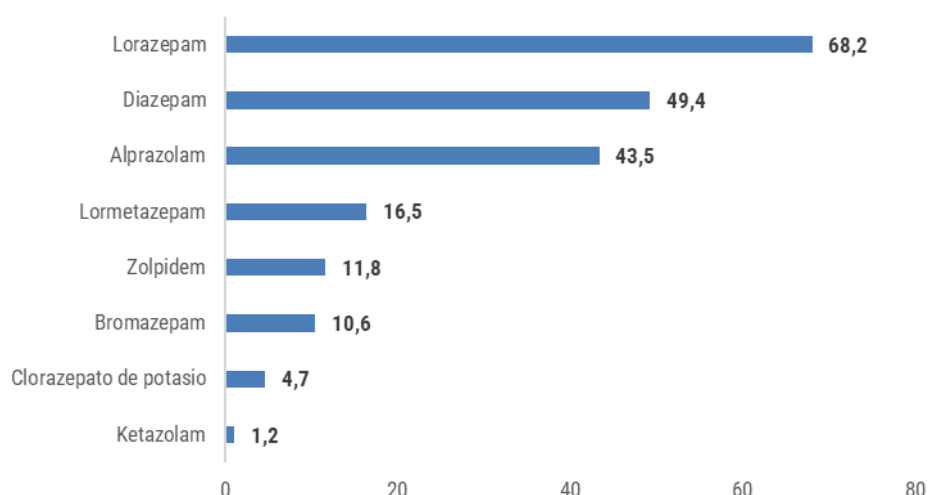
Bajo esta definición, encontramos que el 43,6% de las personas encuestadas que indicaron haber consumido benzodiazepinas (n=195), lo hicieron de manera recreativa, lo que representa el 11,2% (n=85) de la muestra total. Estos resultados sugieren que, aunque el consumo recreativo de benzodiazepinas es un fenómeno presente en la población encuestada, su prevalencia es considerablemente menor en comparación con otros patrones de consumo de sustancias en contextos de ocio.

Características del consumo de benzodiacepinas de manera recreativa en los últimos 12 meses.

En cuanto a la benzodiacepina más consumida, el Lorazepam fue la más frecuentemente reportada (68,2%), seguida del Diazepam (49,4%) y el Alprazolam (43,5%). Este patrón de preferencia se corrobora en el análisis cualitativo.

“He tomado diazepam y Lorazepam, que son las que tengo más a mano.”
(Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años)

Figura 19. Benzodiacepinas consumidas de manera recreativa.



El consumo recreativo de benzodiacepinas ocurre mayormente de forma ocasional. El 29,4% reportó consumo entre 1 y 5 días, y el 23,5% entre 11 y 20 días. El consumo más frecuente (más de 50 días) fue poco común, registrándose en el 10,6% de quienes consumen benzodiacepinas recreativamente. Los patrones de frecuencia fueron similares en hombres y mujeres, y en ambos grupos de edad.

Figura 20. Características del consumo de benzodiacepinas de manera recreativa.

	Hombres (n = 41)	Mujeres (n = 28)	18-34 años (n = 62)	+34 años (n = 23)	Total (n = 85)
Consumo últimos 12 meses: n (%)					
1-5 días	10 (24,4)	8 (28,6)	20 (32,3)	5 (21,7)	25 (29,4)
6-10 días	5 (12,2)	2 (7,1)	13 (21,0)	2 (8,7)	15 (17,6)
11-20 días	16 (39,0)	4 (14,3)	12 (19,4)	8 (34,8)	20 (23,5)
21-50 días	5 (12,2)	6 (21,4)	6 (9,7)	5 (21,7)	11 (12,9)
51-80 días	2 (4,9)	2 (7,1)	3 (4,8)	1 (4,3)	4 (4,7)
81-100 días	1 (2,4)	2 (7,1)	4 (6,5)	-	4 (4,7)
101-150 días	2 (4,9)	2 (7,1)	3 (4,8)	1 (4,3)	4 (4,7)
151-200 días	-	-	-	-	-
201-250 días	-	-	-	-	-
251-300 días	-	1 (3,6)	1 (1,6)	1 (1,2)	1 (1,2)
Más de 300 días	-	1 (3,6)	-	1 (4,3)	1 (1,2)
Forma de consumo: n (%)					
Ingerida en forma de pastilla sin alterar	39 (95,1)	27 (96,4)	58 (93,5)	22 (95,7)	80 (94,1)
Ingerida en forma de pastilla triturada	1 (2,4)	1 (3,6)	1 (1,6)	1 (4,3)	2 (2,4)
Inhalada (esnifada)	4 (9,8)	2 (7,1)	9 (14,5)	-	9 (10,6)
Fumada	1 (2,4)	-	1 (1,6)	-	1 (1,2)
Injectada	-	-	-	-	-
Frecuencia con la que se ha mezclado benzodiacepinas con otras sustancias: n (%)					
Nunca	13 (31,7)	7 (25,0)	18 (29,0)	9 (39,1)	27 (31,8)
Casi nunca	12 (29,3)	8 (28,6)	19 (30,6)	5 (21,7)	24 (28,2)
La mitad de las veces que las he consumido	4 (9,8)	10 (35,7)	13 (21,0)	3 (13,0)	16 (18,8)
Casi siempre que las he consumido	7 (17,1)	3 (10,7)	8 (12,9)	4 (17,4)	12 (14,1)
Siempre que las he consumido	5 (12,2)	-	4 (6,5)	2 (8,7)	6 (7,1)
Sustancias con las que se ha mezclado benzodiacepinas: n (%)					
Alcohol	11 (26,8)	13 (46,4)	22 (35,5)	7 (30,4)	29 (34,1)
Bebidas energéticas	2 (4,9)	5 (17,9)	7 (11,3)	2 (8,7)	9 (10,6)
Cannabis	13 (21,7)	8 (28,6)	22 (35,5)	3 (13,0)	25 (29,4)
Cocaína	12 (29,3)	7 (25,0)	13 (21,0)	8 (34,8)	21 (24,7)
MDMA	9 (22,0)	6 (21,4)	13 (21,0)	6 (26,1)	19 (22,4)
Speed	10 (24,4)	6 (21,4)	15 (24,2)	5 (21,7)	20 (23,5)
Ketamina	3 (7,3)	-	4 (6,5)	1 (4,3)	5 (5,9)
Setas	-	-	-	-	-
LSD	1 (2,4)	-	1 (1,6)	1 (4,3)	2 (2,4)
Análogos LSD	-	-	-	-	-
Cocaína base	1 (2,4)	-	-	1 (4,3)	1 (1,2)
Heroína	-	-	-	-	-
Opio	1 (2,4)	-	1 (1,6)	-	1 (1,2)
Metanfetamina	3 (7,3)	-	1 (1,6)	2 (8,7)	3 (3,5)
GHB/GBL	-	-	-	-	-
DMT	-	-	-	-	-
2C-B	1 (2,4)	-	-	1 (4,3)	1 (1,2)
Mefedrona	2 (4,9)	2 (7,1)	5 (8,1)	2 (8,7)	7 (8,2)
3-MMC, 3-CMC, 4-CMC	1 (2,4)	-	-	1 (4,3)	1 (1,2)
Popper	1 (2,4)	1 (3,6)	2 (3,2)	-	2 (2,4)
Óxido Nitroso	-	-	-	-	-
Cloretilo	-	-	-	-	-
Tusibí	1 (2,4)	-	-	1 (4,3)	1 (1,2)
Cannab. sintéticos	-	-	-	-	-

¹⁰ $p = .044$

Vías de administración

En cuanto a la forma de consumo, la vía predominante fue la oral mediante pastillas sin alterar, siendo prácticamente universal en ambos grupos de edad y género. Otras formas fueron marginales, como la inhalación (10,6%), el consumo de pastillas trituradas (2,4%) o el uso por vía fumada (1,2%). No se reportó consumo inyectado, lo que sugiere una preferencia por vías asociadas a menores riesgos de infecciones, complicaciones vasculares o daño tisular, en línea con una adopción implícita de estrategias de reducción de daños. Además, dado que las benzodiacepinas resultan eficaces por vía oral, el incentivo farmacológico para emplear otras rutas es limitado.

De manera similar a lo observado en los datos recogidos en la encuesta, la única vía utilizada prácticamente, es la vía oral.

“Las tomo por vía oral, en pastilla. Normalmente media, como mucho una entera si veo que estoy muy activado”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

Puntualmente, aparece algún caso de pulverización nasal para intensificar el efecto.

“Pues nada, se lo machacaba y se metía el tranqui por la nariz”. (Entrevista, Madrid, 1, Mujer, 29 años)

Estas formas alternativas son marginales pero relevantes como indicadores de una experimentación que imita lógicas propias de otras sustancias más recreativas, las cuales conllevan un posible incremento en los posibles riesgos asociados al consumo.

Combinación con otras sustancias

La combinación de benzodiacepinas con otras sustancias es una práctica relativamente frecuente. El 68,2% reportó haber mezclado benzodiacepinas con otras drogas en alguna ocasión. Entre quienes combinaron sustancias, el alcohol, el cannabis, la cocaína, el speed y la MDMA fueron las más frecuentemente utilizadas.

Se observan diferencias según el género y la edad. Las mujeres mostraron una mayor tendencia a mezclar benzodiacepinas con alcohol (46,4%), cannabis (28,6%) y bebidas energéticas (17,9%) que los hombres. Por su parte, las personas de 18 a 34 años las combinaron más frecuentemente con alcohol y cannabis (ambos 35,5%), mientras que el grupo de mayores de 34 años prefirió mezclarlas con cocaína (34,8%), principalmente.

Desde la perspectiva cualitativa, en contextos de ocio se reitera que la mezcla más habitual es con alcohol, aunque en los discursos la reconocen como altamente peligrosa y muchos participantes establecen normas explícitas para evitarla (“cero alcohol si ya he tomado”).

“Sí, es como si ya he terminado de tomar, cero alcohol, ya nada más de otro tipo de sustancias como puede ser el speed o otras cosas. O sea, es no mezclarlas con nada y como ya para quedarme como tranquila y ya está”. (Entrevista, Madrid, 9, Mujer, 43 años).

En este contexto queda claro que se usa como forma de intensificación del estado de sedación colectiva, especialmente en escenarios vinculados con problemáticas psicosociales complejas.

“Hay pues un par de locales alquilados a gente que tiene grupos, o sea, chavalillos que tienen grupos y van a ir a ensayar y tal y muchas veces pues coincidimos con ellos en el local y lo que cuentan es eso, no tienen dinero tampoco para cocaína y entonces pues es otro ciego un poco también para salirse de esas clases como corriente, ¿no? Como todo el mundo toma cocaína, pues ahora nosotros vamos a tomar benzos con alcohol y nos vamos a quedar medio tontos en el local, no salimos, no gastamos, yo qué sé. También hay que ver un poco todo el trasfondo de por qué se hacen estas cosas, ¿no? Yo lo veo un poco así, como que... con cuatro litros más baratas y las tres pastillas de tal que pueden sacar, pues pasan la noche, no necesitan salir de fiesta, pero están muy ciegos, no es nada tampoco que les peligre, porque al final son pastillas de la farmacéutica legal y así es como se divierten. Y cuando un poco se les pasa el tal, pues se van a su casa y están medio normales, ¿sabes?” (Entrevista, Sevilla, 4, Mujer, 43 años).

Asimismo, observamos que una parte significativa de los entrevistados consumen benzodiazepinas para poder dormir tras regresar de una fiesta. En estos casos, la mezcla con otras sustancias, aunque secuencial, puede generar algún tipo de interacción con lo que hayan tomado durante el evento, lo que incrementa el riesgo de efectos adversos. La mezcla con estimulantes aparece en forma de estrategia de “bajada”.

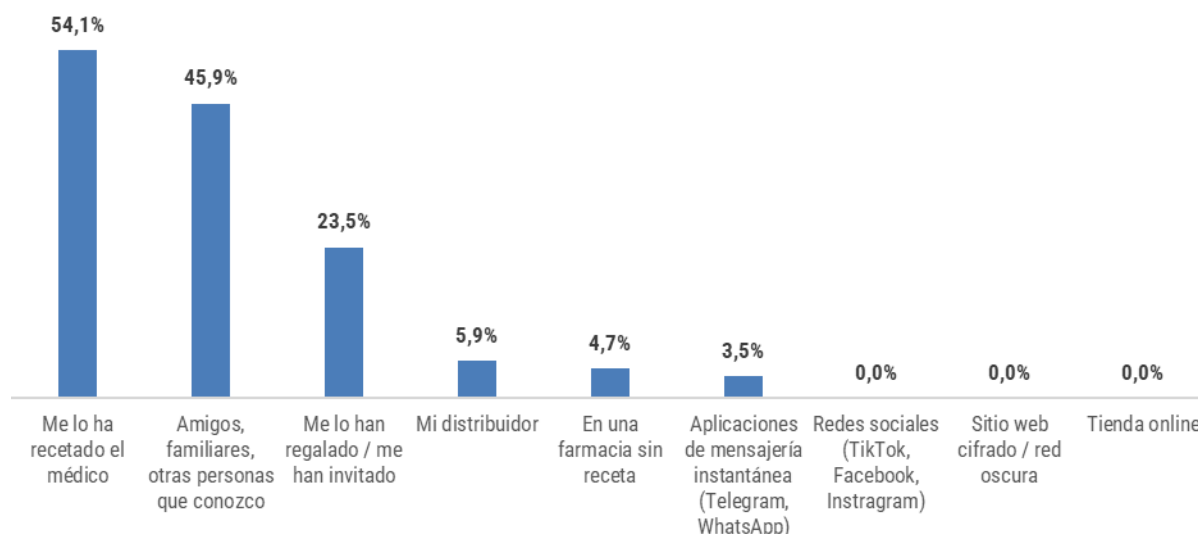
“Que te la tomes porque te has puesto hasta el culo de estimulantes y no eres capaz de dormir es porque según la norma social ya se ha acabado la actividad impuesta y ahora te toca descansar”. (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

¿Cómo se consiguen las benzodiazepinas?

En cuanto a las formas de obtención, más de la mitad de las personas que consumieron benzodiazepinas recreativamente las obtuvieron mediante prescripción médica (54,1%), seguida de la obtención a través de contactos personales (45,9%), lo que refleja una circulación relevante de estos fármacos en redes sociales cercanas. Otras vías fueron mucho menos frecuentes, como recibirlas como regalo (23,5%), adquirirlas a través de un distribuidor (5,9%), comprarlas en farmacia (4,7%) o acceder a ellas mediante aplicaciones de

mensajería instantánea (3,5%). Ninguna de las personas participantes indicó haberlas obtenido a través de redes sociales, dark web o tiendas online.

Figura 21. Formas de obtención de las benzodiacepinas.



El análisis del discurso pone de manifiesto que las benzodiacepinas están profundamente mediadas por redes de proximidad como hemos visto en el análisis cuantitativo: familiares con receta crónica (“las cojo del cajón de mi madre”), parejas médicas, amistades que “pasan alguna” o intercambios ocasionales. Estas redes permiten un acceso informal, orientado a consumos más ocasionales o situacionales.

“No, no tengo receta. Las consigo de mi madre, que las tiene pautadas desde hace tiempo por un tema de insomnio crónico. Le pido alguna cuando sé que voy a tener una noche complicada para dormir. Sé que no es lo ideal, pero no las uso de forma continua, ni me las tomo a la ligera”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

En jóvenes con consumos intensivos aparecen prácticas de acumulación o compra en canales informales como la deep web o el uso de recetas falsas.

“Pues a mí concretamente, gente que sabe que yo las consumo, viene directamente a pedírmelas como de favor de amigo, de oye, que voy a salir de fiesta, voy a tomar tal, me das unas cuantas, unos cuantos tranquis, o sea, un poco así”. (Grupo, Barcelona, 2, Mujer, 26 años).

“Pues sobre todo lo que he visto es el uso de recetas falsificadas?”. (Grupo, Barcelona, 7, Hombre, 23 años).

“Entonces, esta es la única, ya te digo, no estoy muy pegada en esto, solo sé muy poquito, tengo muy poquita información sobre esto, pero esto es lo que yo creo, sobre todo la gente la encuentra del... mercado negro, en la Dark Web”. (Entrevista, Palma, 5, Mujer, 42 años).

En este caso las principales diferencias radican en las formas de acceso, ya que unas aparecen vinculadas a prescripción crónica en familiares o parejas, otras dependen de intercambios informales o compras puntuales.

“Bueno, yo consigo que me las dé gente, gente que tiene contactos con médicos o lo que sea, pues le digo, oye, un blister de alprazolam...”. (Entrevista, Madrid, 3, Hombre, 29 años)..

A partir del trabajo cualitativo se puede observar cómo esta diversidad de vías de acceso genera dos grupos diferenciados: quienes siguen pautas médicas (generalmente por insomnio o ansiedad), y quienes se mueven en usos situacionales sin prescripción. El primero de ellos refiere un seguimiento parcial pero consciente de la pauta, aunque reconocen sobredosis leves o efectos no deseados (“me levanto atontado”).

“A ver, en el último año, o sea, he tenido... Hace más tiempo sí que ha sido prescrita por el médico y tenía, bueno, por temas de ansiedad, depresión y tenía... eso varias cajas”. (Entrevista, Barcelona, 5, Hombre, 40 años).

El segundo reproduce pautas propias, mucho más flexibles, basadas en la experiencia acumulada (“media si estoy acelerado, una si vengo muy arriba”). Estas prácticas se construyen a partir del uso continuado, los efectos percibidos y la disponibilidad de las sustancias.

