



CHEMSEX

Consecuencias sobre la infección por VIH
y otros aspectos de la salud

Daniel Incera Fernández
Santiago Moreno Guillén
Manuel Gámez Guadix

CHEMSEX_

Consecuencias sobre la Infección por VIH
y otros Aspectos de la Salud

UAH MONOGRAFÍAS
CIENCIAS SANITARIAS 02

CHEMSEX_

Consecuencias sobre la Infección por VIH y otros Aspectos de la Salud

Coordinadores:

Daniel Íncera Fernández

Universidad Internacional de Empresa. Madrid

Santiago Moreno Guillén

Universidad de Alcalá. Madrid

Manuel Gámez Guadix

Universidad Autónoma de Madrid



Universidad
de Alcalá

EDITORIAL
UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

Este libro ha sido financiado con los fondos de Gilead Sciences destinados para la Cátedra RIS-UAH-Gilead, de investigación en VIH/SIDA. Gilead Sciences no ha participado ni ha estado involucrada en la selección de los autores ni en los contenidos del libro.



El contenido de este libro no podrá ser reproducido,
ni total ni parcialmente, sin el previo permiso escrito del editor.
Todos los derechos reservados.

© De los textos: sus autores.
© De las imágenes: sus autores.
© Editorial Universidad de Alcalá, 2024
Plaza de San Diego, s/n
28801 Alcalá de Henares
www.publicaciones.uah.es

I.S.B.N.: 978-84-10432-53-6

Diseño de cubierta: Ronda Vázquez Martín
Composición: Solana e Hijos, A. G., S.A.U.
Impresión y encuadernación: Solana e Hijos, A.G., S.A.U.
Impreso en España

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN AL CHEMSEX

DANIEL ÍNCERA FERNÁNDEZ

Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Internacional de Empresa. Madrid

1.1. Uso recreativo de drogas, uso sexualizado de drogas y chemsex..	13
1.2. Breve desarrollo histórico del uso sexualizado de drogas	20
1.3. Situación epidemiológica.....	22
1.4. Perfil sociodemográfico de los participantes.....	23
1.5. El papel de las aplicaciones de contactos de geolocalización.....	24
1.6. Contextos y duración	26
1.7. Expectativas y motivaciones.....	28

CAPÍTULO 2. SUSTANCIAS EN EL CHEMSEX

FERNANDO CAUDEVILLA GÁLLIGO

Médico de Familia. Experto Universitario en Drogodependencias. C.S Daroca. SERMAS

2.1. Drogas y sexo: perspectiva farmacológica y sociocultural.....	49
2.2. Drogas y sexo: perspectiva sociocultural.....	50
2.3. Prevalencia y riesgos del ‘slamming’ en el contexto de chemsex .	51
2.4. El fenómeno de las NPS (New Psychoactive Substances)	52
2.5. Principales drogas utilizadas en contextos de chemsex	53
2.5.1. <i>Metanfetamina</i>	54
2.5.1.1. Aspectos generales.....	54
2.5.1.2. Aspectos farmacológicos y neurobiológicos.....	56
2.5.1.3. Efectos.....	56
a. Agudos.....	56
b. Efectos adversos a largo plazo y toxicidad...	57
2.5.2. <i>GHB (Gamma-hidroxibutirato) /GBL (Gamma-butirolactona)</i>	57
2.5.2.1. Aspectos generales.....	57

2.5.2.2.	Aspectos farmacológicos y neurobiológicos.....	58
2.5.2.3.	Efectos agudos	58
2.5.2.4.	Problemas específicos	59
a.	Sobredosificación.....	59
b.	Dependencia.....	60
2.5.3.	<i>Mefedrona (4-Metilmetcatinona, 4-MMC)</i>	60
2.5.3.1.	Aspectos generales.....	60
2.5.3.2.	Aspectos farmacológicos	61
2.5.3.2.	Problemas específicos	61
a.	Efectos adversos y toxicidad.....	61
b.	Adulteración.....	62
2.5.4.	<i>Otras sustancias</i>	63

CAPÍTULO 3. SALUD FÍSICA EN EL CHEMSEX

OSKAR AYERDI AGUIRREBENGOA

Centro Sanitario Sandoval, IdISSC, Hospital Clínico San Carlos, Madrid

EVA ORVIZ GARCÍA

Centro Sanitario Sandoval, IdISSC, Hospital Clínico San Carlos, Madrid 71

3.1.	Anamnesis sexual	71
3.2.	Implicaciones para la salud física	74
3.2.1.	<i>Infecciones de transmisión sexual</i>	74
3.2.1.1.	Introducción	74
3.2.1.2.	Manejo diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes por ITS.....	76
a.	Uretritis.....	76
b.	Orquiepididimitis	77
c.	Cervicitis.....	77
d.	Proctitis, colitis y enteritis	78
e.	Úlceras genitales	79
e.1.	Virus herpes genital.....	80
e.2.	Sífilis	81
e.3.	Mpox	81
f.	Infecciones parasitarias.....	82
3.2.1.3.	Estudio de contactos de las ITS	83
3.2.2.	<i>Piel y partes blandas asociadas a la zona de administración de sustancias y sus complicaciones</i>	83
3.2.3.	<i>Cuerpos extraños y perforación colónica</i>	84
3.2.4.	<i>Intoxicación y sobredosis</i>	85
3.3.	Medidas de cribado de ITS/VHC en usuarios de chemsex.....	88
3.4.	Estrategias de prevención e intervención.....	90
3.5.	Criterios de alarma en personas que practican chemsex.....	94

CAPÍTULO 4. LA INFECCIÓN POR VIH Y CHEMSEX

JESÚS TROYA GARCÍA

<i>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Leonor</i>	99
4.1. Impacto de la práctica de chemsex en la transmisión del VIH	99
4.2. Evolución de la infección por VIH en personas usuarias de chemsex ...	101
4.2.1. <i>Esfera psíquica</i>	101
4.2.2. <i>Esfera física</i>	102
4.2.2.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)	102
4.2.2.2. Infecciones asociadas a uso de drogas intravenosas ..	102
4.2.2.3. Adherencia al tratamiento	103
4.2.2.4. Interacciones farmacológicas	103
4.3. Chemsex y tratamiento antirretroviral	104
4.3.1. <i>Impacto de las interacciones farmacológicas</i>	104
4.3.1.1. ARV que utilizan cobicistat y ritonavir como potenciadores (elvitegravir e inhibidores de la proteasa)	104
4.3.1.2. Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN)	105
4.3.1.3. Inhibidores de la Integrasa	105
4.3.1.4. Principales interacciones entre sustancias y ARV	106
4.3.2. <i>Impacto sobre la adherencia</i>	107
4.4. Evaluación de la infección por VIH en personas usuarias de chemsex	109
4.5. Estrategias de prevención e intervención para la prevención de la transmisión del VIH	112
4.5.1. <i>Intervención basada en educación y concienciación</i>	112
4.5.2. <i>Intervención asistencial</i>	112
4.5.2.1. Diagnóstico y atención médica	112
4.5.2.2. Profilaxis pre-exposición (PrEP)	113
4.5.2.3. Profilaxis pre-exposición (PrEP)	114
4.5.3. <i>Intervenciones psicosociales</i>	117
4.5.4. <i>Reducción de daños y suministro de material estéril</i>	118
4.5.5. <i>Intervención a través de comunidades y organizaciones</i>	118

CAPÍTULO 5. SALUD SEXUAL Y SEXUALIDAD EN CHEMSEX

ALICIA GONZÁLEZ BAEZA

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid

IOSU AZQUETA CHOCARRO

Apoyo Positivo

MAR J. F. OLLERO

<i>Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid</i>	125
5.1. Sexualidad, erótica, identidad y orientación sexual	125

5.2. Principales dificultades y motivos de consulta en la esfera sexual	127
5.2.1. <i>Conductas sexuales de riesgo y adquisición de infecciones de transmisión sexual</i>	127
5.2.2. <i>Dificultades con el consentimiento y los límites sexuales ...</i>	128
5.2.3. <i>Problemas en la respuesta sexual</i>	129
5.2.4. <i>Problemas con la intimidad y la identidad sexual</i>	132
5.3. Evaluación de la sexualidad y salud sexual.....	133
5.4. Intervención en sexualidad y salud sexual.....	143
5.5. Conclusiones.....	148

Capítulo 6. Salud social en el CHEMSEX

RAÚL SORIANO OCÓN

<i>Sociólogo y sexólogo. Consultor en chemsex</i>	155
6.1. Contexto sociocultural y cultura sexual gay.....	155
6.1.1. <i>Prácticas sexuales, settings y argot</i>	157
6.1.2. <i>La visibilización y naturalización del consumo</i>	157
6.1.3. <i>La hipersexualización del ocio</i>	158
6.1.4. <i>Los circuitos internacionales de ocio gay</i>	158
6.2. Factores de riesgo y de protección.....	159
6.3. Implicaciones para la salud social	161
6.4. Evaluación de la situación social	162
6.5. Estrategias de prevención e intervención social	164
6.6. Estrategias para la detección precoz y para trabajar la franja intermedia: cribado, <i>drop-in</i> y <i>outreach</i>	166

CAPÍTULO 7. SALUD PSICOLÓGICA EN EL CHEMSEX

MANUEL GÁMEZ-GUADIX

<i>Profesor Titular. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud Universidad Autónoma de Madrid</i>	171
7.1. Ajuste psicológico en las minorías sexuales y chemsex.....	173
7.2. El Modelo de Estrés en Minorías.....	174
7.3. Factores de riesgo y de protección.....	175
7.4. Resiliencia.....	180
7.5. Evaluación de la salud mental	181
7.6. Estrategias de prevención e intervención psicológicas	183
7.6.1. <i>Prevención de consecuencias negativas y reducción de riesgos</i>	184
7.6.2. <i>Asesoramiento Psicológico</i>	184
7.6.3. <i>Intervención psicológica o médica específica</i>	185
7.7. Conclusiones.....	186