“Yo empecé con trankimazin y noctamid, que es el lormetazepam, y el trankimazin es alprazolam. Luego, con el tiempo, he tenido un montón de recorrido por diferentes psiquiatras y demás, me han intentado ir modificando y al final me aburrí de ir a por la receta. Y como no me hacía falta en la farmacia, porque no sé muy bien por qué, me lo voy gestionando yo al gusto”. (Entrevista, Madrid, 10, Mujer, 35 años).

En ambos perfiles, la pauta médica institucional aparece como rígida o incluso contraproducente, poco adaptada a las necesidades percibidas, lo que lleva a prácticas autónomas de dosificación más adaptadas a la vivencia subjetiva.

“No, nunca. No tengo receta. Me les dan amigas que sí tienen o les han sobrado. Sé que no es lo ideal, pero también sé lo que tomo y cuánto, y tengo mucho cuidado”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años).

Estas distinciones no sólo condicionan la disponibilidad de la sustancia, sino que también quiénes pueden acceder a ellas, en qué cantidad y bajo qué legitimidad, estableciendo así fronteras psicosociales que regulan el control y la autoridad sobre su uso.

Espacios de consumo

El consumo recreativo de benzodiacepinas se concentra principalmente en el hogar. Los espacios secundarios de consumo — espacios públicos, centros educativos y festivales— aparecen de forma esporádica y sugieren usos puntuales más que recreativos sostenidos. Llama la atención que el consumo de

benzodiacepinas es una lógica claramente diferenciada de otras sustancias recreativas, más asociadas a espacios de socialización como discotecas, bares, raves y fiestas *chemsex*, donde otras drogas son más frecuentes.

Figura 22. *Espacios de consumo recreativo de benzodiacepinas.*

	Hombres (n = 41)	Mujeres (n = 28)	18-34 años (n = 62)	+34 años (n = 23)	Total (n = 85)
Espacios de consumo: n (%)					
En casa	40 (97,6)	27 (96,4)	58 (93,5)	23 (100,0)	81 (95,3)
En la naturaleza	1 (2,4)	4 (14,3)	5 (8,1)	-	5 (5,9)
En un espacio público (calle, parque, etc.)	3 (7,3)	7 (25,0)	9 (14,5)	2 (8,7)	11 (12,9)
En un festival	5 (12,2)	1 (3,6)	4 (6,5)	3 (13,0)	7 (8,2)
En una rave (free party)	2 (4,9)	1 (3,6)	4 (6,5)	1 (4,3)	5 (5,9)
En una discoteca	1 (2,4)	-	1 (1,6)	-	1 (1,2)
En un bar o pub	1 (2,4)	-	1 (1,6)	-	1 (1,2)
En un coche	2 (4,9)	3 (10,7)	5 (8,1)	1 (4,3)	6 (7,1)
En el trabajo	2 (4,9)	1 (3,6)	3 (4,8)	-	3 (3,5)
En un centro educativo	2 (4,9)	4 (14,3)	8 (12,9)	-	8 (9,4)
En una fiesta <i>chemsex</i>	-	-	-	-	-

En el análisis cualitativo, aparece también mayoritariamente el consumo en espacios privados, sobre todo en casa y en momentos de intimidad. La razón principal es la búsqueda de control sobre la experiencia: evitar quedarse “grogui” o fuera de juego en entornos públicos.

“Nunca. Para mí son incompatibles con el ambiente de fiesta. Me dejan demasiado apagada, y siento que me cortarían por completo la experiencia. Si las tomo, es siempre después, ya en casa”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

Fuera de este ámbito aparecen dos escenarios extremos: reuniones “de chill” entre jóvenes, y contextos de exclusión donde se combina con alcohol de forma más arriesgada.

“Pues mira, dos perfiles te digo súper diferentes. Uno pues igual personas que sí que han probado distintas cosas y tienen muchas ganas como de probar distintas cosas y demás, perfil a lo mejor 35-40 palos ¿no? Y otro perfil que es, por lo visto, muy abundante, aunque yo no tenga mucha gente cerca, chavales jóvenes a los que se les están recetando las benzos y se las guardan para la fiesta. Chavales jóvenes que incluso se las cogen en casa a las madres, cualquier, bueno, cualquier no sedante, y eso sí que lo estoy viendo de gente conocida, ¿eh? que me llamó la atención porque no son gente de mi edad que diga... sino que por lo visto es algo relativamente, o que se está extendiendo como uso habitual en chavales jóvenes, además en ciertos márgenes de población de clase media, media-baja que tienen acceso a ese tipo de drogas porque son baratas y colocan”. (Grupo, Madrid, 5, Mujer, 32 años).

“Por no hablar de la gente en situación de calle que las toma porque no aguanta más...”. (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

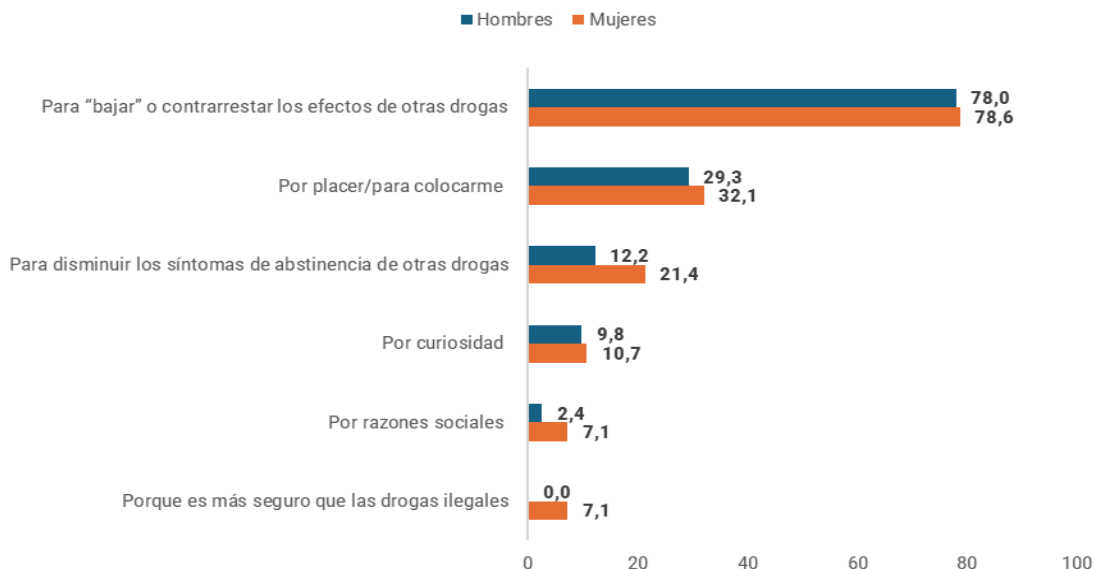
Esta diversidad de espacios muestra que el espacio condiciona el grado de planificación, el nivel de cuidados aplicados y los riesgos asociados. El consumo en el hogar se vive como una estrategia de reducción de riesgos.

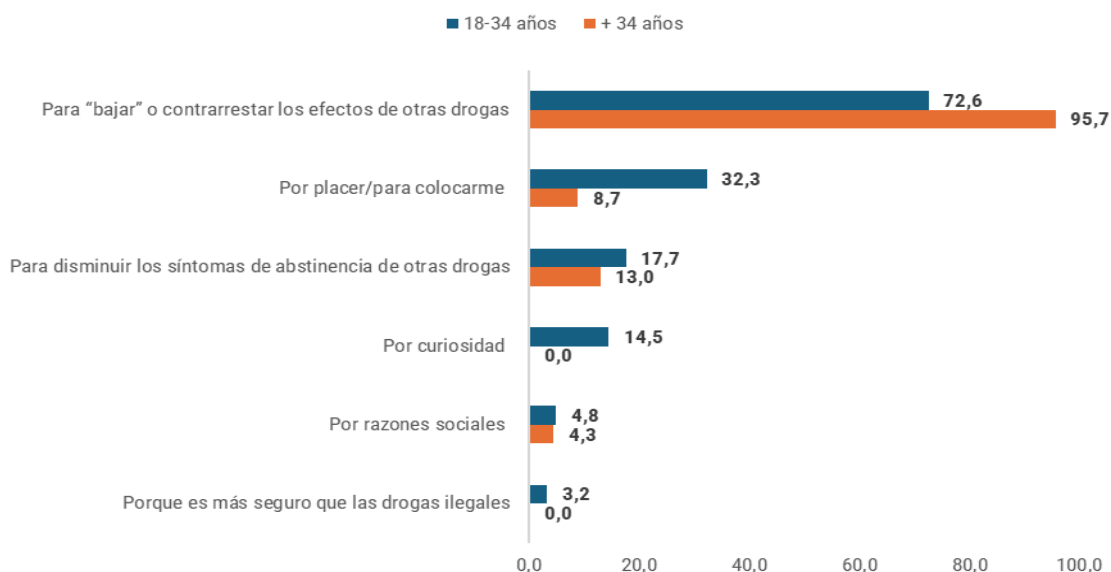
Motivos de consumo

El principal motivo para el consumo recreativo de benzodiacepinas, fue su uso funcional como herramienta para gestionar el efecto de otras sustancias (“bajar” o contrarrestar los efectos de otras drogas), mencionado por aproximadamente 3 de cada 4 personas encuestadas (78,8%). El resto de motivaciones fueron menos frecuentes: el 25,9% indicó consumirlas por placer o para colocarse, el 16,5% para disminuir síntomas de abstinencia de otras drogas, y el 10,6% por curiosidad.

El patrón de motivos fue similar para ambos géneros, aunque las mujeres indicaron en mayor medida razones vinculadas a disminuir los síntomas de abstinencia de otras drogas y el consumo por percibirse como más seguro que otras drogas ilegales. Por edad, el grupo de 18 a 34 años mostró una mayor prevalencia de consumo motivado por el placer o para colocarse, mientras que el grupo de mayores de 34 años lo hizo más por contrarrestar los efectos de otras drogas. El grupo más joven también presentó una mayor frecuencia de consumo por curiosidad.

Figura 23. *Motivos para consumir benzodiacepinas de manera recreativa, según sexo y edad.*





La principal utilidad referida en las entrevistas es también el uso funcional para contrarrestar los efectos de otras sustancias, como vemos en el análisis cuantitativo previo. En algunos casos, el uso durante la fiesta de estas sustancias es menor ya que son percibidas como incompatibles con la activación, el baile o el clima emocional de los espacios festivos ("me arruinarían la fiesta"). Usualmente son asociadas con sensaciones de desconexión, letargo, pérdida de energía... lo que las sitúa fuera del repertorio recreativo.

"No, nunca durante la fiesta. Me parecen totalmente incompatibles con ese tipo de ambientes. Me apagan demasiado. El efecto es tan de bajón que si lo tomara en medio de una noche de fiesta me sentiría desconectado, desubicado. Prefiero reservarlas para después, cuando ya estoy en casa, tumbado, y necesito cortar con todo lo anterior". (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

El patrón predominante es, por tanto, post-fiesta, utilizandolas para "cortar" los efectos de los estimulantes, bajar la ansiedad o conciliar el sueño tras noches prolongadas.

"Sí, aunque de forma puntual. Las uso sobre todo cuando quiero cortar con los efectos de los estimulantes después de una noche de fiesta". (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

"En tanto que la has puesto el sistema médico, es una sustancia legal, con lo cual toda esa culpa propia del estigma no te cae encima si lo mezclas con alcohol. Que te la tomes porque te has puesto hasta el culo de estimulantes y no eres capaz de dormir es porque según la norma social ya se ha acabado la actividad impuesta y ahora te toca descansar. Es decir, productivo hasta para dormir. Con lo cual, yo, el consumo de benzodiacepinas con fines placenteros, no lo conozco". (Entrevista, Barcelona, 7, Mujer, 31 años).

Esta cita muestra cómo el hecho de que las benzodiacepinas procedan del sistema médico y se perciban como sustancias “legítimas” reduce el estigma asociado a su consumo e incluso, a su combinación con otras drogas. Esto ayuda a entender por qué se “viven” como algo seguro y socialmente permitido. Esa condición de medicamento facilita su accesibilidad y refuerza la idea de que su uso está justificado, lo que contribuye a que se desplacen de su contexto inicial, el terapéutico, hacia otros espacios, como el festivo o la automedicación.

Entre personas jóvenes, especialmente expuestas a procesos de sobremedicalización, esta percepción de seguridad y disponibilidad amplía aún más su uso, diversificando las motivaciones y normalizando su papel como herramienta para “bajar”, dormir o regular malestares cotidianos más allá de un marco clínico.

La mayoría afirma que las benzos “apagan” demasiado para resultar divertidas. Los usos donde aparece placer son funcionales: descanso profundo, desaparición de ansiedad o sensación de desconexión mental.

“No, para nada. No me divierten ni me lo paso bien con ellas. Me sirven para apagar, no para encender”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años).

En casos aislados, el “pelotazo” en festivales responde más a la disponibilidad que a una búsqueda explícita de placer.

“Alguna vez he pillado una en un festi porque era lo que había, pero no porque yo fuera buscando eso. Era lo que circulaba y ya está”. (Entrevista, Madrid, 5, Hombre, 28 años).

Muchas de las personas entrevistadas refieren uso propio y de su grupo de iguales de este tipo de sustancias para poder conciliar el sueño después de una noche de consumo de estimulantes o para forzar la llegada del sueño.

“Es como pasar de un extremo a otro, y si lo gestiono bien, es un cambio que me viene bien”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años)

Este tipo de uso no solo es algo tolerado sino que además está bien visto y recomendado, al ser identificado como una experiencia positiva.

“Sí, principalmente el descanso. Dormir bien después de no poder pegar ojo me cambia por completo el día siguiente. Es como resetear el cuerpo y la mente”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años)

En los relatos de las personas más jóvenes también aparece la práctica de “quedar para tomarlas”, que aunque no sea diaria, introduce una lógica grupal repetitiva que puede generar ciertos riesgos característicos.

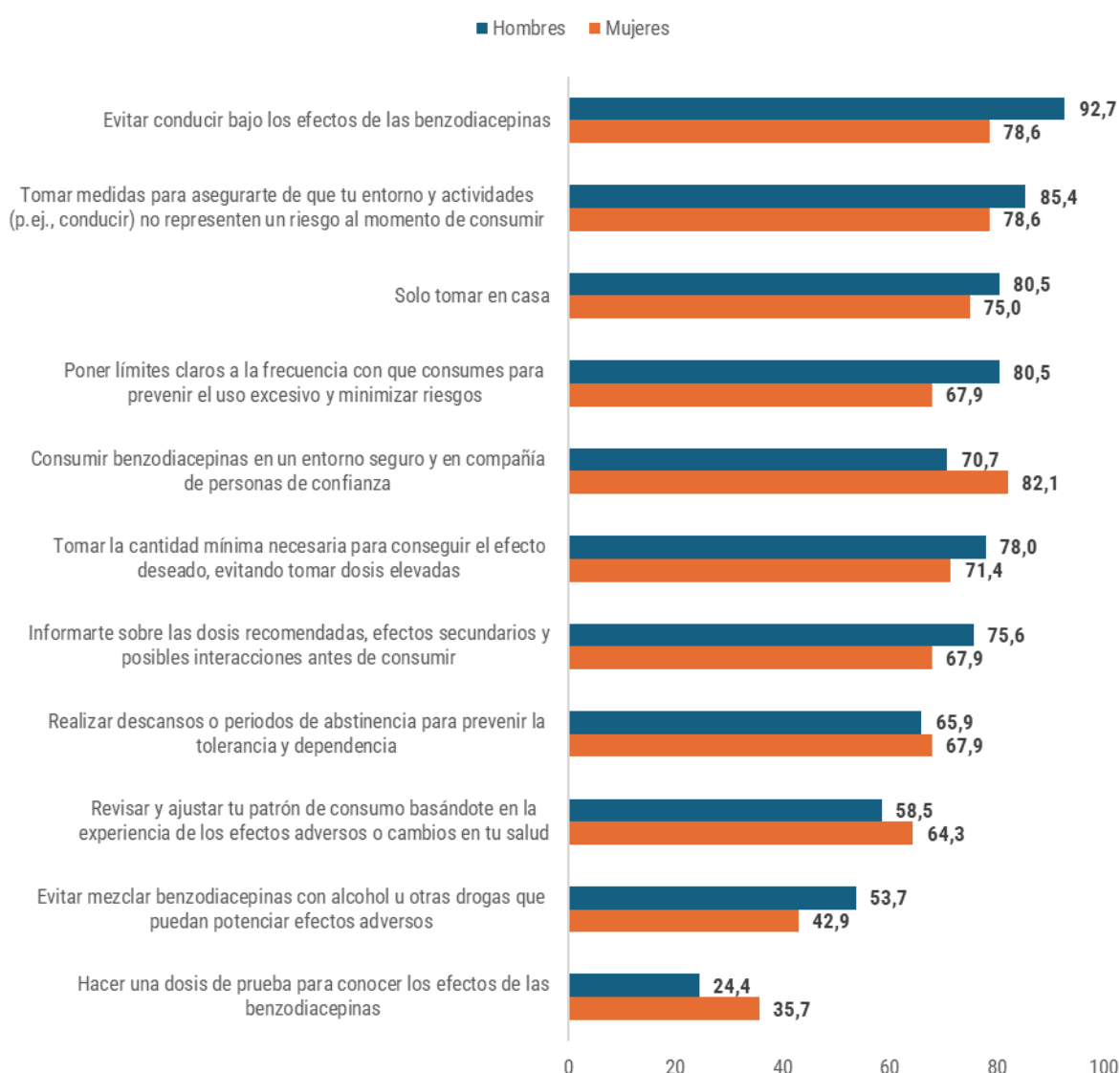
“El conocido Este que te digo que lo ha probado sí que es más joven, si las toma en la fiesta.. Entonces me podría encajar que fuera algo que se está dando más en los jóvenes, pero solo tengo como este caso, de oídas”. (Entrevista, Madrid, 3, Hombre, 29 años).

Estrategias de cuidado y reducción de riesgos

Se analizaron 11 estrategias de cuidado relacionadas con el consumo recreativo de benzodiazepinas en la encuesta. En términos generales, las personas participantes dijeron hacer un uso frecuente de estas estrategias de cuidado.

La estrategia de cuidado más usada fue evitar conducir bajo los efectos de las benzodiazepinas, adoptada por el 85,9% de las personas encuestadas, especialmente prevalente entre los hombres (92,7%). Asimismo, el 83,5% reportó tomar medidas para asegurarse de que el entorno o las actividades no representen un riesgo al momento de consumir.

Figura 24a. Estrategias de reducción de riesgos del consumo de benzodiazepinas de manera recreativa (% de “alta frecuencia”). Hombres y mujeres.

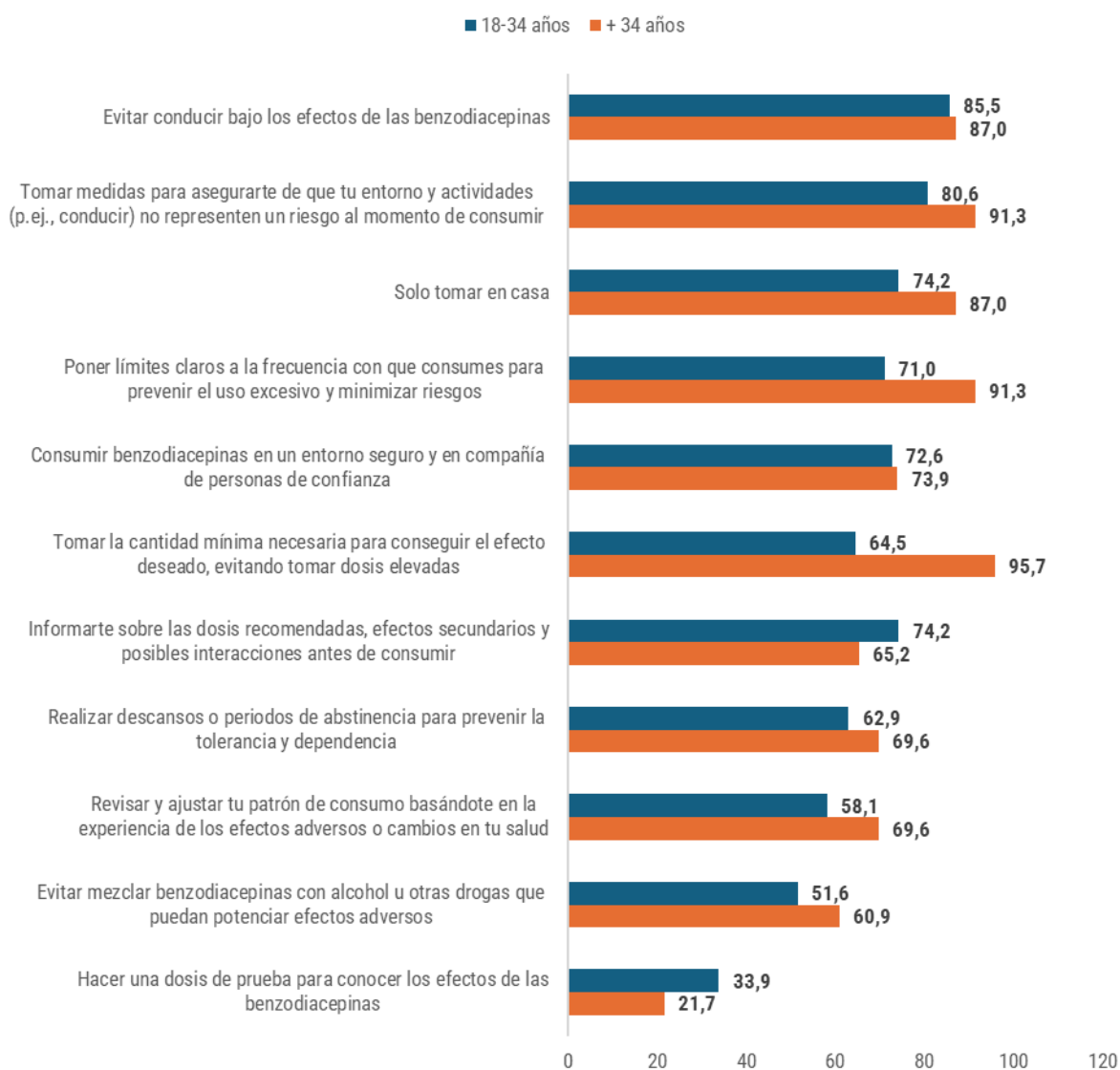


Los mayores de 34 años demostraron una mayor conciencia preventiva, reportando con mayor frecuencia tres prácticas clave: tomar la cantidad mínima necesaria para conseguir el efecto deseado (95,7%), poner límites claros a la

frecuencia de consumo (91,3%), y prevenir accidentes o situaciones de peligro (91,3%). Este patrón sugiere una mayor experiencia acumulada en el consumo recreativo que permite identificar y anticipar los riesgos potenciales.

Por su parte, consumir en un entorno seguro y en compañía de personas de confianza emergió como la estrategia más prevalente entre las mujeres (82,1%). Esto podría reflejar una mayor preocupación por la seguridad personal y una preferencia por reducir riesgos mediante el apoyo social, así como una mayor cautela frente a los efectos depresivos de estas sustancias sobre la coordinación y el estado de consciencia. Las mujeres podrían percibir como más importante contar con la presencia de personas de confianza que puedan monitorear su estado y actuar en caso de necesidad.

Figura 24b. Estrategias de reducción de riesgos del consumo de benzodiacepinas de manera recreativa (% de “alta frecuencia”). Grupos de edad.



Centrándonos en aquellas pautas de cuidado implementadas de manera mayoritaria por las personas entrevistadas encontramos también: no mezclar con

alcohol, limitar la dosis a media/una pastilla, evitar tomas consecutivas, esperar antes de redosificar y tomar siempre en casa.

“Solo las tomo cuando sé que mi cuerpo lo necesita de verdad, nunca más de una seguida, y nunca dos días seguidos”.(Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

“Normalmente media pastilla, como mucho una. Nunca más”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

“Nunca las he mezclado con alcohol... ahí sí que las cojo con pinzas”. (Entrevista, Madrid, 9, Mujer, 43 años)

Este conjunto configura un marco informal de “reglas comunitarias” transmitidas entre amistades y generadas desde el saber experiencial, el teórico y el proveniente del grupo de iguales.

“Si alguna amiga quiere tomarse una y veo que ha bebido... le digo que espere”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años).

“Intento no pasarme de cierta cantidad, pero poco más”. (Entrevista, Madrid, 10, Mujer, 35 años).

Sobre las estrategias de cuidado, la autorregulación es un elemento central. Según la potencia de la pastilla, esta se puede dividir, evitando redosificaciones inmediatas.

“Aquí en España sí que he de decir que la única manera que lo he visto es lo típico, de vámonos a dormir, toma media pastillita de esto que te va a dejar dormir y con un poco de miedo, con muchísimo miedo de hacerlo”. (Entrevista, Palma, 5, Mujer, 42 años).

Las personas sin experiencia de uso tienden a mantener dosis bajas y controladas, mientras que quienes presentan esta pauta durante mayor tiempo, presentan patrones más elevados, sostenidos y con menor margen de maniobra.

“No se toman media pastilla, se toman cuatro o cinco”. (Entrevista, Palma, 6, Hombre, 19 años).

Dentro de esta autorregulación, la frecuencia oscila desde el uso esporádico (1-2 veces al mes) hasta consumos regulares y de relaciones de dependencia (“si no la tomo, no duermo”).

“No lo hago más de una vez al mes, como mucho dos. A veces pasan semanas sin que tome ninguna. No quiero convertirlo en una rutina ni depender de ellas para dormir”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

“Si es en fin de semana y todo esto, a lo mejor no tanto, pero sobre todo cuando es un festival, siempre digo, vale, pues voy a llevarme un orfidal, y cuando llego a casa”. (Entrevista, Barcelona, 5, Hombre, 40 años).

Las consecuencias del consumo recreativo de benzodiazepinas

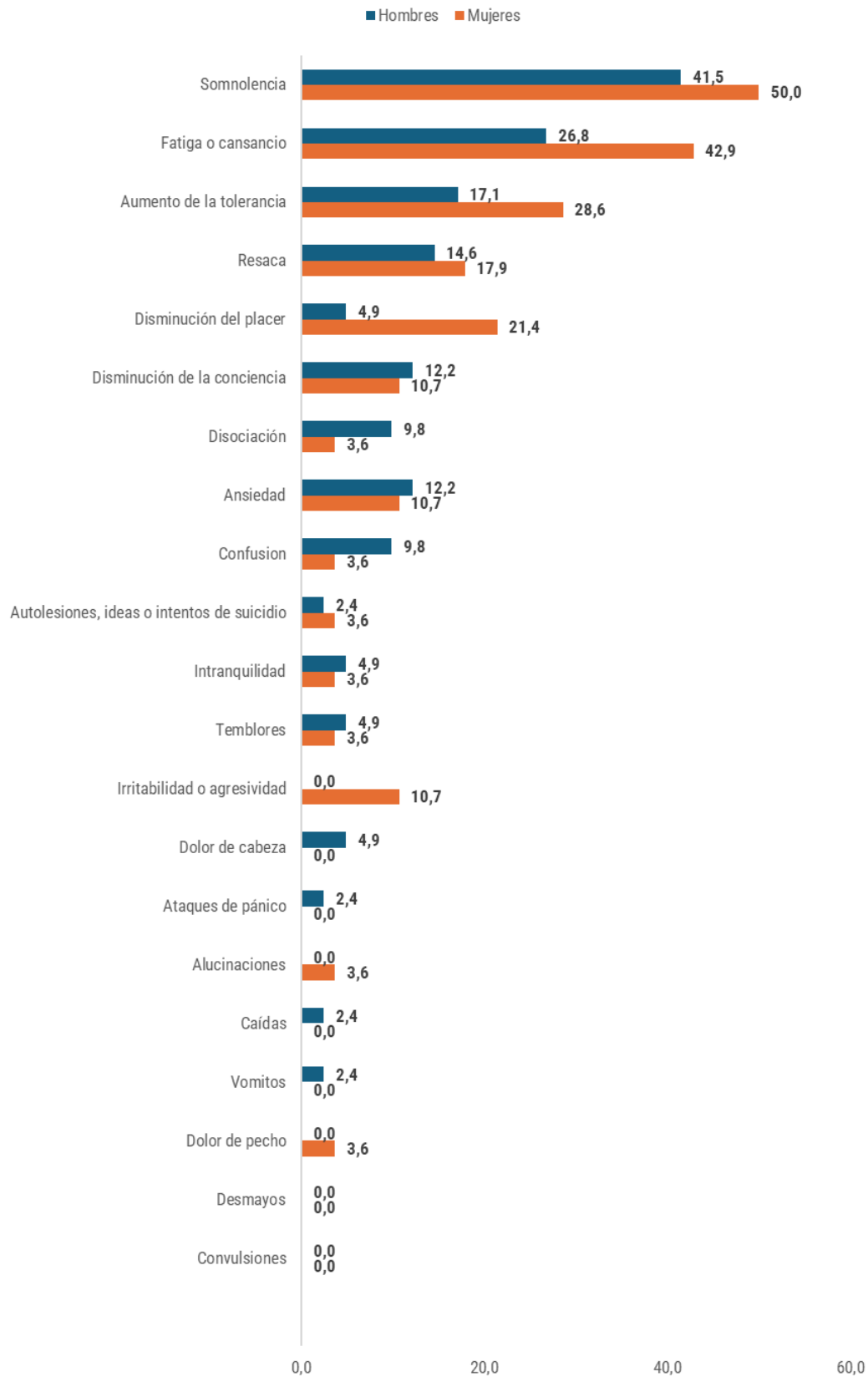
Las mujeres reportaron una mayor prevalencia de consecuencias asociadas al consumo recreativo de benzodiazepinas en comparación con los hombres en la mayoría de los efectos evaluados. La somnolencia (41,2%) y la fatiga o cansancio (31,8%) destacan como las consecuencias más frecuentes, reflejando el impacto depresivo de estas sustancias sobre el sistema nervioso central.

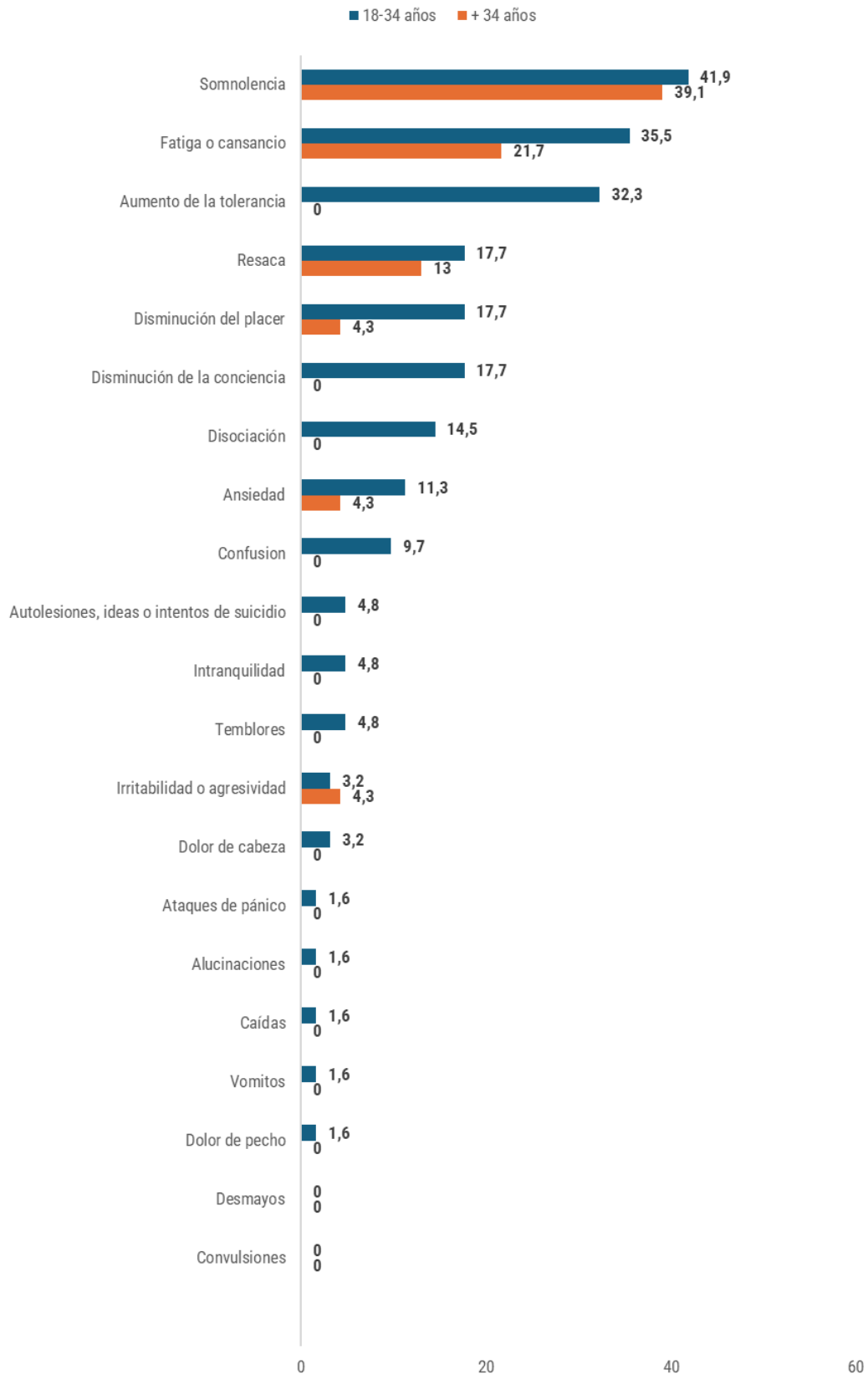
El aumento de la tolerancia es otra consecuencia significativa mencionada por el 23,5% de las personas que consumen benzodiazepinas de manera recreativa, también más frecuente en mujeres (28,6%) que en hombres (17,1%). Esta problemática está relacionada con los efectos de las benzodiazepinas, que pueden generar adaptación del cuerpo a la sustancia, requiriendo dosis mayores para obtener los mismos efectos.

Otras consecuencias, como la resaca (16,5%) o la disminución del placer (14,1%) fueron menos prevalentes y se produjeron principalmente en las mujeres.

Por grupos de edad, las personas de 18 a 34 años reportan experimentar consecuencias negativas con mayor frecuencia. Destaca especialmente el aumento de la tolerancia, consecuencia experimentada exclusivamente por este grupo de edad, con una prevalencia cercana a 1 de cada 3 participantes. Otras consecuencias como la disminución de la conciencia o la disociación también fueron experimentadas exclusivamente por el grupo más joven.