CAPÍTULO 8. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y MINIMIZACIÓN DE DAÑOS EN CHEMSEX

HELEN DOLENGEVICH SEGAL

Programa de Patología Dual. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario del Henares. Universidad Francisco de Vitoria. Sociedad Española de Patología Dual

BEATRIZ RODRÍGUEZ SALGADO

Psiquiatra. Hospital Ramón y Cajal

JAVIER CURTO RAMOS

<i>Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental. Hospital Universitario La Paz. Programa Sexo, Drogas y Tú, Apoyo Positivo, Madrid.....</i>	191
8.1. Uso responsable de drogas.....	191
8.2. Recomendaciones antes de acudir a una sesión.....	194
8.2.1. Información	194
8.2.2. Actividad física, sueño y alimentación. Diversificación de placeres.....	195
8.2.3. Planificación y establecimiento de límites	195
8.2.4. Salud sexual.....	195
8.2.5. Preparación para la sesión	196
8.3. Recomendaciones durante la sesión	196
8.3.1. Monitorización del consumo y pausas o descanso.....	196
8.3.2. Uso de lubricantes, preservativos, juguetes sexuales, parafernalia de consumo.....	196
8.3.3. Consentimiento	196
8.3.4. Sustancias utilizadas	197
8.4. Recomendaciones después de la sesión	198
8.4.1. Uso de PPE y cribado de ITS.....	198
8.5. Inyección de drogas	198
8.6. Aspirar, fumar o inhalar drogas	200
8.6.1. Aspirar drogas: vía intranasal	200
8.6.2. Fumar o inhalar drogas: vía pulmonar.....	201
8.7. Servicios de análisis de drogas	202
8.8. Primeros auxilios	203
8.8.1. Pérdida de conciencia.....	203
8.8.2. Síndrome de abstinencia a GHB/GBL.....	204
8.8.3. Síntomas psicóticos	204
8.8.4. Agresiones sexuales.....	205
8.8.5. Reacciones alérgicas	205
8.8.6. Priapismo	205
8.8.7. Infección por VIH.....	205
8.8.8. Síntomas respiratorios, cardiacos, hemorragias	206
8.8.9. Accidentes, heridas, cortes, hemorragias.....	206

Capítulo 9. ATENCIÓN DEL CHEMSEX DESDE LOS RECURSOS ASISTENCIALES

PÚBLICOS Y COMUNITARIOS

Joan Colom

Subdirector General de Adicciones, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Víricas. Agencia de Salut Pública de Catalunya. Departamento de Salut. Generalitat de Catalunya

ANA ISABEL IBAR

Responsable del Área de proyectos y recursos en prevención y reducción de daños. Subdirección General de Adicciones, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis Víricas. Agencia de Salut Pública de Catalunya. Departamento de Salut. Generalitat de Catalunya

.....	209
9.1. Información y asesoramiento	209
9.2. Prevención	210
9.3. Detección y orientación	212
9.3.1 Situaciones de crisis	212
9.3.2 Chemsex problemático.....	214
9.4. Formación	215
9.5. Asistencia.....	216
9.5.1 Adicciones.....	217
9.5.2 Salud mental	218
9.5.3 Salud sexual.....	218

CAPÍTULO 1

APROXIMACIÓN AL CHEMSEX

DANIEL ÍNCERA FERNÁNDEZ

En este primer capítulo se presenta una aproximación a los conceptos «uso recreativo de drogas», «uso sexualizado de drogas», y «chemsex», así como su desarrollo histórico. A continuación, se prosigue con una revisión sobre la prevalencia y el perfil sociodemográfico de los participantes en el chemsex. En último lugar se realiza una descripción sobre los medios, contextos, y motivaciones que subyacen a las sesiones de chemsex.

1.1. USO RECREATIVO DE DROGAS, USO SEXUALIZADO DE DROGAS Y CHEMSEX

El «uso recreativo de drogas» (URD) es un importante problema de salud pública que se relaciona con el consumo de una o varias sustancias entre la población general. Su uso se ha relacionado con crear, mejorar o intensificar una experiencia recreativa, o con otros propósitos casuales o pasatiempos, y no por razones médicas (1,2). Algunas sustancias empleadas en contextos recreativos han sido consumidas de forma regular por una cantidad significativa de la población, y se han asumido como parte de un comportamiento socialmente aceptado (p. ej., el alcohol, la nicotina y/o la cafeína). Entre las sustancias consumidas en contextos recreativos también se encuentran aquellas catalogadas en los tratados de fiscalización internacional de drogas vigentes (p. ej., cannabis, cocaína, y heroína), como la Convención Única sobre Estupefacientes (3), la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas (4), y el Convenio sobre Sustan-

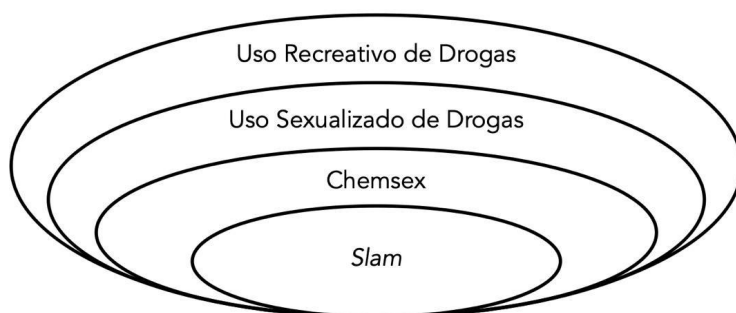
cias Psicotrópicas (5). Estas sustancias pueden clasificarse según el efecto que producen en el sistema nervioso central como estimulantes, depresoras o alucinógenas. Según su origen, pueden ser naturales o sintéticas. Según su situación legal, pueden ser lícitas o ilícitas. Si se trata de nuevas drogas, conforman el grupo de sustancias emergentes o nuevas sustancias psicoactivas (6). Aunque el URD normalmente se ha asociado a usos ocasionales o moderados (p. ej., en fiestas, festivales de música, y/o eventos concretos), algunas personas pueden presentar consumos compulsivos en diversos contextos a pesar de sus consecuencias negativas (7). Entre estos contextos encontramos el festivo (8,9), el deportivo (10,11), el artístico (12,13), y/o el sexual (14,15), entre otros. Es de destacar que, aunque el URD puede estar asociado a la actividad sexual, esta relación puede ser incidental en lugar de intencional. Por ejemplo, imaginemos el caso de una pareja que consume ciertas sustancias en un contexto festivo con el objetivo de mejorar la experiencia lúdica y, posteriormente, mantienen relaciones sexuales. Esta asociación entre consumo de sustancia y sexo parece ser más improvisada que planificada, como sucede en el consumo de drogas con fines sexuales.

Por su parte, el «uso sexualizado de drogas» (USD) es un tipo de URD que se caracteriza por el consumo intencional de sustancias en contextos sexuales, principalmente asociado con hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) (15–17). Este tipo de consumo no es propio ni único de los GBHSH. No obstante, existen evidencias que apuntan a que el USD es más común entre el colectivo de personas lesbianas, gais, trans, bisexuales, y otras identidades sexuales y de género (LGTB+), en comparación con las comunidades heterosexuales (18–20).

Algunos estudios señalan que el consumo de sustancias psicoactivas induce un aumento del deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres, con independencia de su género y orientación sexual (21,22). Como señalan Lawn et al. (23, p.10) el USD «no se limita a los hombres que tienen sexo con otros hombres homosexuales en el contexto del chemsex», cuestión por la que en los últimos años algunos estudios también han analizado el consumo de sustancias en contextos sexualizados en hombres y mujeres heterosexuales (24–29). Uno de los primeros estudios en analizar el consumo de drogas en estos contextos fue el llevado a cabo por Molitor et al. (30) en Sacramento (California), con una muestra de 258.567 participantes. Estos autores encontraron que el 4,4% de los hombres heterosexuales consumidores de metanfetamina lo hacía durante las relaciones sexuales, frente al 2,4% de los hombres homosexuales. En España, el primer estudio en analizar la prevalencia y las diferencias de sexo entre personas heterosexuales que hacían USD fue el desarrollado por Íncera-Fernández et al. (25). En dicho estudio se halló que aproximadamente el 12% de los 1.181 participantes en su investigación se habían implicado en el USD en los 18 meses previos. El alcohol, el cannabis y la 3,4- metilendioxitetanfetamina (MDMA) fueron las sustancias más utilizadas con fines sexuales. Asimismo, el USD se relacionó con tener más parejas sexuales, mantener sexo con penetración sin

condón, practicar algún fetiche, haber sido diagnosticado de sífilis, clamidia u otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y presentar síntomas de depresión (no de ansiedad), tanto en hombres como en mujeres. Otro estudio señaló que casi la mitad (46%) de los *swingers*, (parejas heterosexuales y/o bisexuales, sexualmente activas, con una edad media alta, que tienen sexo con otras parejas, y/o con solteros/as), informaron haber consumido diferentes drogas con fines sexuales (31). De la misma forma, diversas investigaciones informaron que el consumo de alcohol y drogas en contextos sexuales también es relativamente común entre las trabajadoras sexuales y sus clientes (32,33), así como entre algunas mujeres lesbianas (24,34). En suma, el USD podría presentarse en diferentes contextos, en cuanto su orientación, identidad, o diferente condición sexual (p. ej., personas que hacen intercambios de parejas, GBHSH que se implican en el chemsex, mujeres en situación de prostitución, y/o trabajadores sexuales). El USD incluye el fenómeno del «chemsex» (35), como puede verse en la Figura 1. El término chemsex es el resultado de la unión de dos palabras inglesas «*chemical*» y «*sex*». Por su parte, el «*slam*» o «*slamsex*» sería el subtipo de chemsex en el que la administración de drogas se realiza empleando la vía intravenosa.