Figura 25. Consecuencias del consumo de benzodiacepinas de manera recreativa (% de “alta frecuencia”).





Por otro lado, en el análisis cualitativo, los riesgos percibidos más señalados son la relación de dependencia, la amnesia, la pérdida de control motor y la intensificación de los efectos depresores cuando se mezclan con alcohol.

“Sí, soy consciente de que pueden generar dependencia y que no es algo que se deba tomar a la ligera”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

“El principal riesgo es pasarte de dosis, especialmente si mezclas con alcohol u otras cosas”. (Entrevista, Sevilla, 2, Mujer, 29 años)

Las benzodiacepinas son percibidas como una sustancia “engañosamente segura”, especialmente entre jóvenes que las consideran un atajo para gestionar la ansiedad o facilitar el sueño.

“Una vez me pasé con la dosis, una entera después de haber bebido algo, y me quedé tan dormido que no me enteré de nada durante horas. No fue peligroso, pero sí me dio un poco de susto”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años)

Este imaginario alimenta una falsa sensación de control. En gran parte, se debe a que las benzodiacepinas se perciben ante todo como medicamentos, lo que contribuye a que muchas personas las consideren implícitamente seguras. Además, su fácil acceso a través de recetas propias o mediante redes de proximidad, refuerzan la idea de no ser una sustancia peligrosa y estar socialmente aceptada.

Es por esto que a la hora de narrar experiencias negativas se centran en quedarse dormidos sin recordar cómo, perder movilidad, o experimentar un apagón emocional no deseado.

“Alguna vez me he levantado con la cabeza espesa, como si me costara arrancar”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años)

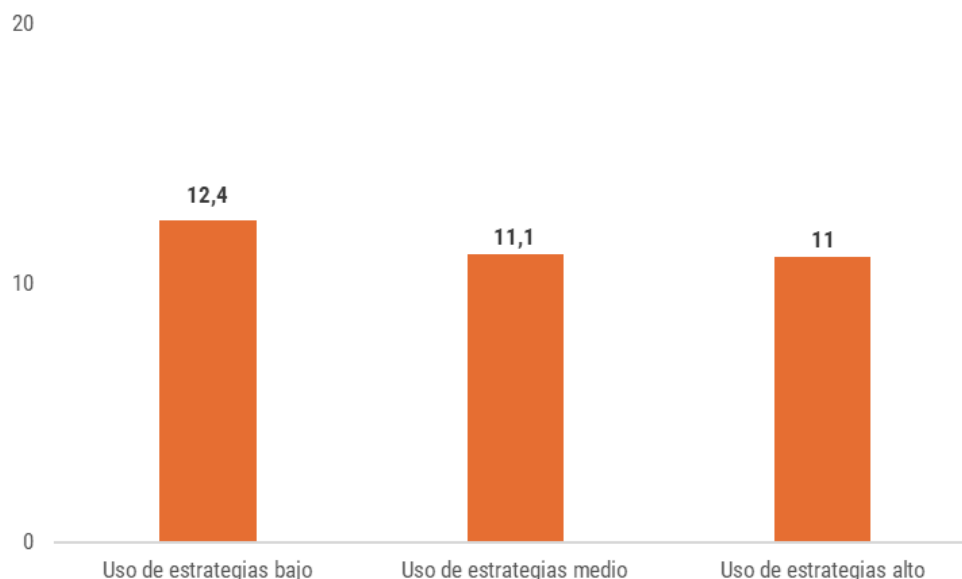
También hay casos donde la benzodiacepina no alivia, sino que intensifica el malestar, mostrando que la expectativa de “solución rápida” puede fallar y añadir vulnerabilidad.

“Otra vez las tomé en un momento en que ya estaba emocionalmente revuelto, y lejos de calmarme, me sentí más desconectado, como anestesiado. No era lo que necesitaba”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años)

Al comparar las personas según su frecuencia de uso de estrategias de cuidado durante el consumo recreativo de benzodiacepinas (baja, media, alta), se observaron diferencias significativas en las consecuencias negativas reportadas. Quienes adoptan menos estrategias de protección reportaron un mayor número de consecuencias negativas en comparación con los grupos que utilizaban estrategias de cuidado con una frecuencia media y alta.

Figura 26

Número de consecuencias (alta frecuencia) experimentadas por el consumo de benzodiacepinas de manera recreativa en función de la frecuencia de uso de conductas de cuidado.

**Fuentes de información**

La búsqueda de información sobre las benzodiacepinas varía según la intensidad del consumo. Quienes consumen con poca frecuencia se informan menos.

“No demasiado, la verdad... Como no las uso de forma habitual, no me lo he planteado”. (Entrevista, Barcelona, 10, Mujer, 34 años).

Mientras que quienes lo hacen de manera más frecuente se informan en espacios especializados de manera más asidua.

“Busqué en Energy Control [...] Lo importante para mí es tener la información y usarla con criterio”. (Entrevista, Barcelona, 3, Hombre, 25 años).

En cualquier caso, aunque varían en la frecuencia y la profundidad con la que buscan información, ambos perfiles recurren a espacios específicos como Energy Control, foros, amistades con formación sanitaria y plataformas como PsychonautWiki. La motivación que comparten es la misma: disponer de criterio para un uso seguro.

GHB/GBL

El GHB (ácido gamma-hidroxibutírico) y el GBL (gamma-butirolactona) son sustancias depresoras del sistema nervioso central que combinan un uso recreativo con componentes sexuales o funcionales (Bendau et al., 2025). Aunque el GHB se produce de forma natural en el organismo en pequeñas cantidades, su forma sintética se ha extendido en determinados contextos sociales por sus efectos euforizantes, desinhibidores y sedantes. El GBL, por su parte, se transforma en GHB una vez ingerido y suele comercializarse como un líquido incoloro y sin olor.

En España, la prevalencia de consumo de GHB durante los últimos 12 meses se sitúa en torno al 0,1% de la población de 15 a 64 años (OEDA, 2024), una cifra considerablemente inferior a la de otras drogas estimulantes o alucinógenas. Sin embargo, esta proporción aumenta significativamente en determinados entornos recreativos, especialmente en fiestas de música electrónica, raves y contextos de ocio sexual, donde su uso suele combinarse con otras sustancias (Busardò et al., 2018; Krul & Girbes, 2011).

Los efectos del GHB varían ampliamente en función de la dosis. A dosis bajas, el consumo puede generar efectos estimulantes, ansiolíticos y desinhibidores, aumentando la sociabilidad, la sensación de bienestar y el deseo sexual. Este perfil explica su popularidad en contextos de fiesta y *chemsex* (Edmundson et al., 2018; Malandain & Thibaut, 2023). En cambio, a dosis más altas o con consumos más frecuentes, predominan los efectos sedantes, y algunas personas lo utilizan para aliviar síntomas de abstinencia o conciliar el sueño (Dijkstra et al., 2021).

El interés por estudiar el GHB y el GBL no reside, por lo tanto, en su prevalencia (relativamente baja a nivel poblacional), sino en la complejidad, los riesgos y la especificidad de sus patrones de uso. Su consumo se concentra en nichos concretos y plantea desafíos relevantes para la salud pública, tanto por la facilidad con la que pueden producirse sobredosis como por la rápida aparición de tolerancia y dependencia (Dufayet et al., 2023). Por este motivo, en el OEC2025 hemos querido profundizar en este fenómeno y analizar aspectos clave del patrón de consumo, como la frecuencia, la forma de administración, los canales de obtención, los motivos para consumir, la percepción de riesgo, las consecuencias y problemas derivados del uso, así como los motivos de sobredosis, desarrollo de dependencia y estrategias de reducción de daños empleadas por las personas que lo consumen. Mediante el análisis de estos elementos, buscamos comprender mejor las particularidades del consumo de GHB/GBL dentro de la población vinculada a Energy Control y contribuir al diseño de estrategias de

prevención, intervención y acompañamiento más ajustadas a las realidades de quienes usan este tipo de sustancias.

Características del consumo de GHB/GBL en los últimos 12 meses

Entre las 86 personas que reportaron consumo de GHB/GBL en los últimos 12 meses (11,3% del total), se observó un patrón dominante de consumo ocasional y esporádico. Exactamente la mitad (50,0%) declaró haber consumido la sustancia únicamente entre 1 y 5 días durante todo el año, un indicador que sugiere que para la mayoría de usuarios no se trata de un consumo integrado en rutinas o patrones de uso regular, sino más bien de episodios puntuales asociados probablemente a contextos específicos (fiestas, encuentros sociales, situaciones de ocio). Este patrón indica que el consumo de GHB/GBL parece estar más vinculado a la búsqueda de experiencias recreativas concretas que al establecimiento de una relación de dependencia reflejando, además, la importancia de considerar el contexto social y situacional al analizar motivaciones y riesgos asociados a estas sustancias.

A este grupo se suman aquellos con consumo de 6 a 10 días (12,8%) y 11 a 20 días (8,1%), que en conjunto representan prácticamente tres cuartas partes de la muestra. Solo una minoría mostró patrones de consumo más frecuente o regular. Se observa una concentración más marcada de mujeres en el consumo de 1 a 5 días (67,7%), mientras que los hombres presentan una mayor concentración en consumo más frecuentes (21 a 50 días: 19,0%; más de 300 días: 11,9%). El de 18-34 años concentró el 52,6% en el consumo de 1 a 5 días, mientras que el grupo de mayores de 34 años reportó una proporción levemente inferior (44,8%).

Figura 27. Características del consumo de GHB/GBL.

	Hombres (n = 42)	Mujeres (n = 31)		18-34 años (n = 57)	+34 años (n = 29)	Total (n = 86)
Consumo últimos 12 meses: n (%)						
1-5 días	17 (40,5)	21 (67,7)	¹¹	30 (52,6)	13 (44,8)	43 (50,0)
6-10 días	5 (11,9)	4 (12,9)		9 (15,7)	2 (6,9)	11 (12,8)
11-20 días	3 (7,1)	2 (6,5)		4 (7,0)	3 (10,3)	7 (8,1)
21-50 días	8 (19,0)	1 (3,2)	¹²	9 (15,8)	4 (13,8)	13 (15,1)
51-80 días	1 (2,4)	1 (3,2)		1 (1,8)	1 (3,4)	2 (2,3)
81-100 días	2 (4,8)	-		-	2 (6,9)	2 (2,3)
101-150 días	1 (2,2)	1 (3,2)		1 (1,8)	1 (3,4)	2 (2,3)
151-200 días	-	-		-	-	-
201-250 días	-	1 (3,2)		1 (1,8)	-	1 (1,2)
251-300 días	-	-		-	-	-
Más de 300 días	5 (11,9)	1 (3,2)		2 (3,5)	3 (10,3)	5 (5,8)
Forma de consumo: n (%)						
Directamente de un gotero/varilla	5 (11,9)	8 (25,8)		9 (15,8)	6 (20,7)	15 (17,4)
Diluyéndolo con agua	15 (35,7)	17 (54,8)		31 (54,4)	9 (31,0)	40 (46,5)
Diluyéndolo con una bebida no alcohólica	33 (78,6)	15 (48,4)	¹⁴	35 (61,4)	21 (72,4)	56 (65,1)
Diluyéndolo con una bebida alcohólica	5 (11,9)	8 (25,8)		14 (24,6)	3 (10,3)	17 (19,8)
Otra forma	2 (4,8)	1 (3,2)		3 (5,4)	-	3 (3,6)
Uso de algún instrumento para calcular la dosis: n (%)						
Si	39 (92,9)	19 (61,3)	¹⁵	47 (82,5)	22 (75,9)	69 (80,2)
Tipo de instrumento utilizado: n (%) ¹⁶						
Un gotero (varilla) con medición	21 (53,8)	10 (52,6)		22 (46,8)	15 (68,2)	37 (53,6)
Un gotero (varilla) sin medición	9 (23,1)	3 (15,8)		10 (21,3)	3 (13,6)	13 (18,8)
Una jeringuilla	9 (23,1)	4 (21,1)		14 (29,8)	3 (13,6)	17 (24,6)
Otro	-	2 (10,5)		1 (2,1)	1 (4,5)	2 (2,9)
Frecuencia con la que se ha mezclado GHB/GBL con otras sustancias: n (%)						
Nunca	4 (9,5)	2 (6,5)		3 (5,3)	5 (17,2)	8 (9,3)
Casi nunca	5 (11,9)	5 (16,1)		5 (8,8)	6 (20,7)	11 (12,8)
La mitad de las veces que las he consumido	9 (21,4)	7 (22,6)		14 (24,6)	4 (13,8)	18 (20,9)
Casi siempre que las he consumido	7 (16,7)	7 (22,6)		12 (21,1)	5 (17,2)	17 (19,8)
Siempre que las he consumido	17 (40,5)	10 (32,3)		23 (40,4)	9 (31,0)	32 (37,2)
Sustancias con las que se ha mezclado GHB/GBL: n (%)						
Alcohol	15 (35,7)	15 (48,4)		26 (45,6)	10 (34,5)	36 (41,9)
Bebidas energéticas	7 (16,7)	2 (6,5)		10 (17,5)	2 (6,9)	14 (14,0)
Cannabis	5 (11,9)	8 (25,8)		13 (22,8)	2 (6,9)	15 (17,4)
Cocaína	9 (21,4)	3 (9,7)		8 (14,0)	6 (20,7)	14 (16,3)
MDMA	18 (42,9)	14 (45,2)		25 (43,9)	12 (41,4)	37 (43,0)
Speed	14 (33,3)	16 (51,6)		28 (49,1)	9 (31,0)	37 (43,0)
Ketamina	8 (19,0)	9 (29,0)		14 (24,6)	7 (24,1)	21 (24,4)

¹¹ $p = .026$ ¹² $p = .042$ ¹³ $p = .040$ ¹⁴ $p = .007$ ¹⁵ $p > .001$ ¹⁶ Entre quienes indican haber utilizado algún instrumento para calcular la dosis.

Setas	-	1 (3,2)	1 (1,8)	-	1 (1,2)
LSD	-	1 (3,2)	1 (1,8)	-	1 (1,2)
Análogos LSD	1 (2,4)	-	-	1 (1,8)	1 (1,2)
Benzodiacepinas con/sin receta	-	1 (3,2)	1 (1,8)	-	1 (1,2)
Cocaína base	-	-	-	-	-
Heroína	-	-	-	-	-
Opio	-	-	-	-	-
Metanfetamina	6 (14,3)	-	4 (7,0)	3 (10,3)	7 (8,1)
DMT	-	-	-	-	-
2C-B	2 (4,8)	1 (3,2)	1 (1,8)	3 (10,3)	4 (4,7)
Mefedrona	11 (26,2)	2 (6,5)	8 (14,0)	7 (24,1)	15 (17,4)
3-MMC, 3-CMC, 4-CMC	8 (19,0)	4 (12,9)	6 (10,5)	6 (20,7)	12 (14,0)
Popper	4 (9,5)	3 (9,7)	4 (7,0)	5 (17,2)	9 (10,5)
Óxido Nitroso	-	-	-	-	-
Cloretilo	2 (4,8)	1 (3,2)	3 (5,3)	-	3 (3,5)
Tusibí	3 (7,1)	2 (6,5)	2 (3,5)	3 (10,3)	5 (5,8)
Cannab. sintéticos	-	-	-	-	-

La forma de consumo reflejó claramente una preferencia por métodos que disuelven la sustancia, principalmente en bebidas no alcohólicas (65,1%) y agua (46,5%), siendo baja la prevalencia de consumo mezclado con alcohol (19,8%). Solo el 17,4% reportó consumo directo de un gotero o varilla. Los hombres prefirieron diluir en bebidas no alcohólicas distinta de agua (78,6%), mientras que las mujeres fueron más propensas a diluir en agua (54,8%), aunque también en otras bebidas no alcohólicas (48,4%). Las mujeres también fueron más propensas a mezclarlo con bebidas alcohólicas (25,8%, frente al 11,9% en hombres). Por edades, se observa una mayor presencia de consumo diluido en agua y en bebidas alcohólicas en el grupo de 18 a 34 años (54,4% y 24,6%, respectivamente) frente a los mayores de 34 años (31,0% y 10,3%, respectivamente).

Quizás el hallazgo más significativo desde una óptica de reducción de riesgos fue que el 80,2% de los consumidores reportó utilizar algún instrumento para calcular o medir la dosis. Sin embargo, cabe destacar que esta proporción es superior en hombres (92,9%) en comparación con las mujeres (61,3%). Entre quienes sí utilizaron instrumentos, el gotero o varilla con medición fue lo más frecuente (53,6%), seguido por el uso de jeringuillas (24,6%).

La mezcla de GHB/GBL con otras sustancias fue un patrón dominante, con el 90,7% de las personas consumidoras reportando haber consumido GHB/GBL con otras drogas en algún momento. Además, este patrón fue especialmente frecuente porque el 57,0% reportó mezclar GHB/GBL con otras drogas casi siempre o siempre que lo consume. Las sustancias más frecuentemente combinadas con GHB/GBL fueron la MDMA y el speed (ambas en el 43,0%), seguidas por el alcohol (41,9%).