FIGURA 1. DIFERENTES TIPOS DE USO DE SUSTANCIAS.



En la actualidad no existe una definición unánime para definir el chemsex (36). No obstante, varios autores han coincidido en conceptualizar el chemsex como un tipo particular de USD vinculado al consumo intencionado de una o varias sustancias, generalmente psicoactivas (p. ej., GHB/GBL, mefedrona, metanfetamina, cocaína, y/o MDMA), para facilitar, intensificar, desinhibir, y/o prolongar la experiencia sexual entre GBHSH (15,35). Aunque, como se ha comentado, en la literatura disponible difícilmente se podría argumentar que existe una definición acordada y universalmente aceptada de chemsex (37), el documento final del *2nd European Chemsex Forum* propone una definición de consenso conceptualizando el chemsex como «un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gays,

bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres, y personas trans y no binarias que participan en la ‘cultura de sexo casual o sin compromiso’ gay» (38, p.4). Otros autores prefieren desligarse del «efecto de las drogas» y definen el chemsex como «*distinct set of cultural practices that ultimately emerge from particular historical, social and material contexts*», es decir, como un «conjunto diverso de prácticas culturales que, en última instancia, emergen de contextos históricos, sociales y materiales particulares» (28, p.8).

Con la aparición del chemsex, muchos HSH comenzaron a solicitar asistencia en servicios especializados en adicciones. Sin embargo, no todos los equipos contaban con las competencias culturales necesarias para abordar adecuadamente esta práctica, incluyendo tanto sus particularidades sexuales como no sexuales. Como señaló Stuart (39, p.6) «la falta de una definición hizo que muchos hombres homosexuales que buscaban apoyo con respecto al chemsex se sintieran muy solos, incomprendidos, mal identificados y derivados hacia servicios asistenciales que no lograron abordar de manera competente las raíces culturales sexuales de la comunidad gay». En este sentido, algunas de las definiciones del chemsex se han limitado principalmente a describir los propósitos sexuales de los participantes en las sesiones, descuidando aquellas motivaciones no estrictamente sexuales, que también reportan algunos usuarios (14).

Asimismo, la mayoría de las investigaciones sobre el chemsex se han centrado en analizar este fenómeno principalmente entre la población de GBHSH, lo que podría generar que una parte importante de personas pertenecientes al resto del colectivo de LGTBIQ+ no se consideren a sí mismas como parte de la escena del chemsex, y puedan minimizar los posibles riesgos a los que podrían exponerse. En este sentido, surgen algunos interrogantes en los que convendría profundizar. La historia de victimización de las mujeres lesbianas (40,41), ¿ha sido tan diferente a la de los GBHSH? El hecho de que su práctica de USD sea menos frecuente en esta población, y haya sido menos abordada (24,34), por el momento, ¿quiere decir que no pueda asociarse a implicaciones similares? Del mismo modo, se ha prestado escasa atención a analizar el consumo de drogas con fines sexuales entre las personas trans y no binarias. De hecho, apenas el 2% de los artículos científicos publicados hasta ahora han explorado las implicaciones del chemsex en personas trans. Por otro lado, restringir la práctica del chemsex fundamentalmente a GBHSH podría convertirse en un gran obstáculo para que estos grupos (p. ej., personas lesbianas, trans, o no binarias) pudieran beneficiarse de la implementación de respuestas adecuadas de salud pública, como el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo, sea tanto USD como chemsex. Las principales diferencias entre el uso sexualizado de drogas y el chemsex se resumen en la tabla 1.

TABLA 1. DIFERENCIAS ENTRE USO SEXUALIZADO DE DROGAS Y CHEMSEX.

	Uso sexualizado de drogas	Chemsex
General	Subtipo de URD	Subtipo de USD
Población	Cualquier persona, con independencia del género y orientación sexual (p. ej., personas <i>swingers</i> , GBHSH, personas trans y no binarias, trabajadores/as sexuales, consumidores de pornografía).	GBHSH, personas trans y no binarias (38).
Motivaciones	Desinhibirse y sentir menos vergüenza. Evadirse y/o divertirse (25).	Prolongar la actividad sexual. Mejorar el rendimiento sexual. Facilitar vínculos emocionales y sociales con GBHSH. Vía de escape a situaciones personales difíciles (14).
Sustancias	Alcohol, cannabis, MDMA, éxtasis, entre otras (25).	GHB/GBL, mefedrona, metanfetamina, poppers, medicamentos para la disfunción eréctil, entre otras (14).
Prácticas	> 20 parejas sexuales en los últimos 24 meses (2,7% de los/as participantes) (25). Fetichismo, sadomasoquismo, <i>barebaking</i> (25).	> 20 parejas sexuales en los últimos 12 meses (45,5% de los participantes) (57). <i>Barebaking, BDSM, Fisting, Slam</i> (57).
ITS	Diagnóstico de ITS en los últimos 24 meses (11,6%) (25).	Diagnóstico de ITS en los últimos 18 meses (55,6%) (57).

Como una aportación al debate, y teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, una definición más inclusiva del chemsex contemplaría el consumo más o menos planificado e intencionado de sustancias específicas por parte de LGTBIQ+, con el objetivo de mejorar la experiencia sexual (p. ej., como un modo de prolongar la práctica sexual, potenciar el deseo, la excitación, el placer, la resistencia, y/o la desinhibición sexual), pudiendo implicar otros propósitos no sexuales (p. ej., como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo para gestionar la angustia psicológica, la ansiedad o depresión, adicción a las propias sustancias, la homonegatividad interiorizada, y/o el aislamiento social), íntimamente conectados a la idiosincrasia de sus contextos (p. ej., tipos de uso de las aplicaciones de contactos de geolocalización, particularidades en la organización de las sesiones, o la disponibilidad y permisividad hacia el consumo de drogas). Esta definición, más abierta, permitiría mejorar la descripción, comprensión y abordaje del fenómeno.

Las primeras aproximaciones académicas al fenómeno asociaron el chemsex a un conjunto limitado de sustancias (GHB/GBL, mefedrona, metanfetamina) (35,42–45). Sin embargo, el chemsex está construido socialmente en función de las preferencias de los usuarios, la disponibilidad de las sustancias, la accesibilidad a las mismas, la capacidad económica de los consumidores, la popularidad temporal de determinadas drogas, así como la síntesis de nuevas sustancias psicoactivas. Por ejemplo, la aparición de drogas (p. ej., n-etil-hexedrona, 3MMC, 6APB, y/o 4-AcO-DMT) empleadas en el chemsex evoluciona continuamente, lo que no nos permitiría restringir la práctica a un conjunto limitado de sustancias. Por todo ello, las relaciones sexuales mantenidas bajo el consumo de un conjunto limitado de sustancias no definen al chemsex.

En la literatura actual podemos encontrar frecuentemente el uso de los términos USD y chemsex para referirnos al mismo fenómeno. Sin embargo, conviene señalar que no todo USD se lleva a cabo en los contextos del chemsex. Esto se debe a que son algunas de las singularidades del sexo y la cultura gay las que realmente definen el fenómeno chemsex que ha surgido en las últimas décadas. En el chemsex se aprecian circunstancias epidemiológicas únicas con patrones de consumo y comportamientos sexuales particulares que lo diferencian de otros USD en otras poblaciones (46). La comprensión del chemsex no puede desligarse, por tanto, de las circunstancias que afectan a los GBHSH que lo practican y a su forma de vivir su sexualidad (47). Esto incluye un conjunto de elementos entre los que se encuentran la tolerancia y alta permisividad hacia el uso de drogas; su elevada accesibilidad dentro de este colectivo, facilitada además por el uso de aplicaciones de contactos de geolocalización; la alta presión de grupo (explícita o encubierta) hacia el consumo; la cultura de las tecnologías que favorecen el sexo casual; la serofobia y el trauma que ha experimentado este colectivo debido, al menos en parte, a la epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA); las vivencias de homofobia; así como la importancia de compartir actividades ritualizadas dentro de un colectivo ampliamente estigmatizado (38,39).

Actualmente son numerosas las investigaciones que han relacionado el uso de sustancias para mejorar la experiencia sexual con conductas sexuales de riesgo (48) y, con ello, una mayor probabilidad de contraer ITS (49,50), incluido el VIH (51). Además, el chemsex también puede estar asociado con una baja satisfacción con la vida y con la autoeficacia sexual (52), así como implicaciones para la salud mental como la depresión y la ansiedad (53–55). No obstante, es importante subrayar que, al igual que sucede en el URD, solo una parte de los GBHSH que participan en el chemsex (y no todos los que lo practican), presentan un empeoramiento de su salud física y/o mental. En este sentido, Gámez-Guadix et al. (56) no encontraron diferencias significativas en sintomatología ansiosa y depresiva entre quienes participaban en estas sesiones y quienes no lo hacían. Además, los GBHSH que se implicaban en el chemsex tenían significativamente más probabilidades de emplear estrategias biomédicas de prevención del VIH que aquellos que no participaban en estas sesio-

nes (57). Esto parece sugerir que estos hombres presentan una mayor percepción sobre los potenciales riesgos de practicar chemsex, así como un mayor conocimiento de las estrategias de prevención del VIH. Estos resultados van en sintonía con los reportados en el URD, donde no todas las personas que hacen un URD desarrollan complicaciones en su salud (58).

La cobertura mediática del chemsex cae casi de forma sistemática en el sensacionalismo y el alarmismo, generando un «pánico moral» que patologiza no solo a la práctica sino también a las personas que lo practican. En los medios de comunicación son frecuentes titulares como «*Del chemsex a la psicosis [...]*» (59), «*El 'chemsex' se dispara en Madrid: los adictos aumentan un 602% en cuatro años*» (60), «*El 'chemsex' dispara la patología de transmisión sexual*» (61), «*Psicosis, depresión o ansiedad: así puede afectar el 'chemsex' a la salud mental*» (62), o «*El Ministerio de Sanidad financia y aloja en su web una guía para consumir drogas chemsex*» (63). Cabría preguntarse si esta estigmatización del chemsex es comparable a la que reciben aquellas personas heterosexuales que hacen un URD puntual u ocasional.