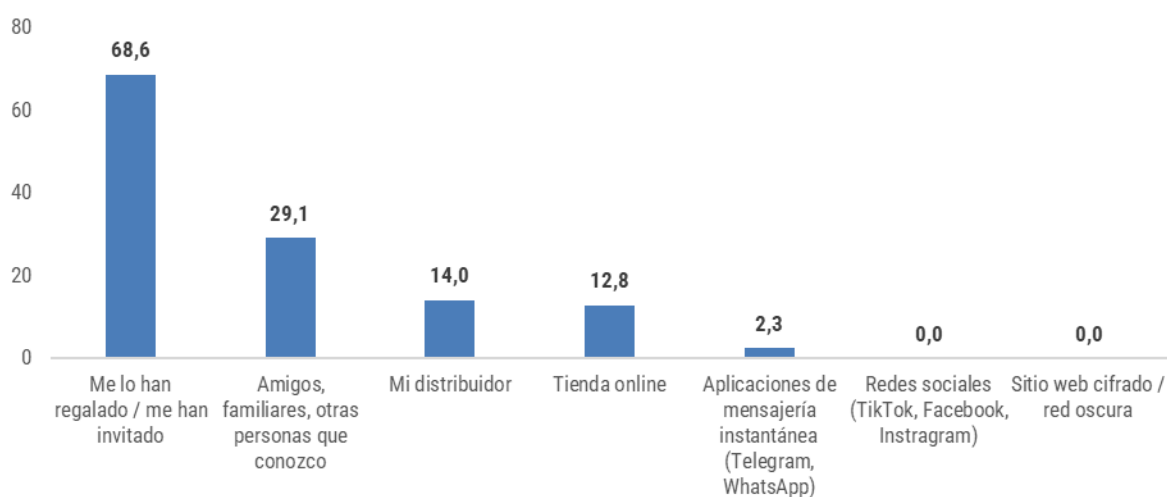
Tanto hombres como mujeres mostraron patrones similares de mezcla frecuente, sin diferencias sustanciales. Sin embargo, la MDMA, el alcohol y el speed fueron ligeramente más frecuentes en mujeres, mientras que los hombres reportaron

mayor mezcla con mefedrona. Por edad se observaron diferencias más marcadas: el grupo de 18 a 34 años mezclaba GHB/GBL con mayor frecuencia (61,5% casi siempre o siempre), en comparación con los mayores de 34 años (48,2%). Respecto a las sustancias específicas, el speed, el alcohol, las bebidas energéticas y el cannabis fueron más prevalentes en el grupo más joven, mientras que sustancias como la mefedrona, 3-MMC, 3-CMC, 4-CMC, y popper se observaron con mayor frecuencia en los mayores de 34 años.

Acceso a la sustancia

El acceso al GHB/GBL siguió un patrón casi exclusivamente informal, basado en redes personales. La mayoría de las personas (68,6%) lo recibió como regalo o invitación, mientras que el 29,1% lo obtuvo a través de amistades, familiares u otras personas conocidas.

Figura 28. Formas de obtención del GHB/GBL.



En contraste, los canales comerciales, distribuidores conocidos (14,0%), tiendas online (12,8%) y aplicaciones de mensajería instantánea (2,3%), fueron marginales. Nadie reportó uso de redes sociales o sitios web cifrados.

Espacios de consumo

El consumo de GHB/GBL se caracteriza por una distribución heterogénea entre múltiples espacios, reflejando una amplia variedad de contextos de uso. El hogar es el espacio más frecuente, aunque el consumo se extiende significativamente a discotecas, raves y fiestas.

Las fiestas *chemsex* también registran una presencia considerable, particularmente entre hombres. En el escenario *chemsex*, donde la práctica sexual es el eje central del encuentro y se busca ampliar tanto la duración como la intensidad de la experiencia, el GHB/GBL parece cumplir un rol particular que

otras sustancias no proporcionan de la misma manera, evidenciando múltiples funciones contextualizadas para esta sustancia.

Figura 29. *Espacios de consumo de GHB/GBL.*

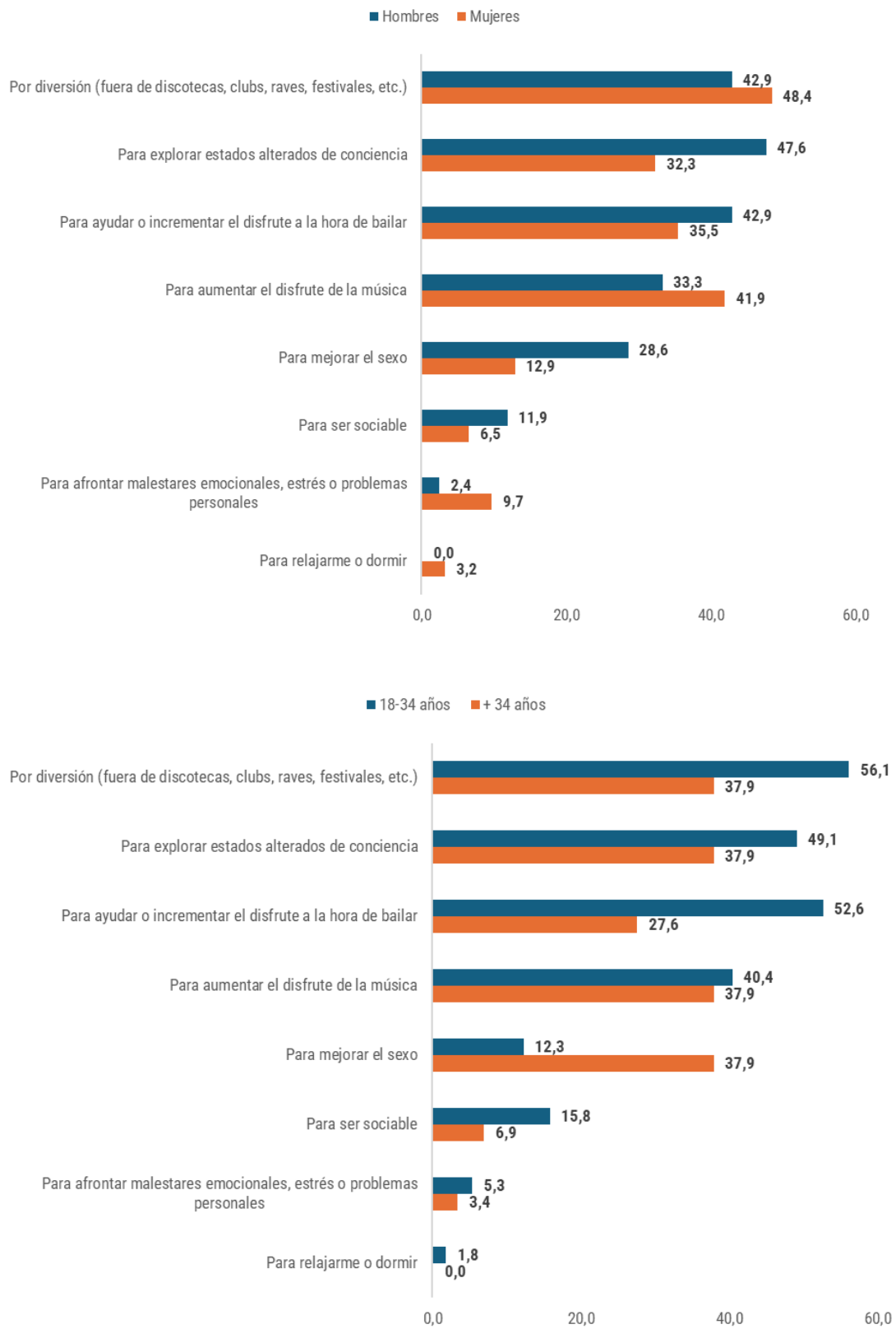
	Hombres (n = 42)	Mujeres (n = 31)		18-34 años (n = 57)	+34 años (n = 29)	Total (n = 86)
Espacios de consumo: n (%)						
En casa	33 (78,6)	13 (41,9)	¹⁷	36 (63,2)	19 (65,5)	55 (64,0)
En la naturaleza	2 (4,8)	4 (12,9)		4 (7,0)	3 (10,3)	7 (8,1)
En un espacio público (calle, parque, etc.)	5 (11,9)	4 (12,9)		9 (15,8)	4 (13,8)	13 (15,1)
En un festival	14 (33,3)	13 (41,9)		20 (35,1)	10 (34,5)	30 (34,9)
En una rave (free party)	13 (31,0)	13 (41,9)		25 (43,9)	9 (31,0)	34 (39,5)
En una discoteca	19 (45,2)	11 (35,5)		25 (43,9)	14 (48,3)	39 (45,3)
En un bar o pub	7 (16,7)	1 (3,2)		8 (14,0)	5 (17,2)	13 (15,1)
En un coche	3 (7,1)	-		2 (3,5)	1 (3,4)	3 (3,5)
En el trabajo	1 (2,4)	-		-	1 (3,4)	1 (1,2)
En un centro educativo	1 (2,4)	-		-	1 (3,4)	1 (1,2)
En una fiesta <i>chemsex</i>	12 (28,6)	1 (3,2)	¹⁸	9 (15,8)	7 (24,1)	16 (18,6)

Motivos para consumir

El consumo de GHB/GBL respondió principalmente a dos ejes motivacionales: la búsqueda psicoactiva —explorar estados alterados de conciencia (45,3%)— y la potenciación sensorial en contextos de ocio —incrementar el disfrute al bailar (44,2%) y de la música (39,5%). Este patrón fue particularmente más marcado entre las personas de 18 a 34 años, mientras que los mayores de 34 años reportaron un consumo más centrado en la mejora sexual. Por su parte, los hombres también reportaron mayor motivación psicoactiva (47,6% vs 32,3%) y de mejora sexual (28,6% vs 12,9%) en comparación con las mujeres, mientras que estas reportaron en mayor medida el aumento en el disfrute de la música (41,9% vs 33,3%). Otros motivos como ser sociable (12,8%) y afrontar problemas emocionales (4,7%) emergieron en menor medida en todos los subgrupos analizados.

¹⁷ $p = .001$

¹⁸ $p = .005$

Figura 30. *Motivos para consumir GHB/GBL.*

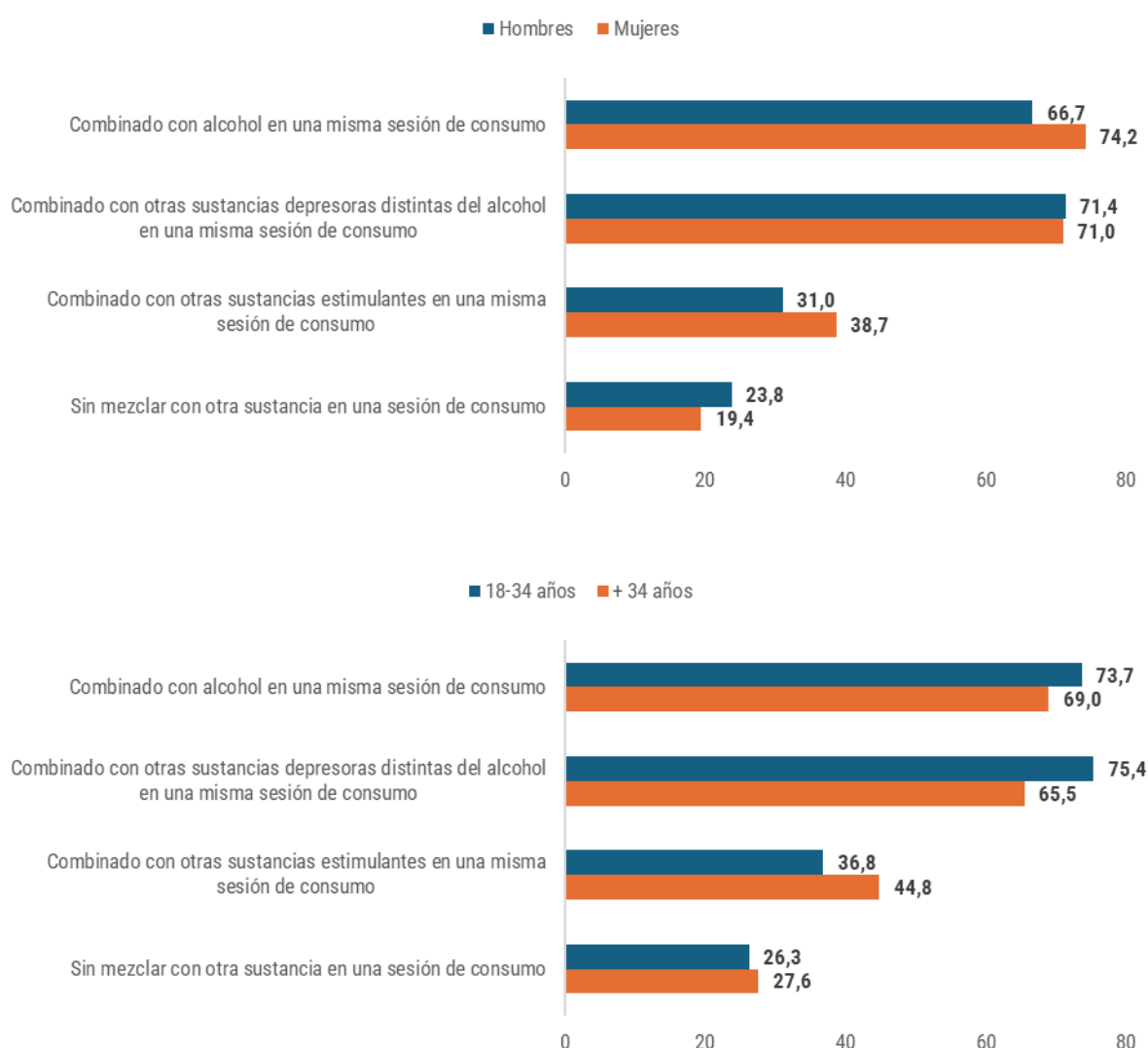
Percepción del riesgo

La percepción del riesgo del consumo de GHB/GBL fue baja cuando se consumía sin mezclar con otras sustancias (26,7%), pero aumentó notablemente al combinarlo con otras drogas. La mezcla con alcohol u otras sustancias depresoras fue percibida como de alto riesgo por el 72,1% de las personas encuestadas.

En contraste, la combinación con estimulantes fue percibida como de menor riesgo relativo, ya que solo el 39,5% percibió un alto riesgo en este tipo de consumo, probablemente por una expectativa de efectos compensatorios.

Esta percepción del riesgo fue similar entre hombres y mujeres, así como en ambos grupos de edad.

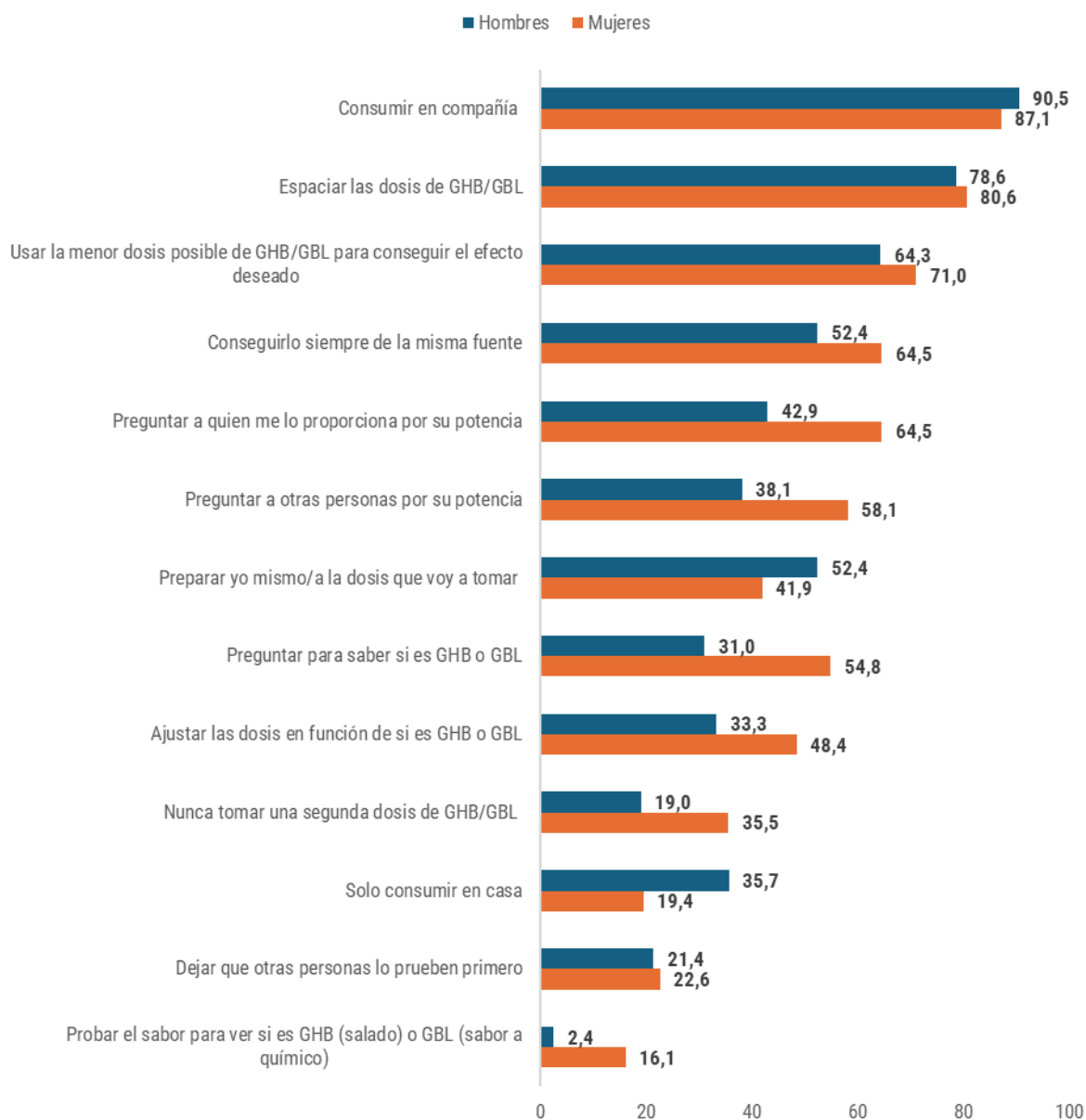
Figura 31. Percepción del riesgo de consumir GHB/GBL.