Las posibles implicaciones del chemsex dependerán de múltiples circunstancias, como frecuencia de consumo, dosificación, vías de administración, consumo de drogas premórbido, entre otras variables. No todos los GBHSH parten del mismo punto ni tienen las mismas vulnerabilidades (64). Además, sus patrones de consumo y conductas sexuales pueden variar ampliamente (65).

En un estudio desarrollado en España, Íncera-Fernández et al. (14, p.9) señalaron que el 36,8% de los participantes en el chemsex lo percibió como «una forma de disfrutar, conocer gente, sentirse bien y pasarlo bien» y un tercio (33,0%) no lo apreció como problemático. Estos autores también encontraron que, quienes practicaban chemsex con mayor frecuencia, lo percibían en mayor medida como un problema que querían controlar y que afectaba a sus vidas, en comparación con quienes lo practicaban con menor regularidad. También indicaban que los hombres que practicaban chemsex puntual o moderadamente tenían más probabilidades de informar que no era un problema para ellos. Así, en el uso más intenso pueden percibirse consecuencias negativas derivadas de la práctica, mientras que un uso moderado o puntual puede sentirse como de bajo riesgo. Esto podría deberse a que el uso habitual de chemsex podría limitar la capacidad percibida de gestionar el consumo. En este sentido, el efecto de algunas drogas sobre el control y la minimización de riesgos podría contribuir a una mayor dificultad para moderar el consumo de drogas (66) y, por tanto, favorecería una peor autopercepción del chemsex. También, los problemas previos en el control inhibitorio podrían conducir a un uso más agudo de drogas con fines sexuales. Esto se refiere a la capacidad de inhibir reacciones dominantes o automáticas (67), es decir, las dificultades para controlar el consumo podrían aumentar la vulnerabilidad al consumo compulsivo de drogas y, por tanto, su autopercepción.

Este fenómeno también se ha denominado «*Party and Play*» en Norteamérica y en Australia (abreviado como «*PnP*») (68,69), «*chemfun*» (70), «*intensive sex party*» (71), «*4/20*» (72), «*chill outs*» (42), o «*wired sex*» (73). En España también existe un

argot propio para referirse al chemsex. Por ejemplo, en las aplicaciones de contactos de GBHSH se incluyen términos como «sesión», «chuches», «vicio», «colocón», «chems», «lío», «chill» o «guarrichill» (74). Estos términos, aunque frecuentemente son empleados para referirse al mismo fenómeno pueden presentar ciertas particularidades. Por ejemplo, los «chill» en España se refieren a reuniones entre GBHSH que han salido a alguna discoteca y que se reúnen en una casa para dar continuidad a la fiesta. A diferencia de Reino Unido, los *chills* no tienen un carácter puramente sexual, pueden ser solo una reunión entre amigos, aunque los efectos de las drogas en las reuniones entre desconocidos suelen desembocar en prácticas sexuales. Por su parte, el «guarrichill» es la unión de las palabras «guarro» y «chill». A diferencia del *chill* donde no tiene por qué darse el sexo, en este encuentro suelen asociarse el sexo con las drogas, el alcohol y la música. En el resto de Europa este concepto no existe.

1.2. BREVE DESARROLLO HISTÓRICO DEL USO SEXUALIZADO DE DROGAS

El USD no puede considerarse un fenómeno nuevo, ya que el uso de drogas y su asociación con contextos sexuales es conocido desde hace décadas (75,76). Algunos informes clínicos ya informaban en los años 30 del siglo XX de los posibles efectos de las anfetaminas sobre la libido y las funciones sexuales (77–79). Poco después de su introducción generalizada en el uso clínico, varios médicos informaron que sus pacientes experimentaron un aumento de la libido después de consumir anfetaminas (80–82). Autores como Herz (83) llevaron a cabo estudios en los que analizaban el papel del sexo y las drogas como medio para gestionar las tensiones sociales de la época entre estudiantes universitarios de EE.UU. En su estudio, Schiørring (84) entrevistó a 50 usuarios de anfetaminas que estaban en tratamiento por sus problemas con el consumo de drogas. El 85% de ellos afirmaron experimentar fuertes estimulaciones sexuales después de tomar anfetaminas. Además, de los 18 hombres que usaron la vía intravenosa para consumir drogas, 10 afirmaron que la anfetamina les causó una erección.

Aunque algunos estudios hasta la década de los 70 ya habían analizado la relación entre algunas sustancias psicoactivas y el sexo, no fue hasta la aparición en EE. UU. del VIH/SIDA a principios de la década de 1980 cuando se intensificó su estudio sobre la sexualidad, en concreto sobre las prácticas sexuales de riesgo. Desde el comienzo de la epidemia, el uso y abuso de las drogas intravenosas estuvo vinculado al VIH/SIDA (85– 87). Más tarde también se investigó la relación entre el consumo de sustancias y la propagación del VIH al aumentar la probabilidad de tener relaciones sexuales sin emplear estrategias de profilaxis (88,89). En un estudio prospectivo llevado a cabo en hombres homosexuales en San Francisco, Stall et al. (90) examinaron la asociación entre el uso de drogas y alcohol durante las relaciones sexuales. Estos autores hallaron que el uso de determinadas drogas durante la práctica sexual, el número de drogas utilizadas durante dicha actividad,

y la frecuencia de combinar drogas y sexo, estaban asociados positivamente con el riesgo de contraer el VIH.

A finales del siglo XX ya era utilizado el término «*Chems*» entre algunos hombres homosexuales en Londres para referirse a sustancias como el GHB/GBL (también conocido como «nitrato azul») y la metanfetamina, esta última principalmente consumida por GBHSH con mayor poder adquisitivo. Ambas drogas empezaron a consumirse en los círculos donde estas sustancias eran conocidas como «club chemsex». En estos contextos el consumo compartido de sustancias como la metanfetamina, así como el estigma por pertenecer a una minoría sexual, eran motivo de comunión entre muchos consumidores (39).

Tanto el GHB como la metanfetamina no se consideran nuevas sustancias psicoactivas ya que fueron sintetizadas en el siglo XIX y posteriormente empleadas con fines clínicos en el siglo XX. El GHB se sintetizó por primera vez en año 1874 (91). Más tarde, en la década de 1960, el francés Henri Laborit lo sintetizó como anestésico, pero su uso en este ámbito fue limitado debido a la alta incidencia de efectos adversos, principalmente vómitos y convulsiones (92). Hoy en día es utilizado terapéuticamente para el tratamiento de la narcolepsia (93), como oxibato de sodio, y para el abuso/abstinencia de alcohol (94,95). Por su parte, la metanfetamina fue sintetizada por primera vez a partir de efedrina por el químico japonés Nagayoshi Nagai en 1893. En sus inicios se utilizó como descongestivo nasal e inhalador bronquial. Actualmente la metanfetamina es utilizada en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la obesidad y la narcolepsia (96). En la literatura estas sustancias se han identificado comúnmente como «drogas chemsex» debido a su capacidad para mejorar la confianza sexual, la excitación, la resistencia, la intimidad, y facilitar la desinhibición (35,94,97,98). La mefedrona, en cambio, se encuadra dentro de las nuevas sustancias psicoactivas, pues su distribución se inició en torno al año 2006, siendo popular en Inglaterra más allá de las comunidades homosexuales (99–101). En contextos sexuales la mefedrona se caracteriza por aportar grandes dosis de placer y desinhibición, por lo que rápidamente comenzó a consumirse en los contextos de chemsex londinenses (39).

Con la publicación del artículo «*Sexualised drug use by MSM: background, current status and response*» por David Stuart (17) y un año más tarde el «*The Chemsex Study*» por parte de Adam Bourne et al. (68), se dio a conocer a nivel científico un fenómeno del que se objetivaban particularidades respecto a los patrones de consumo del USD y del que se disponía de escasa información. Stuart (17) alertaba que en los 5 años previos a su estudio el uso sexualizado de metanfetamina, mefedrona y GHB/GBL se estaba convirtiendo en una amenaza para la salud y el bienestar de una parte de GBHSH residentes en el Reino Unido. Por su parte, Bourne et al. (68) llevaron a cabo un análisis de la *European MSM Internet Survey* (EMIS-2010) y un conjunto de 30 entrevistas entre hombres gais residentes en el sur de Londres que informaron haber participado en el chemsex en el último año. En este estudio Bourne y sus colegas informaban cambios en las tendencias en el consumo de drogas entre algunos GBHSH, tanto en el tipo de drogas consumidas como en la forma en la que

se consumían. Ambas investigaciones son consideradas actualmente las precursoras del estudio sobre el chemsex.

En España uno de los primeros estudios en analizar los hábitos de consumo de drogas psicoactivas asociados al chemsex fue la «Aproximación al Chemsex en España 2016», realizado por las ONG Apoyo Positivo e Imagina Más. Esta investigación se llevó a cabo en todo el territorio nacional y contó con la participación de un grupo de 486 GBHSH que se habían implicado en el chemsex en los últimos 12 meses. El estudio tuvo como objetivo conocer la magnitud del chemsex en España, así como diseñar acciones dirigidas a la reducción de daños y promoción de la salud en los GBHSH que se implican en estas sesiones (102).