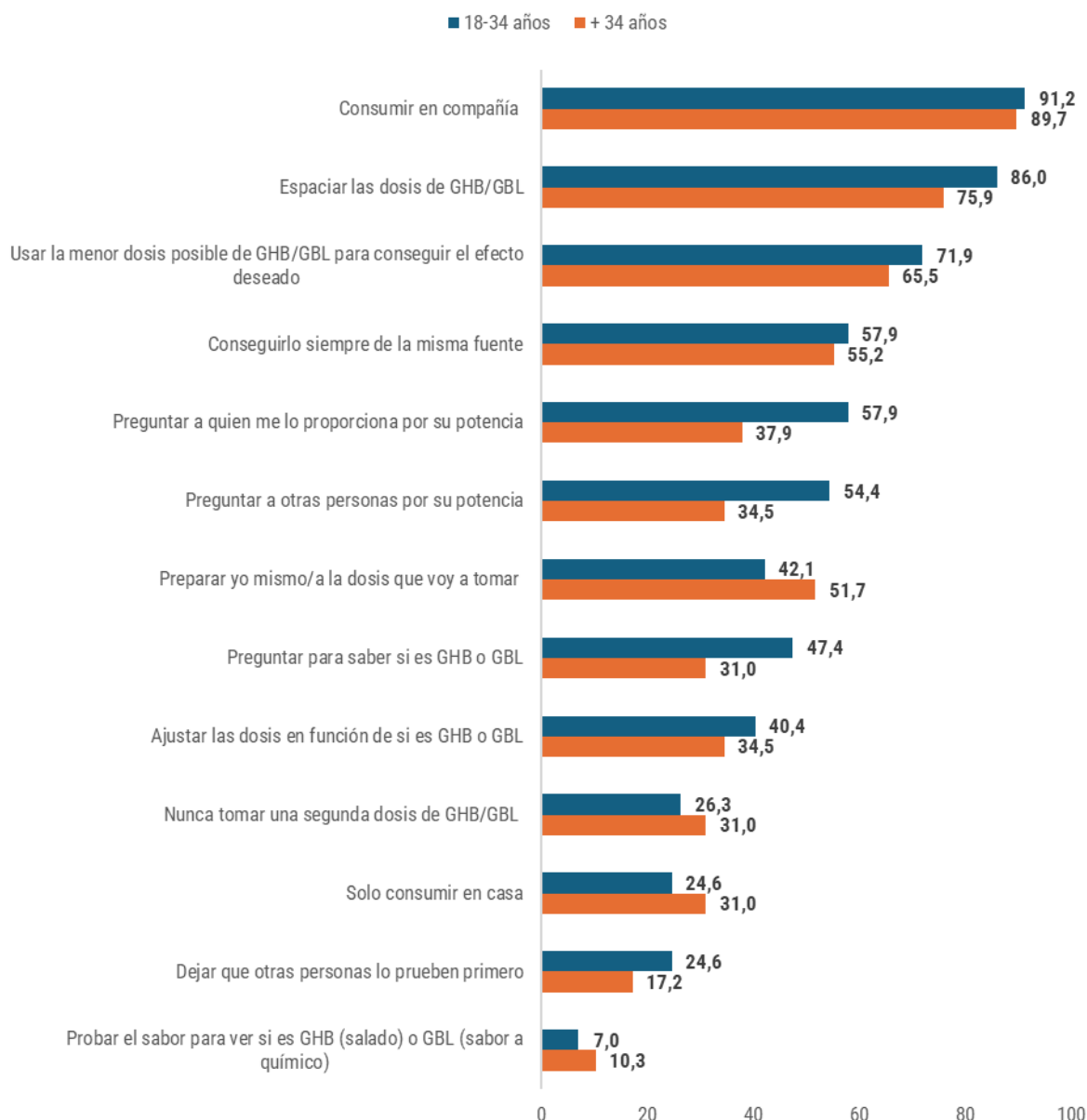


Las pautas de cuidado

Para evaluar el uso de estrategias de cuidado relacionadas con el consumo de GHB/GBL se pidió a las personas que indicaran la frecuencia con que habían utilizado 13 estrategias de cuidado distintas. La adopción de estas estrategias fue generalizada, reflejando una conciencia sobre los peligros asociados al consumo.

Figura 32. Estrategias de reducción de riesgos en el consumo de GHB/GBL (% de “alta frecuencia”).





Tanto hombres como mujeres coincidieron en las estrategias más prevalentes: consumir en compañía de personas de confianza, espaciar las dosis de GHB/GBL y usar la menor dosis posible para conseguir el efecto deseado.

Sin embargo, las mujeres adoptaron con mayor frecuencia un conjunto de prácticas orientadas a la verificación y control de la sustancia y la dosis. En comparación con los hombres, reportaron con mayor prevalencia preguntar tanto a quienes les proporcionaba la sustancia (64,5% vs 42,9%) como a otras personas (58,1% vs 38,1%) sobre su potencia, así como investigar si se trataba de GHB o GBL (54,8% vs 31,0%). Además, fueron más propensas a ajustar la dosis en función de la composición identificada (48,4% vs 33,3%) y a nunca tomar una segunda dosis (35,5% vs 19,0%), reflejando una aproximación más cautelosa y vigilante respecto al control de la exposición. Por su parte, los hombres reportaron con mayor frecuencia preparar ellos mismos la dosis que iban a tomar (52,4% vs 41,9%) y

consumir únicamente en casa (35,7% vs 19,4%). Por edad, el patrón de uso de estrategias de cuidado fue similar entre ambos grupos, aunque con una ligera mayor conciencia preventiva en el grupo de 18 a 34 en comparación con los mayores de 34 años en la mayoría de las estrategias analizadas.

Además de las 13 estrategias de cuidado analizadas, se pidió a las personas encuestadas que indicaran si calculaban el tiempo entre las dosis. Este es un aspecto crítico del cuidado en el consumo de GHB/GBL, dado que el corto intervalo entre consumos aumenta significativamente el riesgo de toxicidad y sobredosis. El 84,9% de las personas consumidoras reportó calcular el tiempo entre dosis, demostrando una conciencia generalizada sobre la importancia de esta medida. Entre quienes realizaban este cálculo, el tiempo promedio recomendado fue de aproximadamente dos horas y media ($M = 2,68$), con algunas diferencias por género y edad. La estrategia más frecuente para controlar el tiempo entre dosis fue mirar la hora e intentar acordarse sin apuntarla (46,6%).

Finalmente, dada la coexistencia en el mercado de GHB y GBL, y a que este último exige de una pauta de dosificación diferente a la del GHB, es destacable el hallazgo de la baja utilización de probar su sabor para tratar de diferenciarlos.

Figura 33. Cálculo del tiempo entre dosis de GHB/GBL.

	Hombres (n = 42)	Mujeres (n = 31)	18-34 años (n = 57)	+34 años (n = 29)	Total (n = 86)
¿Calculas el tiempo entre dosis?: n (%)					
Si	36 (85,7)	25 (80,6)	50 (87,7)	23 (79,3)	73 (84,9)
¿Cuántas horas dejas pasar entre dosis?: (M, SD)					
	2,64 (5,54)	3,45 (5,87)	1,88 (3,17)	4,25 (7,75)	2,68 (5,26)
Estrategia para controlar el tiempo¹⁹: n (%)					
Consumir en horas exactas	6 (16,7)	4 (16,0)	11 (22,0)	4 (17,4)	15 (20,5)
Mirar la hora y apuntarla	8 (22,2)	10 (40,0)	18 (36,0)	6 (26,1)	24 (32,9)
Mirar la hora e intentar acordarte sin apuntarla	17 (47,2)	11 (44,0)	22 (44,0)	12 (52,2)	34 (46,6)
Ponerte una alarma en el móvil	14 (38,9)	5 (20,0)	18 (36,0)	6 (26,1)	24 (32,9)

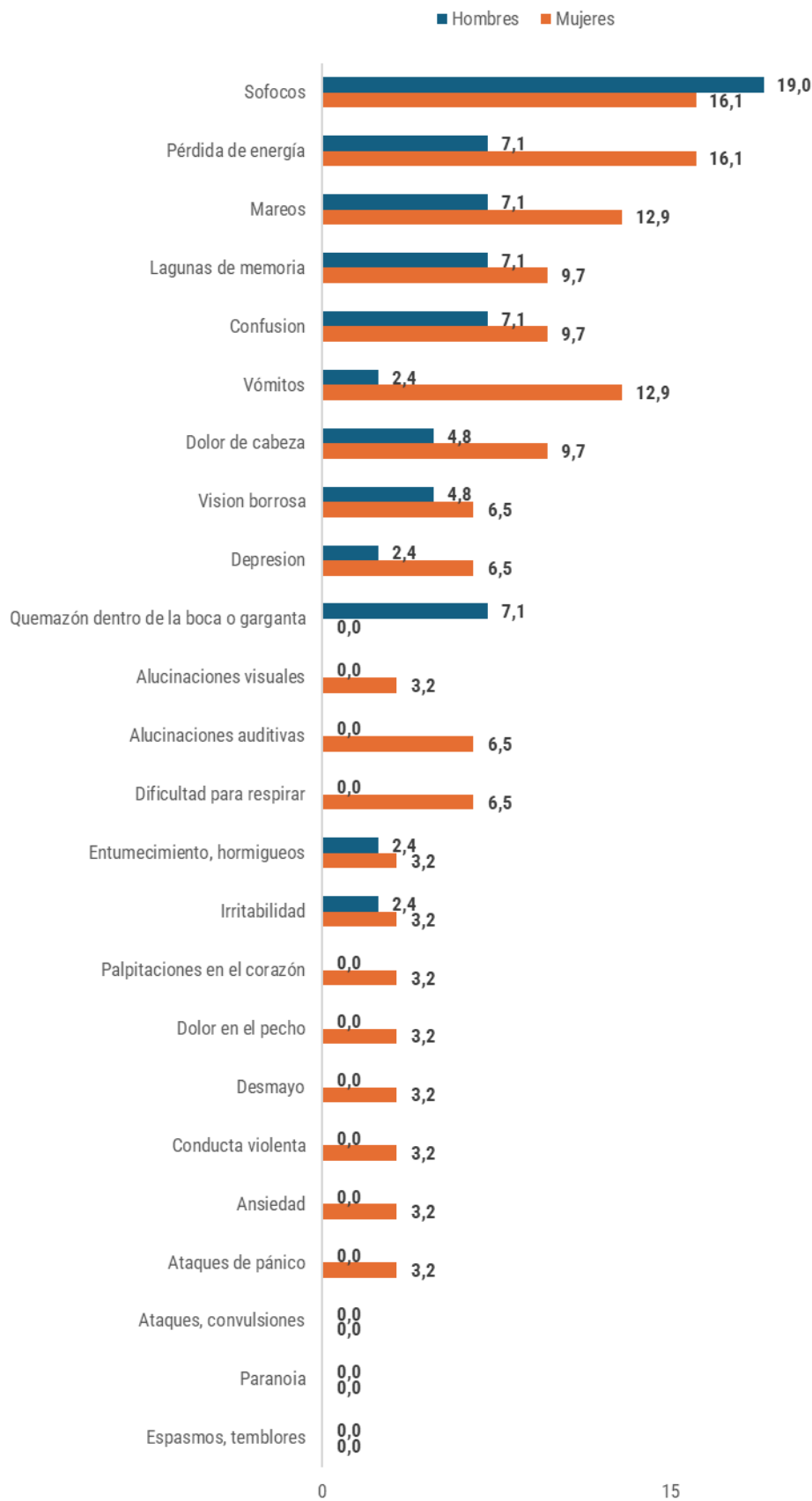
¹⁹ Entre quienes indican calcular el tiempo entre dosis.

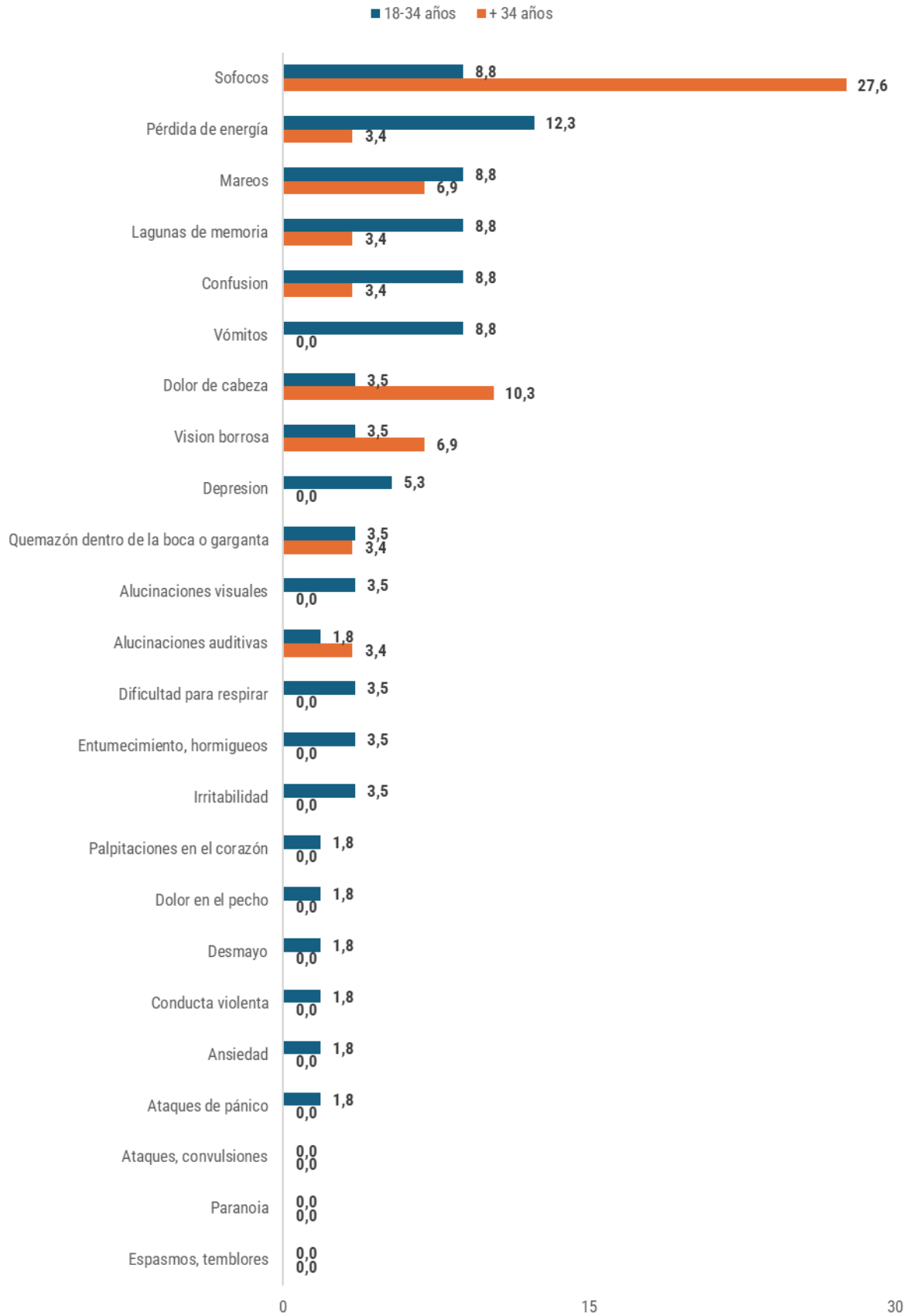
Consecuencias negativas asociadas al consumo de GHB/GBL

En general, las personas consumidoras reportaron una baja prevalencia de consecuencias negativas tras el consumo de GHB/GBL. Solo el 34,9% indicó haber experimentado consecuencias con una alta frecuencia, y de estos, el 50% experimentó apenas una única consecuencia negativa. Este hallazgo es coherente con el patrón de consumo predominantemente ocasional observado en la muestra, sugiriendo que la baja prevalencia de consecuencias negativas puede estar relacionada directamente con estos episodios puntuales y no con un consumo integrado en rutinas.

Los sofocos fueron la consecuencia más frecuente en ambos géneros, afectando al 19,0% de hombres y 16,1% de mujeres. A pesar de esta similitud en el síntoma más prevalente, existió un patrón claro de divergencia en la mayoría de efectos adversos restantes, donde las mujeres sistemáticamente reportaron prevalencias más elevadas: pérdida de energía (16,1% vs 7,1%), mareos (12,9% vs 7,1%), vómitos (12,9% vs 2,4%), dolor de cabeza (9,7% vs 4,8%) y depresión (6,5% vs 2,4%). El quemazón en la boca o garganta fue la excepción más notable a este patrón, reportado exclusivamente por hombres (7,1%).

Por grupo de edad, los patrones también divergieron según el tipo de consecuencia. Los menores de 35 años reportaron mayor prevalencia de pérdida de energía (12,3% vs 3,4%), mareos (8,8% vs 6,9%) y vómitos (8,8% vs 0,0%). En contraste, los adultos mayores de 34 años fueron más propensos a reportar sofocos (27,6% vs 8,8%), dolor de cabeza (10,3% vs 3,5%) y visión borrosa (6,9% vs 3,5%).