1.3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La prevalencia del chemsex varía dentro de la población general de GBHSH, estando condicionada a los datos de subpoblaciones específicas (103). En este sentido los datos de prevalencia sugieren que el chemsex presenta grandes diferencias entre los distintos estudios, oscilando entre el 10% y el 94% (104), proporcionando una visión heterogénea del fenómeno. La amplia dispersión de la prevalencia del chemsex puede deberse a varias razones, entre las que se encuentran la falta de uniformidad en las definiciones utilizadas, como las basadas en el tipo de sustancias analizadas. Por ejemplo, García-Pérez et al. (105) hallaron que la prevalencia del chemsex, analizando un grupo amplio de sustancias (p. ej., cocaína, MDMA, poppers, mefedrona, cannabis, y metanfetamina), era del 26,5%, mientras que en otro estudio, empleando una definición más conservadora del chemsex restringida a un conjunto limitado de sustancias (mefedrona, metanfetamina y/o GHB/GBL), la prevalencia era del 5.2% (16). Respecto a esta cuestión, algunos estudios han optado por proponer una pregunta abierta sobre la variedad de sustancias psicoactivas consumidas por los participantes antes o durante las relaciones sexuales, en lugar de una lista cerrada de sustancias, para evitar posibles sesgos de respuesta entre los participantes (52). Por otro lado, diferentes periodos de estudio considerados (p. ej., práctica del chemsex en los últimos 3 meses, en los últimos 6 meses, o en el último año) también podrían estar detrás de las diferencias en la prevalencia. En este sentido, Sewell et al. (106) informaron que el 21.8% de los participantes habían señalado el uso de drogas en los tres meses anteriores, mientras que Evers et al. (107) encontraron una prevalencia del 44% cuando estudiaron un periodo más amplio de tiempo, de seis meses. Al analizar diferentes vías de administración de las sustancias, como el *slam*, esta prevalencia también puede oscilar. Por ejemplo, autores como Laguno et al. (108) señalaron que cuando solo se analiza la vía de administración intravenosa la prevalencia era de apenas del 8%. Si únicamente contemplamos estudiar a una población con un perfil concreto, como las personas VIH positivas, la prevalencia del chemsex es mayor en comparación con quienes no han sido diagnosticados de VIH. En esta población

la prevalencia puede ascender hasta el 60% (109). Por último, los datos publicados se basan en gran medida en participantes en el chemsex reclutados en ámbitos clínicos (p. ej., clínicas de ITS, servicios hospitalarios de enfermedades infecciosas, y/o centros y servicios de adicciones), a través de organizaciones del tercer sector, y eventos LGTBIQ+, lo que podría limitar la generalización de resultados a muestras más amplias de GBHSH.

Teniendo en cuenta estas posibles limitaciones, los datos de la «Encuesta de hombres que tienen sexo con otros hombres reclutados a través de Internet» en EE. UU. (AMIS) (110) indicaron que, del total de los participantes (N=30.294), el 10,3% (n=3.113) informaron haber practicado chemsex en los últimos 12 meses. Resultados similares arrojó la última «Encuesta europea *online* para hombres que tienen sexo con hombres» (111), la cual reveló que el 14,1% de los participantes españoles (n=1.482) refirió haber consumido drogas estimulantes para intensificar o prolongar las relaciones sexuales en los últimos 12 meses, y el 7,6% (n=800) en las últimas 4 semanas. Estudios desarrollados en España ponen de manifiesto diferentes estimaciones de prevalencia. Por ejemplo, Guerras et al. (112) informaron que el 21.9% de sus participantes había practicado chemsex en los últimos 12 meses, mientras que Ruiz-Robledillo et al. (113) indicaron que un 40.6% de los encuestados lo habían practicado en el último año.

Estos datos sugieren la necesidad de analizar la evolución de las cambiantes tendencias de consumo del chemsex, así como de consensuar criterios homogéneos para su análisis (p. ej., definición de chemsex, sustancias analizadas, periodos de estudio considerados, diversas subpoblaciones o lugares de reclutamiento).

1.4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PARTICIPANTES

En los últimos años se está prestando atención a las tendencias de consumo, así como a los posibles factores protectores o facilitadores personales y sociales del consumo de drogas con fines sexuales (102,114). En este sentido, la edad, la región de nacimiento, el nivel educativo, y la situación laboral y sentimental, constituyen algunas de las variables más relevantes para la confección del perfil sociodemográfico del usuario de chemsex. Trabajos previos han permitido confeccionar el perfil del participante en estas sesiones. Estos usuarios se autoidentifican mayoritariamente como homosexuales en estudios llevados a cabo en diferentes contextos. Por ejemplo, en su investigación llevada a cabo en Canadá, Flores et al. (115) informaron que el 93,4% de los participantes se autoidentificó como homosexual. De forma similar, Íncera-Fernández et al. (57), en España, reportaron que el 85,4% de los participantes en su estudio se identificó como gay, mientras que un número menor se identificó como bisexual (9,7%), pansexual (atracción romántica o sexual hacia otros independientemente del género) (3,8%), u otra orientación sexual (<2%). La edad media de los participantes suele oscilar entre los 34 y los 40 años (105,116). Esto podría

deberse al hecho de que las personas más jóvenes tienen más probabilidades de informar sobre un consumo de sustancias vinculado a contextos recreativos en lugar de contextos sexuales. Estos datos también podrían atribuirse a un mayor deseo de buscar nuevas experiencias y sensaciones sexuales entre GBHSH de mayor edad (p. ej., prácticas sexuales menos convencionales y/o mayor intensidad sexual) (57). En cuanto al resto de variables sociodemográficas, la mayoría de usuarios en estas sesiones han completado estudios universitarios (64.5%) (114), se encuentran activos laboralmente en el momento de realizar la encuesta (79,6%) (117), y tienen más probabilidades de residir en poblaciones de más de 500.000 habitantes que quienes no lo practican (16).

Según la última encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombres GBHSH, el perfil de edad del usuario de chemsex es el de un hombre entre 25 y 44 años (79.4%), nacido en España (74.5%), residente en las comunidades autónomas más pobladas de España (80.1%), con estudios universitarios (64.5%), activo laboralmente (75.9%), y sin pareja estable en el momento de realización de la encuesta (58%) (114).

La naturaleza social y dinámica del chemsex requiere una constante revisión y actualización del perfil de usuario de drogas con fines sexuales en los diferentes territorios.

1.5. EL PAPEL DE LAS APLICACIONES DE CONTACTOS DE GEOLOCALIZACIÓN

La evolución de las innovaciones tecnológicas como la aparición de Internet, las aplicaciones informáticas para dispositivos móviles y tabletas (App), las redes sociales, y el desarrollo de la tecnología de geolocalización en los teléfonos inteligentes han cambiado la forma en que los GBHSH contactan entre sí. En el chemsex, las Apps (p. ej., Grindr®, Scruff®, MachoBB®) han resultado ser herramientas fundamentales en el desarrollo y popularidad del fenómeno entre los GBHSH (118,119). Gran parte de los estudios han informado que muchos GBHSH atribuyen el crecimiento del chemsex a la proliferación y uso de Apps y a la sencilla disponibilidad de las sustancias a través de estas redes (38,41,119–121). Además, algunos GBHSH indican que estas Apps normalizan el chemsex, favoreciendo el primer contacto con la práctica (123). En este sentido, un usuario de chemsex afirmaba que «Especialmente desde la llegada de las aplicaciones, la accesibilidad [a las sustancias] de los no habituados hace que sea más fácil implicarse en estas sesiones y, en última instancia, convertirse en consumidor» (124, p.57).

El término chemsex fue identificado por primera vez en la web para citas y contactos sexuales entre hombres homosexuales *Gaydar*® en el año 1999 (39). En la actualidad, las Apps de contactos de geolocalización forman parte de la cultura gay (125). Para muchos GBHSH las Apps se han convertido en la vía más frecuente para conocer a otros hombres o buscar sexo, filtrando los posibles contactos según sus

preferencias (p. ej., edad, prácticas sexuales y/o atributos físicos). En este sentido, Hibbert et al. (126) indicaban que el uso creciente de las Apps ha desplazado los espacios tradicionales u *offline* de encuentro de este colectivo. Otros autores también han señalado a estas Apps como las posibles responsables del aumento del cierre de bares y locales gays (127).

El uso de aplicaciones como *Grindr*®, *Scruff*®, *Wapo*®, *ChillApp*® o *MachoBB*® se ha relacionado con la búsqueda de parejas sexuales para participar en el chemsex, así como con la adquisición o venta de sustancias cuya transacción se realiza con un argot propio (39,121,122,125). Algunas de las expresiones observadas en los perfiles de estas Apps se refieren a determinadas preferencias o prácticas sexuales («*fisting*»), juegos con fluidos corporales («cerdeo»), duración («plan largo», «sin prisas»), intensidad («sexo a saco», «cañero»), sexo sin protección («a pelo», «BB»), o el consumo de sustancias por vía inyectada («*slam*»). En estas Apps también se encuentran numerosos comentarios en perfiles incluyendo expresiones como «drogas no» (74). En España, la «Aproximación al chemsex 2021» informó que la App *Grindr*® fue la más empleada por los 564 encuestados (78,0%), seguida de *Scruff*® (55,7%), *MachoBB*® (29,1%), *Instagram*® (28,2%), y *Wapo*® (23,4%).

Cabe destacar que algunos estudios han indicado que el uso de estas Apps, no solo puede desempeñar un papel relevante en facilitar la adquisición y consumo de drogas, sino que también en llevar a cabo comportamientos sexuales de riesgo, en una mayor dependencia en el consumo de sustancias, y en la frecuencia de diagnósticos de ITS como VIH, sífilis, clamidia y gonorrea (128–130). En este sentido, autores como Goedel y Duncan (131) llevaron a cabo un estudio en el que analizaban la relación entre las App de contactos de geolocalización y diferentes prácticas sexuales de riesgo entre GBHSH de la ciudad de Nueva York. Estos autores señalaron que el uso de aplicaciones entre GBHSH se asociaba al consumo de alcohol y otras drogas, y a relaciones sexuales anales sin condón. No obstante, otros trabajos no encontraron estas asociaciones (132).

Por otro lado, recientes investigaciones han propuesto que estas aplicaciones también pueden ayudar a desarrollar programas de promoción de la salud, utilizando la intervención en línea para acceder a una gran cantidad de hombres GBHSH que participan en estos encuentros. En este sentido, los participantes en chemsex parecen preferir buscar información sobre prácticas de reducción de daños principalmente en Internet o dentro de la comunidad (66). Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo entre GBHSH en Bélgica, Vanbaelen et al. (133) señalaron que las estrategias preferidas por los participantes en el chemsex para reducir los riesgos fueron el apoyo en línea a través de una App (37,3%), seguida del asesoramiento cara a cara con un profesional de la salud (30,5%). En este contexto, Platteau et al. (134) desarrollaron la App *Budd*® con el objetivo de mejorar la atención y apoyo a los GBHSH que participan en el chemsex en la reducción de los posibles riesgos y minimización de daños asociados a estas sesiones. Esta App proporciona información sobre las vías de ingestión y duración del efecto de diferentes sustancias empleadas en el chemsex,

una calculadora del riesgo de combinar sustancias, una encuesta sobre el estado del ánimo, indicaciones para el manejo de emergencias, y una herramienta para la planificación de las sesiones, entre otras funcionalidades (135). Gautam et al. (136), por su parte, dentro de la App *JomPrEP*® (destinada a mejorar el acceso a los servicios de prevención del VIH entre GBHSH de Malasia) incorporaron una función que permitía a los participantes en las sesiones de chemsex solicitar el «PartyPack». Este se entregaba de forma anónima y gratuita en el domicilio del usuario e incluía varios suministros (p. ej., preservativos y lubricantes para mantener relaciones sexuales más seguras, antisépticos para realizar el *fisting* con mayor seguridad, sales de rehidratación oral para prevenir la deshidratación, y diversos productos de higiene y diversión) para favorecer condiciones más seguras en la práctica del chemsex. Esta iniciativa tuvo una alta usabilidad y aceptabilidad entre los GBHSH que la solicitaron. Las Apps de contactos gais también pueden facilitar las conexiones con los servicios de salud sexual, incluidos los programas para el inicio de la Profilaxis Pre-exposición (PrEP) y la vinculación con el diagnóstico y tratamiento del VIH (137). Por ejemplo, algunos estudios han analizado el papel de estas Apps para la distribución de kits de autodiagnóstico del VIH en aquellas personas que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud sexual (138).

En España algunas instituciones ofrecen diferentes recursos a las personas que participan en el chemsex, como la asistencia en directo a través de cuentas de apoyo en diferentes App de contactos. Resulta necesario generalizar estas estrategias a través de las vías de comunicación más utilizadas entre los hombres GBHSH que se implican en el chemsex, como son las Apps.

1.6. CONTEXTOS Y DURACIÓN

En cuanto a los contextos donde se llevan a cabo las sesiones, estudios previos han señalado que normalmente ocurren en contextos privados (p. ej., casas particulares), pero también se suelen reportar lugares de sexo comercial como saunas y clubes de sexo; eventos dirigidos a GBHSH (p. ej., festivales y cruceros) (36,139); discotecas; y, a veces, habitaciones de hotel (140). La predilección por los dominios privados puede atribuirse, en parte, al deseo de compartir un espacio de intimidad con los iguales, adoptar ciertos comportamientos sexuales, y consumir drogas en contextos libres de estigmatización. Por ello, los entornos privados pueden percibirse como lugares más seguros y aceptados entre los hombres GBHSH que participan en las sesiones de chemsex (42).

En cuanto a la organización de las sesiones de chemsex, esta es variable. Algunos GBHSH indican que salir de discotecas representa el inicio del URD, donde se reúnen con amigos y comienzan a consumir algunas sustancias. Después, las sesiones pueden trasladarse a contextos privados donde el consumo de drogas puede asociarse al sexo (140). Otros GBHSH organizan y planifican las sesiones con antelación

entre sus contactos más próximos. Es posible que una parte de los GBHSH no se consideren a sí mismos como parte de la escena del chemsex pero estén expuestos a riesgos similares (66).

Según un estudio realizado en España por Santoro et al. (36) existen diferentes tipos de sesiones que difieren en cuanto a las formas de organización, desarrollo, exposición al riesgo y significado. Por ejemplo, las sesiones anónimas consisten en la forma más típica de reunión, donde los participantes se reúnen en una casa privada, previa organización de su/s propietario/s, y en las que participan un elevado número de GBHSH convocados principalmente a través de Apps y que, en general, no se conocen. Algunas de estas sesiones conllevan códigos de conducta o etiqueta sexual, o pueden estar vinculados a una subcultura gay específica (p. ej., los «osos»).

Otra forma de desarrollar las sesiones, principalmente entre los más jóvenes, son las sesiones «*chill-sex*» o «*chill-out*». Estas se caracterizan por tener un carácter más relajado y espontáneo que las sesiones anónimas, y suelen organizarse al final de la noche congregando a un grupo de GBHSH conocidos de antemano que desean alargar la fiesta en casa de alguno de ellos (36). Algunos participantes señalan «el chemsex comienza cuando el club cierra si alguien tiene un lugar adónde ir» (72, p.4).

Las fiestas semicerradas entre redes de amigos son otro tipo de sesiones de chemsex que se desarrolla en entornos privados. Estas suelen ser planificadas y la conforman casi exclusivamente un grupo más o menos estable y limitado de GBHSH entre quienes existen vínculos sociales o de amistad previos, por lo que no suelen estar abiertas a extraños a través de las Apps. Estas sesiones suelen ser preferidas por algunos participantes que percibieron complicaciones en su participación en las «sesiones anónimas». Otra característica de estos encuentros radica en que suelen contemplarse estrategias de protección deliberadamente (p. ej., hacer descansos para comer, ingerir bebidas isotónicas y/o acordar cómo actuar en caso de un desmayo) (36).

La práctica del chemsex en saunas u otros lugares de sexo es una forma diferente, que ha sido considerada más accesible e inclusiva que en otros contextos, ya que está menos sujeta a la presión del grupo y a los cánones homonormativos. Estos lugares suelen congrega a una cantidad de participantes más heterogéneo, sin un inicio y fin programado, e incluso pueden convertirse en contextos donde practicar chemsex en solitario (36).

En el caso de las fiestas privadas en casas particulares las sesiones pueden describirse como «maratones» sin reglas escritas (43,69,130,141). Como indica Dávila (142) el tiempo es un elemento clave en este fenómeno, que puede extenderse horas e incluso días y que, a mayor duración, podrían darse una mayor exposición a diversos riesgos o daños. En su estudio, Platteau et al. (143) señalaron que la duración media de una sesión de chemsex fue de 17,5 horas, oscilando entre 2 y 48 horas por sesión. Esto podría ser debido, al menos en parte, a que algunas sustancias poseen la capacidad de facilitar la resistencia sexual (p. ej., la metanfetamina tiene una vida media más larga que otros estimulantes como la cocaína) facilitando una alta rotación de parejas sexuales al permitir prácticas sexuales más prolongadas. También relaciones sexuales

durante largos periodos de tiempo sin eyacular podrían facilitar la reanudación de las relaciones sexuales más rápidamente después de eyacular. Uno de los participantes en estos encuentros señalaba: «Así que este chico y yo lo fumábamos [crystal] juntos y literalmente nos lo follábamos durante 12 horas sin parar [...]» (144, p.3).

En España, la encuesta online «Homosalud» desarrollada desde la organización comunitaria Stop Sida y cumplimentada por 2.843 participantes, informó que el 64,3% de los encuestados pasaba un promedio de entre 6 y 24 horas en las sesiones de chemsex. Uno de sus participantes refería «Yo tenía un límite, 12 horas, pasar la noche; luego 24 horas y te vas a dormir. Ahora ya el límite es el domingo por la mañana, a veces por la tarde, a veces lo he pasado al lunes. Me da miedo esta espiral, y perder el control, que el consumo vaya a más» (145, p.63).

A pesar de que diferentes estudios han descrito estos contextos, es necesario profundizar en su análisis para poder detectar posibles factores de riesgo asociados a ellos, tales como *slam*, prácticas sexuales de riesgo o situaciones de abuso que permitan predecir una mayor vulnerabilidad.

1.7. EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

Las razones que motivan a GBHSH a consumir drogas con fines sexuales han resultado ser aspectos fundamentales en el desarrollo del chemsex. Según Santrock (146, p.432) por motivación se entiende «el conjunto de razones por las que las personas se comportan de las formas en que lo hacen». Las motivaciones por las que las personas comienzan y mantienen el consumo de drogas constituyen uno de los factores determinantes en el tratamiento del abuso de sustancias (147), razón por la que desde hace décadas se han estudiado los principales elementos y mecanismos explicativos para implicarse en el consumo de sustancias (148,149).

Desde la perspectiva neurobiológica una gran cantidad de investigaciones han señalado que la mayoría de las drogas inducen la liberación de dopamina desde el sistema mesolímbico (área tegmental ventral) hasta el sistema límbico (núcleo accumbens) (150,151), lo que contribuye al aprendizaje asociativo y a la formación de hábitos responsables de generar las sensaciones de placer y la obtención de recompensas, dadas las propiedades reforzantes de las drogas (152,153). Por su parte, la función sexual moviliza de forma endógena las mismas vías de recompensa dopaminérgicas en el sistema límbico (154,155). Por ello, tanto el consumo de drogas como la conducta sexual, estimulan niveles similares de dopamina como recompensa y refuerzo desde la vía tegmental ventral hasta el núcleo accumbens (156). En la Figura 2 se representa la actividad cerebral relacionada con la conducta sexual y la adicción. Este circuito de recompensa cerebral implica que la asociación entre consumo de drogas y sexo en el chemsex podría generar un importante impulso en la activación, dirección y mantenimiento de la búsqueda de recompensas. Si bien estos cambios en los procesos de recompensa podrían explicar parcialmente el desarrollo de la motivación para el

consumo de drogas con fines sexuales, no explican completamente su complejidad. Por ello, diferentes teorías también han intentado explicar los factores que podrían favorecer el inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Por ejemplo, el modelo de creencias sobre la salud de Becker (157) destaca los déficits en la gravedad percibida y la autoeficacia como determinantes del consumo de sustancias. Bandura (158), en su teoría del aprendizaje social, destaca la presión social como un componente clave motivacional. Por su parte, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (159) sostiene que la voluntad y la intención son predictores importantes del comportamiento. Todas estas teorías podrían ayudar a comprender, al menos en parte, la idiosincrasia de las motivaciones para implicarse en las sesiones de chemsex.