Figura 34. Consecuencias del consumo de GHB/GBL.



Además de las consecuencias físicas y psicológicas del consumo de GHB/GBL, se evaluaron otros problemas asociados como el desarrollo de tolerancia (necesidad de aumentar la dosis) y la ocurrencia de sobredosis. El 17,4% de las personas consumidoras reportó haber necesitado aumentar la cantidad que toma para poder sentir los efectos en los últimos 12 meses, una prevalencia más marcada en las personas de 18 a 34 años (21,1%) que en adultos mayores de 34 años (10,3%).

Figura 35. Aumento de la tolerancia y ocurrencia de sobredosis por consumir GHB/GBL en los últimos 12 meses.

	Hombres (n = 42)	Mujeres (n = 31)	18-34 años (n = 57)	+34 años (n = 29)	Total (n = 86)
Ha necesitado aumentar la cantidad que toma para poder sentir sus efectos: n (%)	7 (16,7)	4 (12,9)	12 (21,1)	3 (10,3)	15 (17,4)
Ha tenido una sobredosis en el último en el último año: n (%)	8 (19,0)	4 (12,9)	8 (14,0)	5 (17,2)	13 (15,1)
Ha tenido una sobredosis, pero no en el último año: n (%)	3 (7,1)	3 (9,7)	4 (7,0)	3 (10,3)	7 (8,1)
Nº de sobredosis (M, SD)	1,55 (0,93)	2,00 (1,00)	1,75 (0,86)	1,88 (1,12)	1,72 (0,96)
Tuvieron que atenderle con una ambulancia alguna de las veces: n (%)	2 (4,8)	1 (3,2)	2 (3,5)	2 (6,9)	4 (4,7)
Tuvieron que llevarle a urgencia alguna de las veces: n (%)	2 (4,8)	1 (3,2)	2 (3,5)	2 (6,9)	4 (4,7)
Tuvieron que ingresarle en el hospital: n (%)	1 (2,4)	1 (3,2)	2 (3,5)	1 (3,4)	3 (3,5)

El problema más grave fue la ocurrencia de sobredosis: el 15,1% reportó haber tenido alguna en el último año. Aunque esta prevalencia es relativamente baja, las mujeres experimentan un número promedio de sobredosis ligeramente superior al de los hombres (2,00 vs 1,55), mientras que por edad los promedios fueron bastante similares. Las consecuencias de estas sobredosis fueron significativas, con el 20,0% requiriendo atención ambulancia, el 20,0% llevado a urgencias, y el 15,0% ingresado en hospital.

Estas sobredosis estuvieron principalmente relacionadas con problemas de control de las dosis: tomar una dosis demasiado grande y tomar una segunda dosis antes de que terminara el efecto de la primera, presentes en el 60,0% de los casos cada uno.

Figura 36. Motivos de las sobredosis por consumir GHB/GBL

	Total (n = 20)
La dosis tomada era demasiado grande	12 (60,0)
Tomar una segunda dosis antes de que terminara de hacer efecto la primera	12 (60,0)
Consumir otras sustancias depresoras antes de la dosis de GHB/GBL	3 (15,0)
Consumir alcohol antes de la dosis de GHB/GBL	2 (10,0)
Haber perdido la tolerancia y tomar la dosis que tomaba antes (cuando tenía mayor tolerancia)	2 (10,0)
A propósito, buscando la sobredosis	1 (5,0)
Beber alcohol después de haber tomado GHB/GBL	1 (5,0)
Tomar el GHB/GBL diluido en una bebida con alcohol	1 (5,0)

Para evaluar la gravedad de la dependencia del GHB/GBL, se utilizó la Dependence Severity Scale (DSS; Gossop et al., 1995), un instrumento que mide la severidad de la dependencia a través de cinco ítems puntuados de 0 a 3, con una puntuación total que oscila entre 0 y 15. Los ítems evalúan: pérdida de control percibida sobre el consumo, preocupación por no poder acceder a la sustancia, preocupación personal sobre el propio consumo, deseo de dejar de consumir, y dificultad percibida para dejar o estar sin consumir. Una puntuación total más elevada indica un mayor nivel de dependencia.

Los resultados revelaron un patrón general de bajo nivel de dependencia. El 70,9% de las personas consumidoras obtuvieron una puntuación de 0 en la SDSS, indicando ausencia de dependencia, mientras que la puntuación más elevada fue de 5 puntos, reportada por una única persona. Si atendemos a los ítems específicos, más del 80% de las personas participantes reportó no experimentar cada dimensión de dependencia, confirmando que este no es un problema predominante en esta muestra de personas consumidoras de GHB/GBL.

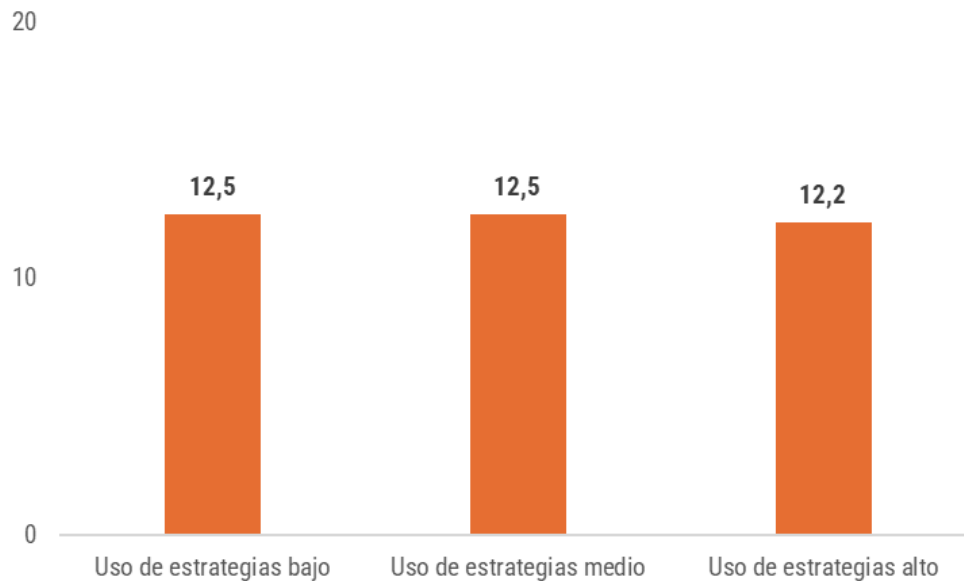
Figura 37. Severidad de la dependencia del consumo de GHB/GBL, evaluada mediante la Dependence Severity Scale (DSS).

	Hombres (n = 42)	Mujeres (n = 31)	18-34 años (n = 57)	+34 años (n = 29)	Total (n = 86)
¿Con qué frecuencia has pensado que no podías controlar tu consumo de GHB/GBL?: n (%)					
Nunca	38 (90,5)	27 (87,1)	51 (89,5)	24 (82,8)	75 (87,2)
Algunas veces	3 (7,1)	3 (9,7)	5 (8,8)	3 (10,3)	8 (9,3)
A menudo	-	1 (3,2)	1 (1,8)	-	1 (1,2)
Siempre	1 (2,4)	-	-	2 (6,9)	2 (2,3)
¿Con qué frecuencia te ha preocupado o puesto nervioso/a por la posibilidad de que te pudiera faltar GHB/GBL?: n (%)					
Nunca	40 (95,2)	28 (90,3)	52 (91,2)	27 (93,1)	79 (91,9)
Algunas veces	2 (4,8)	3 (9,7)	5 (8,8)	2 (6,9)	7 (8,1)
A menudo	-	-	-	-	-
Siempre	-	-	-	-	-
¿Con qué frecuencia te has sentido preocupado/a por tu consumo de GHB/GBL?: n (%)					
Nunca	35 (83,3)	29 (93,5)	48 (84,2)	25 (86,2)	73 (84,9)
Algunas veces	6 (14,3)	2 (6,5)	9 (15,8)	3 (10,3)	12 (14,0)
A menudo	1 (2,4)	-	-	1 (3,4)	1 (1,2)
Siempre	-	-	-	-	-
¿Con qué frecuencia has deseado poder dejar de consumir GHB/GBL?: n (%)					
Nunca	36 (85,7)	30 (96,8)	54 (94,7)	23 (79,3)	77 (89,5)
Algunas veces	4 (9,5)	1 (3,2)	3 (5,3)	3 (10,3)	6 (7,0)
A menudo	-	-	-	-	-
Siempre	2 (4,8)	-	-	3 (10,3)	3 (3,5)
¿Hasta qué punto te ha sido difícil dejar o estar sin consumir GHB/GBL?: n (%)					
Nada difícil	40 (95,2)	31 (100,0)	54 (94,7)	28 (96,6)	82 (95,3)
Bastante difícil	2 (4,8)	-	3 (5,3)	1 (3,4)	4 (4,7)
Muy difícil	-	-	-	-	-
Imposible	-	-	-	-	-

Prácticas de cuidado y reducción de riesgos

Al analizar la relación entre el uso de estrategias de cuidado y las consecuencias experimentadas durante el consumo de GHB/GBL, se observó que las consecuencias negativas tendían a ser menos frecuentes entre quienes utilizaban estas estrategias con mayor intensidad, en comparación con los grupos de uso bajo y medio. No obstante, estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Figura 38. Número de consecuencias (alta frecuencia) experimentadas por el consumo de GHB/GBL en función de la frecuencia de uso de conductas de cuidado.



Conclusiones

Consumo de sustancias

Los patrones de consumo observados en el OEC2025 muestran una continuidad con ediciones anteriores, caracterizada por una alta prevalencia de uso de alcohol, MDMA y cannabis, junto con una presencia significativa de estimulantes, disociativos y depresores en contextos recreativos. A esta estabilidad se suma una diversificación progresiva del repertorio de sustancias, con trayectorias de consumo marcadas por la experimentación y la incorporación reciente de nuevas drogas en una parte relevante de la muestra.

El consumo se encuentra fuertemente condicionado por el contexto y la duración de los eventos. En entornos festivos prolongados, se observa una mayor probabilidad de policonsumos recreativos y de uso funcional de determinadas sustancias orientadas a regular la energía, el descanso o la recuperación, mientras que en encuentros más breves o privados este tiende a estar más planificado.

Las diferencias según el género atraviesan los patrones de consumo. Los hombres presentan mayores prevalencias en la mayoría de sustancias no institucionalizadas y en bebidas energéticas, mientras que en las mujeres se observan mayores prevalencias en el consumo de sustancias reguladas o de prescripción médica, como las benzodiazepinas.

Uso sexualizado de drogas

El uso sexualizado de drogas (USD) se configura como una práctica relativamente extendida en la muestra, presente en aproximadamente un tercio de las personas participantes, sin diferencias significativas según sexo o edad. Esta práctica, lejos de circunscribirse al Chemsex sino en un contexto Cis-Heterosexual, aparece mayoritariamente vinculada a contextos íntimos, relaciones de pareja o vínculos de confianza, donde el consumo responde a una intencionalidad clara orientada a intensificar el placer, la conexión emocional o la búsqueda de determinadas sensaciones corporales.

La elección de sustancias responde a motivaciones concretas vinculadas a la búsqueda de determinados efectos durante el encuentro sexual. Las personas participantes describen un uso diferenciado de las sustancias en función de la intensificación sensorial, la conexión emocional, la desinhibición o la prolongación de la experiencia. No obstante, estas prácticas se desarrollan habitualmente en trayectorias de consumo previas, donde el policonsumo recreativo y la

combinación de sustancias con perfiles farmacológicos distintos incrementan los riesgos, especialmente cuando se mezclan estimulantes y depresores.

Las consecuencias asociadas al uso sexualizado de drogas aparecen de manera recurrente en la muestra. Una parte significativa de las personas participantes refiere dificultades en la respuesta sexual, menor interés por las relaciones sexuales sin consumo o malestar psicológico tras los encuentros. En los relatos cualitativos se expresan preocupaciones vinculadas a la posibilidad de que el consumo condicione el disfrute sexual, así como a experiencias de mayor vulnerabilidad, consentimiento ambiguo o distanciamiento emocional durante o después de las prácticas.

Consumo de bebidas energéticas en la fiesta

Las bebidas energéticas ocupan un lugar central en los patrones de consumo recreativo, especialmente entre las personas más jóvenes. Su uso se normaliza como una estrategia para combatir el cansancio, prolongar la actividad festiva o complementar el consumo de alcohol y otras sustancias estimulantes, o como alternativa a estas últimas.

A pesar de su amplia presencia, estas tienden a pensarse como productos de bajo riesgo, lo que contrasta con sus efectos fisiológicos y su capacidad para enmascarar señales de fatiga. La combinación con alcohol y otras drogas estimulantes incrementa el riesgo de sobreestimulación y dificulta la autorregulación del consumo.

El análisis sugiere que el uso intensivo o acumulativo de estas forma parte de una lógica de optimización del rendimiento festivo, donde el descanso y la escucha corporal quedan en un segundo plano. Esta normalización plantea retos específicos para la reducción de riesgos, al tratarse de sustancias legales, accesibles y socialmente aceptadas.

Consumo de benzodiacepinas con fines recreativos

El uso recreativo de benzodiacepinas aparece vinculado tanto a estrategias de compensación tras el consumo de estimulantes como a la gestión del descanso, la ansiedad o el malestar emocional en contextos de ocio. Su condición de medicamento contribuye a una percepción de seguridad que no siempre se corresponde con los riesgos reales asociados a su consumo fuera de prescripción médica.

El uso de estas sustancias presenta una prevalencia elevada de uso en la muestra analizada, lo que se relaciona con procesos de medicalización del malestar y con expectativas de autorregulación emocional. El consumo suele realizarse con menor planificación que otras drogas y con un conocimiento limitado de sus interacciones, especialmente con alcohol y otros depresores.

El análisis muestra que la adopción de estrategias de cuidado se asocia a una menor presencia de consecuencias negativas, mientras que los perfiles con menor uso de medidas de protección concentran un mayor número de efectos adversos, como amnesia, sedación excesiva o malestar posterior.

Uso de GHB/GBL

El consumo de GHB/GBL presenta una prevalencia baja a nivel general, pero se concentra en contextos específicos de ocio nocturno y sexual, donde adquiere una relevancia desproporcionada en términos de riesgo. El estrecho margen entre la dosis buscada y la sobredosificación, junto con su forma líquida y la frecuente combinación con otras sustancias, incrementa la probabilidad de consecuencias graves.

Aunque la mayoría de las personas consumidoras no refiere dificultades para controlar o interrumpir el consumo, una parte de la muestra manifiesta preocupación puntual, deseos de reducir su uso o experiencias de efectos adversos. Las estrategias de cuidado, como el control estricto de dosis y la evitación de mezclas peligrosas, se asocian a una menor presencia de consecuencias negativas, si bien no siempre se aplican de forma sistemática.

La sobredosis se presenta como una consecuencia negativa relativamente habitual que, en ocasiones, puede revestir gravedad suficiente como para requerir asistencia sanitaria.

Estas sustancias aparecen especialmente vinculadas a dinámicas de policonsumos recreativos y a contextos de uso sexualizado, lo que refuerza la necesidad de abordarlo desde una perspectiva específica que tenga en cuenta tanto sus particularidades farmacológicas como los escenarios sociales en los que se utiliza.

Recomendaciones

Tras el análisis de las conclusiones, se desarrollaron las siguientes recomendaciones específicas:

Consumos

Recomendación 1. Evolución de patrones y nuevas tendencias.

Implementar estrategias de información que aborden la evolución de los patrones de consumo, incorporando nuevas tendencias y contextualizando los riesgos asociados a estos cambios, especialmente en entornos recreativos.

Recomendación 2. Primeros consumos y momentos de inicio.

Desarrollar información específica de reducción de riesgos dirigida a los primeros consumos de sustancias, prestando especial atención a la ketamina y a los factores que pueden aumentar la vulnerabilidad en estas primeras experiencias.

Recomendación 3. Abordaje integral de consumos y policonsumos recreativos.

Ofrecer información sobre sustancias y pautas de cuidado desde un enfoque integral que tenga en cuenta los policonsumos recreativos y la diversidad de combinaciones posibles, evitando presentar los riesgos y cuidados de forma aislada por sustancia cuando no refleja la realidad de los consumos.

Recomendación 4. Sustancias invitadas o no conocidas previamente.

Informar de manera específica sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias invitadas, regaladas o no conocidas previamente por la persona, poniendo el foco en la falta de información y de experiencia previa como factores que dificultan la toma de decisiones informadas y pueden aumentar la probabilidad de efectos no deseados o situaciones de mayor riesgo.

Uso sexualizado de drogas

Recomendación 1. Reconocimiento y enfoque no moralizante.

Reconocer el uso sexualizado de drogas en población heterosexual como una realidad diversa y situada, abordándola desde un enfoque no moralizante que facilite el acceso a información, prevención y estrategias de reducción de riesgos adaptadas a distintos contextos.

Recomendación 2. Consentimiento y comunicación.

Incorporar la gestión del consentimiento como eje central de las intervenciones, promoviendo la comunicación previa, los acuerdos explícitos y la revisión compartida de límites, especialmente cuando el consumo de sustancias puede afectar a la percepción, la toma de decisiones o la capacidad de respuesta.

Recomendación 3. Sustancias, efectos y motivaciones.

Incluir información clara sobre los efectos de las distintas sustancias en las relaciones sexuales, atendiendo a las diversas motivaciones que influyen en su elección (desinhibición, aumento del deseo, prolongación del encuentro, gestión del malestar, etc.), así como a los posibles efectos no deseados.