FIGURA 2. REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL RELACIONADA CON LA CONDUCTA DE EXCITACIÓN SEXUAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS OBTENIDA MEDIANTE TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN. COMPONENTE COGNITIVO: CORTEZA PREFRONTAL VENTROMEDIAL DERECHA (1); ÁREA 7 BILATERAL DE LA CORTEZA PARIETAL (2); CORTEZA PREFRONTAL MEDIAL DERECHA (3); CORTEZA TEMPORAL BILATERAL (4). COMPONENTE MOTIVACIONAL: PORCIÓN CAUDAL DE LA CORTEZA CINGULAR ANTERIOR (5); AMÍGDALA (6); NÚCLEO ACCUMBENS Y SEPTALES (7). COMPONENTE AUTONÓMICO Y HORMONAL: PORCIÓN ROSTRAL DE LA CORTEZA CINGULAR ANTERIOR (8). COMPONENTE MOTOR: CABEZA DEL NÚCLEO CAUDADO (9). ADAPTADO DE GARCÍA-PORRERO ET AL. (160).



Diversos análisis cualitativos y cuantitativos han ayudado a identificar y comprender las principales razones para consumir drogas con fines sexuales entre los GBHSH. Las motivaciones para participar en el chemsex podrían estar mediadas por factores personales (p. ej., búsqueda de excitación y placer sexual, gestión de situaciones vitales estresantes y/o el anhelo de las sustancias en sí), sociales (p. ej., deseabilidad social, necesidad de pertenencia a una comunidad y/o presión social de la/s pareja/s sexual/es), o contextuales (p. ej., curiosidad o deseo de tener una experiencia en un «guarrichill»). Estas motivaciones pueden coincidir entre las personas que se implican en el chemsex y/o estar basadas en las diferencias individuales.

Entre las motivaciones referidas por los participantes en el chemsex destacan las relativas a la mejora de la experiencia sexual, como potenciar el deseo, la excitación, el placer o la resistencia (161–164). En un estudio llevado a cabo en Inglaterra, Hibbert et al. (165) señalaron que la principal razón para participar en el chemsex fue la mejora del desempeño sexual. En España, Íncera et al. (114) indicaron que los motivos más frecuentemente reportados por quienes practicaban chemsex fueron hacer la relación sexual más placentera (72.5%), y tener más aguante físico para así poder disfrutar de sesiones de sexo más largas (41.3%). Otras investigaciones también encontraron entre las razones más comúnmente reportadas divertirse, relajarse y mejorar la intensidad de la relación sexual (166,167). En este sentido, uno de los participantes en el estudio de Dennermalm et al. (66, p.7) señaló que «el sexo bajo las drogas era increíblemente libre y casi pornográfico. Se vuelve tan intenso. Una droga lo que hace es abrir un grifo en tu mente. Y luego tener relaciones sexuales simultáneamente se vuelve muy, muy intenso y placentero». Estos datos apuntan a que algunos GBHSH podrían implicarse en el chemsex como una forma de adaptarse a un estándar de mantener una adecuada intensidad y rendimiento sexual (168), como el transmitido por la pornografía gay (p. ej., mayor duración de las relaciones sexuales, sexo grupal y/o eyaculaciones múltiples) (124), o simplemente como una forma de alcanzar o mejorar los niveles deseados de intimidad y placer sexual con otras personas.

El chemsex también puede ser un medio para mejorar la falta de confianza (p. ej., inseguridades sobre la imagen corporal, los atributos físicos y/o el rendimiento sexual) y superar las inhibiciones sociales y sexuales (p. ej., interactuar con personas con quienes no lo harían en un contexto de sobriedad y/o realizar determinadas prácticas sexuales, como aquellas menos fáciles o incluso difícilmente imaginables sin tomar drogas) (42,169–171). Por ejemplo, un participante en las sesiones refiere: «Consumo para tener seguridad. Para mí las prácticas sexuales no cambian, excepto el *fist* porque dilato muchísimo» (116, p.4). Otro usuario señala: «He estado viendo muchas cosas interesantes en el porno donde las personas se azotan, se atan, etc. Tengo muchas ganas de probar esas cosas, pero a veces me siento demasiado tímido para hacerlas. Pero la metanfetamina me cambia por completo. Ya no siento esa barrera. ¡Lo probé con algunos compañeros y lo pasamos muy bien!» (172, p.9).

Parece evidente que la práctica del chemsex también conlleva motivaciones no estrictamente sexuales. Por ejemplo, Lafortune et al. (53) en su revisión sistemática

señalaron que el chemsex podía ser un medio para facilitar vínculos emocionales y sociales entre GBHSH. En este sentido, las sesiones podrían proporcionar espacios seguros de intimidad, confianza y conexión entre sus participantes. Por ejemplo, Milhet et al. (173) se centraron en analizar las «narrativas de placer» de un grupo de usuarios de chemsex. Estos autores reportaron que el chemsex permitía a los individuos desarrollar y mantener sentimientos de conectividad interpersonal, y facilitar la autoexpresión y el desarrollo de la identidad al permitir que los participantes «se dejaran llevar». Estos datos sugieren que participar en actividades sexuales bajo la influencia de las drogas podría potenciar, en algunos GBHSH, su sentido de pertenencia y de comunidad (169).

Algunos estudios también indican que los participantes en el chemsex lo describen como una vía de escape a situaciones personales difíciles y emociones dolorosas (p. ej., una separación romántica o una muerte), como una forma de lidiar con situaciones estresantes en general o de gestionar sensaciones de soledad (124,144,174,175). De este modo, para algunos participantes el chemsex puede asociarse a una estrategia para afrontar conflictos internos por su orientación sexual (p. ej., homofobia interiorizada, es decir, rechazo o no aceptación de la propia orientación sexual de la persona). Uno de los participantes en el estudio cualitativo llevado a cabo por Leyva-Moral et al. (116, p.4) en España indicaba: «Cosas como el *cruising* nacieron por el hecho de que los homosexuales nos teníamos que esconder; entonces han generado unos hábitos como un cuarto oscuro en que la posibilidad de esconder tu identidad favorecía el encuentro sexual. [...] en los *chills* no me condena nadie». Asimismo, se ha descrito que los GBHSH que viven con VIH tienen más probabilidades de practicar chemsex que sus homólogos seronegativos (15). Esto podría ser una forma de afrontar el posible estrés y el estigma social asociado al diagnóstico de VIH (176) y/o de interactuar y obtener placer en un contexto libre de prejuicios por el estado serológico (116). En tal sentido, un participante en el chemsex refería: «En ese momento llegó a mi vida el VIH, yo me sentía la bomba atómica. El chemsex fue el espacio donde yo no tenía que dar explicaciones a nadie, de si era positivo o no; lo entendía todo el mundo, nadie preguntaba. Yo me metí por no pensar, por no dar explicaciones de algo que no estaba preparado para dar en ese momento» (116, p.5).

Para otros participantes el chemsex se inició por el hecho de ajustarse a comportamientos que se consideraban esperados o normalizados por parte de sus iguales. Un participante en el chemsex señalaba que «[En las fiestas] hay un efecto de grupo. Hay noches en las que no es tu intención consumir, pero quizás el hecho de que esté normalizado... te empuje a consumir en esos momentos» (177, p.56). De forma similar, algunos GBHSH pueden implicarse en estas sesiones por diferentes presiones interpersonales de sus parejas sexuales/románticas o como una forma de responder a las expectativas sexuales de estos (177).

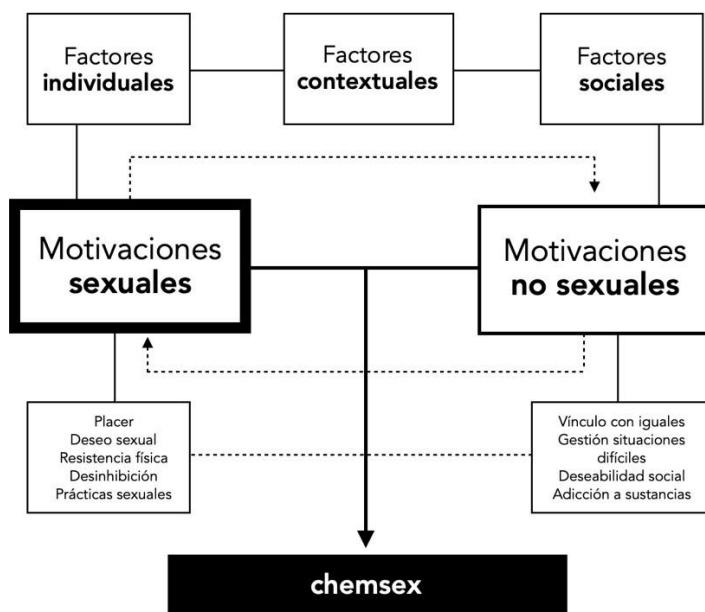
Otros GBHSH participan en el chemsex como una forma de consumo particular vinculada a la adicción a sustancias. Este grupo de personas expresan que su interés en el sexo con drogas está motivado en gran medida por la presencia de sustancias.