Recomendación 4. Reducción de riesgos en contextos sexuales.

Promover estrategias de reducción de riesgos específicas para contextos sexuales, como el control de las dosis, la planificación del entorno, la gestión de tiempos, y la incorporación de dinámicas de cuidados mutuos antes, durante y después de los encuentros.

Recomendación 5. Disfrute sexual y dependencia del contexto químico.

Abordar de forma explícita la pérdida de disfrute o interés en las relaciones sexuales sin consumo de sustancias que refieren algunas personas, incorporando estrategias de reducción de riesgos orientadas a evitar una dependencia del contexto químico para la vivencia del placer, el deseo o la conexión sexual.

Recomendación 6. Uso de fármacos y medicalización.

Abordar de manera específica el uso de fármacos para la disfunción eréctil en contextos sexualizados de consumo de sustancias, alertando sobre los riesgos asociados a su uso sin supervisión médica, las posibles interacciones y los efectos de la medicalización del rendimiento sexual, especialmente en hombres adultos.

Bebidas Energéticas en la fiesta

Recomendación 1. Información y percepción de riesgo.

Elaborar contenidos informativos sobre las bebidas energéticas que expliquen de forma clara sus efectos y riesgos, poniendo el foco en el papel de la cafeína y en cómo puede alterar la percepción de cansancio, fatiga y límites corporales, especialmente en contextos de ocio nocturno.

Recomendación 2. Combinación con alcohol.

Advertir de manera específica sobre los riesgos de la combinación de bebidas energéticas con alcohol, subrayando cómo esta mezcla puede enmascarar los efectos del alcohol, favorecer consumos más prolongados y dificultar la percepción del propio estado físico y mental.

Recomendación 3. Combinación con otros estimulantes.

Incorporar mensajes preventivos sobre los riesgos asociados a la combinación de bebidas energéticas con otras sustancias estimulantes, alertando sobre la sobreestimulación, el aumento de la carga cardiovascular y la dificultad para reconocer señales de saturación o agotamiento.

Recomendación 4. Autorregulación y señales corporales.

Promover estrategias de autocuidado y autorregulación del consumo centradas en respetar las señales del cuerpo, como espaciar las tomas, alternar con bebidas sin cafeína y prestar atención a los signos de cansancio, nerviosismo o malestar físico.

Recomendación 5. Campañas y públicos prioritarios.

Diseñar campañas dirigidas especialmente a población joven y adulta joven, donde el consumo es más prevalente, utilizando lenguajes cercanos y no estigmatizantes que faciliten la reflexión y el acceso a información fiable.

Consumo de benzodiacepinas con fines recreativos

Recomendación 1. Percepción de seguridad.

Cuestionar la idea de que las benzodiacepinas son «seguras» por el hecho de ser medicamentos, poniendo el foco en los riesgos que pueden aparecer cuando se usan sin prescripción o seguimiento médico, especialmente en contextos no terapéuticos o combinadas con alcohol u otras sustancias depresoras.

Recomendación 2. Combinación con alcohol y otras sustancias depresoras.

Difundir información clara sobre los riesgos específicos de combinar benzodiazepinas con alcohol u otras sustancias depresoras, subrayando el aumento de efectos adversos como la sedación excesiva, la amnesia, la pérdida de consciencia y la disminución del control sobre el propio consumo.

Recomendación 3. Combinación con sustancias estimulantes.

Incorporar en los mensajes preventivos sobre policonsumo información específica sobre los riesgos asociados a la combinación de benzodiazepinas con sustancias estimulantes, señalando cómo esta mezcla puede enmascarar señales de alarma, favorecer consumos prolongados o dificultar la percepción del propio estado físico y mental.

Recomendación 4. Medicalización del malestar y género.

Promover una reflexión crítica sobre la medicalización del malestar en contextos de ocio y socialización, integrando la perspectiva de género y atendiendo a los factores sociales que pueden favorecer un mayor recurso a benzodiazepinas, especialmente en mujeres.

Recomendación 5. Reducción de riesgos y acceso a información.

Fomentar estrategias de reducción de riesgos centradas en el consumo informado y no sistemático de benzodiazepinas, la evitación de combinaciones de alto riesgo y la mejora del acceso a información fiable y no estigmatizante, favoreciendo el vínculo con recursos sanitarios y sociosanitarios.

El consumo de GHB/GBL**Recomendación 1. Riesgo asociado a la dosificación.**

Abordar el GHB/GBL como una sustancia de alto riesgo, explicando de forma clara la estrecha frontera entre la dosis buscada y la sobredosis, así como la vulnerabilidad individual que dificulta un control preciso de los efectos.

Recomendación 2. Incompatibilidad con otras sustancias depresoras.

Promover de manera clara y reiterada la incompatibilidad del GHB/GBL con alcohol, benzodiazepinas y otras sustancias depresoras, situando esta combinación como uno de los principales factores de riesgo de una sobredosis.

Recomendación 3. Prácticas específicas de reducción de riesgos.

Difundir estrategias específicas de reducción de riesgos adaptadas al uso de GHB/GBL, como la dosificación precisa, el uso de herramientas de medición de las dosis adecuadas y el espaciamiento estricto entre tomas.

Recomendación 4. Contextos de mayor vulnerabilidad.

Alertar sobre los riesgos añadidos del uso de GHB/GBL en contextos de cansancio extremo, consumo prolongado o cuando se utiliza tras largas sesiones de fiesta, donde la acumulación de fatiga puede aumentar la probabilidad de efectos no deseados.

Recomendación 5. Dimensión relacional y consentimiento.

Incorporar la dimensión relacional del riesgo, especialmente en contextos sexualizados, abordando de forma explícita la pérdida de control, la amnesia y las dificultades en la gestión del consentimiento asociadas al consumo de GHB/GBL.

Recomendación 6. Cuidado colectivo y supervisión entre iguales.

Promover dinámicas de cuidado colectivo en las que el grupo de iguales pueda tener referencias claras sobre los tiempos de consumo, facilitando la intervención temprana cuando se detectan tomas demasiado cercanas en el tiempo o signos de riesgo asociados a la acumulación de dosis.

Bibliografía

Almutrafi, F. (2019). The what, why and how of conducting focus-group research. *International Journal of Language and Linguistics*, 7(5), 235–239. <https://doi.org/10.11648/j.ijll.20190705.18>

Anderson, V.R. (2015). *Introduction to Mixed Methods Approaches*. En Handbook of Methodological Approaches to Community-Based Research: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190243654.003.0023>

Belackova, V., & 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. https://www.euda.europa.eu/publications/insights/web-surveys/web-surveys-method-collecting-information-patterns-drug-use-supply_en

Bendau, A., Roediger, L., Piest, A., Schmolke, R., Ahrend, K., Petzold, M. B., et al. (2025). Mind the G (ap): Bridging prevention needs and approaches for GHB/GBL users and their social environment. *Harm Reduction Journal*, 22 (1), 5.

Busardò, F. P., Gottardi, M., Tini, A., Minutillo, A., Sirignano, A., Marinelli, E., et al. (2018). Replacing GHB with GBL in recreational settings: A new trend in chemsex. *Current Drug Metabolism*, 19(13), 1080–1085.

Castañó, G., Arango, E., Morales, S., Rodríguez, A., & Montoya, C. (2012). Drug use and sexual practices of teenagers in the city of Medellín (Colombia). *Adicciones*, 24, 347–354.

Dalpoas, S. E., & Shermock, K. M. (2021). Practical utility of mixed methods research in pharmacy practice. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 78 (22), 2033–2039. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxab232>

Del Valle Vera, B., Carmona Marquez, J., Vidal Giné, C. & Fernández Calderón, F. (2021). Estrategias de reducción de daños y consecuencias negativas relacionadas con las drogas en la escena de la música dance: El papel moderador del policonsumo. *Substance Use & Misuse*, 56 (6), 777–781. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1892144>

Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M., & Varela Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2, 162–167. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72706-6)

Dijkstra, B. A. G., Beurmanjer, H., Goudriaan, A. E., Schellekens, A. F. A., & Joosten, E. A. G. (2021). Unity in diversity: A systematic review on the GHB using population. *International Journal of Drug Policy*, 94, 103230.

Dufayet, L., Bargel, S., Bonnet, A., Boukerma, A. K., Chevallier, C., Evrard, M., et al. (2023). Gamma-hydroxybutyrate (GHB), 1,4-butanediol (1,4-BD), and gamma-butyrolactone (GBL) intoxication: A state-of-the-art review. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 142, 105435.

Edmundson, C., Heinsbroek, E., Glass, R., Hope, V., Mohammed, H., White, M., & Desai, M. (2018). Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 55, 131–148.

Evers, Y. J., Dukers-Muijers, N. H., Kampman, C. J., van Liere, G. A., Hautvast, J. L., Koedijk, F. D., & Hoebe, C. J. (2020). *Prevalence of drug use during sex among swingers and perceived benefits and risks*. Sexually Transmitted Infections, 96(1), 40–46.

Fernández Calderón, F., Vidal Guiné, C., Guerrero López, J., y Lozano Rojas, 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. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.016>

Fernández Piedra, D., Navarro López, J., Vidal Giné, C., & de la Vega Moreno, B. (2024). Energy Control: más de 25 años rompiendo con la prohibición del consumo de drogas. *Revista Internacional De Educación Y Análisis Social Crítico* Mañé, Ferrer & Swartz, 2(1), 204–249. <https://doi.org/10.51896/easc.v2i1.542>

Fernández Piedra, D., Vidal Giné, C., Ramírez López, A. & Navarro López, J. (2025). El consumo de poppers en la población joven española. *Revista Española de Drogodependencias*, 50(3), 109-126. <https://doi.org/10.54108/10119>

García, J. y Rodríguez, P. (2018). Teoría Fundamentada: ni Teoría, ni Fundamentada. *Revista de Educación Social*, 26, 160-176. <https://eduso.net/res/revista/26/miscelanea/teoria-fundamentada-ni-teoria-ni-fundamentada>.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90(5), 607–614.

Holt, E. (2023). Poland bans energy drinks for under 18s. *The Lancet*, 401, 540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00322-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00322-7)

Hsu, J. H., Huang, P., Li, C. W., Bourne, A., Strong, C., & Ku, S. W. (2024). Experiences of harm and mental ill-health among gay, bisexual and other men-who-have-sex-with-men who use methamphetamine or GHB/GBL in different combinations: findings from the COMeT study in Taiwan. *Harm reduction journal*, 21(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12954-024-01094-8>

Íncera-Fernandez, D., Gamez-Guadix, M., & Moreno-Guillen, S. (2021). Mental health symptoms associated with sexualized drug use (chemsex) among men who have sex with men: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13299. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413299>

Íncera-Fernández, D., Román, F. J., & Gámez-Guadix, M. (2022). Risky sexual practices, sexually transmitted infections, motivations, and mental health among heterosexual women and men who practice sexualized drug use in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6387. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116387>

Íncera-Fernández, D., Román, F. J., Moreno-Guillén, S., & Gámez-Guadix, M. (2023). Understanding sexualized drug use: substances, reasons, consequences, and self-perceptions among men who have sex with other men in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2751. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032751>

Bright, J. K., Martin, A., Richards, M., & Morie, M. (2022). The Benzo Research Project: An evaluation of recreational benzodiazepine use amongst UK young people (18-25) (1.02). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7813470>

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

Kaur, A., Yousuf, H., Ramgobin-Marshall, D., Jain, R., & Jain, R. (2022). Energy drink consumption: A rising public health issue. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 23(3), 83.

Krul, J., & Girbes, A. R. (2011). Gamma-hydroxybutyrate: Experience of 9 years of gamma-hydroxybutyrate (GHB)-related incidents during rave parties in The Netherlands. *Clinical Toxicology*, 49(4), 311–315.

Malandain, L., & Thibaut, F. (2023). Chemsex: Review of the current literature and treatment guidelines. *Current Addiction Reports*, 10(3), 563–571.

Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. principios básicos y algunas controversias. *Ciencia de la Salud Colectiva* 17 (3). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>

McElrath, K. (2005). MDMA and sexual behavior: Ecstasy users' perceptions about sexuality and sexual risk. *Substance Use & Misuse*, 40(9–10), 1461–1477.

Meller, N., & Kitrey, N. (2025). “Chemical seduction”: A narrative review of the complex impact of recreational drugs on sexual function. *International Journal of Impotence Research*, 1–10.

Melendez-Torres, G. J., Hickson, F., Reid, D., Weatherburn, P., & Bonell, C. (2016). Drug use moderates associations between location of sex and unprotected

anal intercourse in men who have sex with men: Nested cross-sectional study of dyadic encounters with new partners. *Sexually Transmitted Infections*, 92, 39–43.

Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 63, 74–89.

National Institute on Drug Abuse. (2014). Prescription drug abuse. National Institute on Drug Abuse. Research report series. https://www.drugsandalcohol.ie/18948/3/NIDA_prescriptiondrugabuse.pdf

Obradors-Pineda, A., Bouso, J. C., Parés-Franquero, Ò., & Romaní, J. O. (2021). Harm reduction and cannabis social clubs: Exploring their true potential. *International Journal of Drug Policy*, 97, 103358.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2025). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2025*. Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2025_OEDA-Informe.pdf

Ollero, M. J., Ryan, P., Dolengevich-Segal, H., Cano-Smith, J., Ramos-Ruperto, L., Cabello, A., et al. (2025). Drug addiction in gay and bisexual men living with HIV engaged in sexualized drug use: Recent drug use, polydrug and depressive symptoms as predictors. *AIDS and Behavior*, 1–12.

Poulos, N. S., & Pasch, K. E. (2016). Socio-demographic differences in energy drink consumption and reasons for consumption among U.S. college students. *Health Education Journal*, 75(3), 318–330.

Ramazanov, M., Turdaliyeva, B., Igissenova, A. I., Zhakupova, M., Izbassarova, A. S., Seifuldinova, M., et al. (2025). Prevalence of sexualized substance use and chemsex in the general population and among women: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 8, p. 899). MDPI.

Sánchez-Sánchez, E., Trujillo-Garrido, N., Díaz-Jimenez, J., García-García, A., Rosety, M. A., Bandez, M., et al. (2025). Attitudes and consumption habits of energy drinks among adolescents and young adults in a Spanish population. *AIMS Public Health*, 12(1), 16.

Scimeca, G., Chisari, C., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., Zoccali, R., & Bruno, A. (2017). Cannabis and sexual behavior. In *Handbook of cannabis and related pathologies*. Academic Press, 180–187.

Schwartz, C., Fast, D., & Knight, R. (2020). Poppers, queer sex and a Canadian crackdown: Examining the experiences of alkyl nitrite use among young sexual minority men. *International Journal of Drug Policy*, 77.

Sewell, J., Miltz, A., Lampe, F. C., Cambiano, V., Speakman, A., Phillips, A. N., et al. (2017). Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *International Journal of Drug Policy*, 43, 33–43.

Silveira Donaduzzi, D. S., Colomé Beck, C. L., Heck Weiller, T., Nunes da Silva Fernandes, M., & Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 71-75. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016>

Somers, K. R., & Svatikova, A. (2020). Cardiovascular and autonomic responses to energy drinks—Clinical implications. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 431.

Van Dyck, E., Ponnet, K., van Havere, T., Hauspie, B., Dirk, N., Schrooten, J., Waldron, J., Grabski, M., Freeman, T. P., Curran, H. V., & de Neve, J. (2023). Substance use and attendance motives of electronic dance music (EDM) event attendees: A survey study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1821. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031821>

Vera, B., Vidal Giné, C., Lozano, O. y Fernández Calderón, F. (2020). Conductas de reducción de daños entre consumidores de múltiples sustancias que consumen éxtasis: ¿Pueden reducir las consecuencias negativas? Un estudio exploratorio. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 27 (1), 49–59. <https://doi.org/10.1080/09687637.2018.1544225>

Vidal Giné, C., Fernández Calderón, F., & López Guerrero, 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(3), 358–369. <https://doi.org/10.3109/00952990.2016.1141211>

Vidal Giné, C., y López Guerrero, J. (2014). *Consumo recreativo de ketamina: una investigación online*. Asociación Bienestar y Desarrollo. https://energycontrol.org/wp-content/uploads/2021/11/EnergyControl_Ketamina_InvesOnline2014.pdf

Vidal Giné, C., & Navarro López, 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*. Asociación Bienestar y Desarrollo. <https://energycontrol.org/wp-content/uploads/2024/03/IRPF2020-InformeSMASWeb.pdf>

Vidal Giné, C., & Navarro López, 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*. Asociación Bienestar y Desarrollo. https://energycontrol.org/wp-content/uploads/2024/03/Informe_Fiesta-alcohol-y-otras-drogas-en-tiempos-de-pandemia.pdf

Vidal Giné, C., Navarro López, J., y Fernández Piedra, D. (2022). *Energy Control: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados. Informe 2022*. Asociación Bienestar y Desarrollo. <https://doi.org/10.13140/RC.2.2.33673.93282>

Vidal Giné, C., Navarro López, J., y Fernández Piedra, D. (2023). *Energy Control: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados. Informe 2023*. Asociación Bienestar y Desarrollo. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26803.64809>

Vidal Giné, C., Navarro López, J., y Fernández Piedra, D.(2024). *Energy Control: Observatorio de consumos, riesgos y cuidados. Informe 2024*. Asociación Bienestar y Desarrollo. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23089.70241>

Zemishlany, Z., Aizenberg, D., & Weizman, A. (2001). Subjective effects of MDMA ('Ecstasy') on human sexual function. *European Psychiatry*, 16(2), 127-130.