Uno de los participantes en estas sesiones indicaba: «¿Las personas con las que termino son realmente personas que me interesan? No. Entonces, ¿por qué estoy aquí? Para consumir y no para tener sexo» (177, p.61).

Es importante destacar que estas motivaciones pueden estar condicionadas a la frecuencia de participación en las sesiones. Por ejemplo, Íncera et al. (14), en su análisis cualitativo, señalan que quienes practicaban chemsex con mayor frecuencia (una vez por semana, más de una vez por semana, o diariamente) tenían más probabilidades de informar razones como «sentirse más cerca de los demás y tener intimidad» (31,3% vs. 19,7%), «aislarme del mundo y sentir que nada me afecta» (23,5% vs. 5,6%), y «evitar sentimientos desagradables como tristeza, ansiedad o vacío» (18,1% vs 8,5%) en comparación con quienes se implicaban en el chemsex en menor medida (una vez al mes o menos, o algunas veces al mes).

Estos resultados podrían ser indicativos de que las razones para participar en el chemsex son diversas y no mutuamente excluyentes, y dependen en gran medida de diferencias individuales, así como de factores sociales y contextuales. El chemsex podría convertirse, para algunas personas, en un medio para conseguir emociones y sensaciones placenteras, así como en una estrategia desadaptativa para gestionar sentimientos y experiencias negativas. En la Figura 3 se representan algunas de las motivaciones sexuales y las motivaciones no sexuales del chemsex.

FIGURA 3. FACTORES Y MOTIVACIONES QUE PUEDEN CONDICIONAR LA PARTICIPACIÓN EN EL CHEMSEX



El chemsex es un problema de salud pública. Resulta necesario diseñar programas de identificación, educación y prevención específicos que reduzcan la incidencia de sus consecuencias más indeseables entre sus participantes, con independencia del género y orientación sexual. Para ello, los esfuerzos deberían dirigirse, al menos en parte, a analizar la evolución de las cambiantes tendencias de consumo, consensuar criterios homogéneos para su análisis, generalizar las estrategias de promoción de la salud a través de las aplicaciones de contactos de geolocalización, estudiar las particularidades de los contextos donde se llevan a cabo las sesiones, así como abordar tanto las motivaciones sexuales como las no sexuales asociadas al chemsex.

Referencias bibliográficas

1. Crocq MA. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues Clin Neurosci*. 2007 Dec;9(4):355–61.
2. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV*. 2014 Oct 1;1(1):e22–31.
3. ONU. Convención única de 1961 sobre estupefacientes. Organización de las Naciones Unidas; 1961.
4. ONU. Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Organización de las Naciones Unidas; 1988.
5. ONU. Convenio sobre sustancias sicotrópicas. Organización de las Naciones Unidas; 1971.
6. Pyszczyk OL. Geografía del circuito productivo de las sustancias psicoactivas ilícitas (SPI). Globalización, actores y multiescalaridad. *URVIO Rev Latinoam Estud Segur*. 2021;(29 (Enero-abril)):28–44.
7. Shankaran S, Lester BM, Das A, Bauer CR, Bada HS, Lagasse L, et al. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2007 Apr;12(2):143–50.
8. Geuens M, Van Hoofstadt K, Hoogmartens O, Van den Eede N, Sabbe M. Pooled Urine Analysis at a Belgian Music Festival: Trends in Alcohol Consumption and Recreational Drug Use. *Prehospital Disaster Med*. 2022 Dec;37(6):806–9.
9. Palamar JJ, Le A, Cleland CM, Keyes KM. Trends in drug use among nightclub and festival attendees in New York City, 2017-2022. *Int J Drug Policy*. 2023 May;115:104001.
10. Kruijver M, Bruggmann P, Magnolini R. Evidence of use and users of image- and performance-enhancing drugs in sports in Switzerland: a scoping

- literature review and implications for Swiss drug policy. *Swiss Med Wkly*. 2023 May 17;153:40080.
11. Kwan M, Bobko S, Faulkner G, Donnelly P, Cairney J. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: a systematic review of longitudinal studies. *Addict Behav*. 2014 Mar;39(3):497–506.
 12. Iszák F, Kapitány-Fövény M, Farkas J, Kökönyi G, Urbán R, Griffiths MD, et al. Substance Use and Psychological Disorders Among Art and Non-art University Students: an Empirical Self-Report Survey. *Int J Ment Health Addict*. 2018;16(1):125–35.
 13. Tolson GHJ, Cuyjet MJ. Jazz and substance abuse: road to creative genius or pathway to premature death. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30(6):530–8.
 14. Incera-Fernández D, Román FJ, Moreno-Guillén S, Gámez-Guadix M. Understanding Sexualized Drug Use: Substances, Reasons, Consequences, and Self-Perceptions among Men Who Have Sex with Other Men in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan;20(3):2751.
 15. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019 Jan 1;63:74–89.
 16. Guerras JM, Hoyos Miller J, Agustí C, Chanos S, Pichon F, Kuske M, et al. Association of Sexualized Drug Use Patterns with HIV/STI Transmission Risk in an Internet Sample of Men Who Have Sex with Men from Seven European Countries. *Arch Sex Behav*. 2021 Feb;50(2):461–77.
 17. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nurs*. 2013 Spring;13(1):6–10.
 18. Dermody SS. Risk of polysubstance use among sexual minority and heterosexual youth. *Drug Alcohol Depend*. 2018 Nov 1;192:38–44.
 19. Green KE, Feinstein BA. Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An Update on Empirical Research and Implications for Treatment. *Psychol Addict Behav*. 2012 Jun;26(2):265–78.
 20. Schreck B, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Laforgue E, Grall-Bronnec M. Slam Practice: A Review of the Literature. *Eur Addict Res*. 2021;27(3):161–78.
 21. Kingree JB, Thompson M. Sexually-related expectancies for alcohol use and marijuana use among juvenile detainees. *Addict Behav*. 2007 Sep;32(9):1936–42.
 22. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs*. 2001 Sep;33(3):223–32.
 23. Lawn W, Aldridge A, Xia R, Winstock AR. Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional ‘Global Drug Survey’ Report. *J Sex Med*. 2019 May;16(5):721–32.
 24. Heinsbroek E, Glass R, Edmundson C, Hope V, Desai M. Patterns of injecting and non-injecting drug use by sexual behaviour in people who inject drugs attending services in England, Wales and Northern Ireland, 2013–2016. *Int J Drug Policy*. 2018 May 1;55:215–21.

25. Íncera-Fernández D, Román FJ, Gámez-Guadix M. Risky Sexual Practices, Sexually Transmitted Infections, Motivations, and Mental Health among Heterosexual Women and Men Who Practice Sexualized Drug Use in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan;19(11):6387.
- 26.
27. Miltz AR, Rodger AJ, Sewell J, Gilson R, Allan S, Scott C, et al. Recreational drug use and use of drugs associated with chemsex among HIV-negative and HIV- positive heterosexual men and women attending sexual health and HIV clinics in England. *Int J Drug Policy*. 2021 May 1;91:103101.
28. Moyle L, Dymock A, Aldridge A, Mechen B. Pharmacosex: Reimagining sex, drugs and enhancement. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 May 25];86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7773803/>
29. Rosner B, Neicun J, Yang JC, Roman-Urrestarazu A. Substance use among sexual minorities in the US - Linked to inequalities and unmet need for mental health treatment? Results from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). *J Psychiatr Res*. 2021 Mar;135:107–18.
30. Molitor F, Truax SR, Ruiz JD, Sun RK. Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. *West J Med*. 1998 Feb;168(2):93–7.
31. Spauwen LWL, Niekamp AM, Hoebe CJP, Dukers-Muijters NHTM. Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: a cross- sectional study in The Netherlands. *Sex Transm Infect*. 2015 Feb 1;91(1):31–6.
32. de Graaf R, Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour. *AIDS Care*. 1995;7(1):35–47.
33. Ong JJ, Xiong M, Tucker JD, Wang Y, Smith MK, Tang W, et al. Sexualized Drug Use Among Female Sex Workers from Eight Cities in China: A Cross-Sectional Study. *Arch Sex Behav*. 2022 Jul 1;51(5):2689–98.
34. Hibbert MP, Porcellato LA, Brett CE, Hope VD. Associations with drug use and sexualised drug use among women who have sex with women (WSW) in the UK: Findings from the LGBT Sex and Lifestyles Survey. *Int J Drug Policy*. 2019 Dec 1;74:292–8.
35. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. «Chemsex» and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 2015 Dec 1;26(12):1171–6.
36. Santoro P, Rodríguez R, Morales P, Morano A, Morán M. One ‘chemsex’ or many? Types of chemsex sessions among gay and other men who have sex with men in Madrid, Spain: findings from a qualitative study. *Int J Drug Policy*. 2020 Aug;82:102790.

37. Amundsen E, Muller AE, Reiherth E, Skogen V, Berg RC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Scoping Review of Research Methods. *J Homosex*. 2023 Mar 20;1–27.
38. 2nd European Chemsex Forum. A call to action for effective responses to problematic chemsex [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 13]. Available from: <https://ihp.hiv/chemsex-position-paper/>
39. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs Alcohol Today*. 2019 Jan 1;19(1):3–10.
40. Andersen JP, Hughes TL, Zou C, Wilsnack SC. Lifetime victimization and physical health outcomes among lesbian and heterosexual women. *PloS One*. 2014;9(7):e101939.
41. Bostwick WB, Hughes TL, Steffen A, Veldhuis CB, Wilsnack SC. Depression and Victimization in a Community Sample of Bisexual and Lesbian Women: An Intersectional Approach. *Arch Sex Behav*. 2019 Jan;48(1):131–41.
42. Ahmed AK, Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, et al. Social norms related to combining drugs and sex ('chemsex') among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 2016 Dec;38:29–35.
43. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2015 Dec;91(8):564–8.
44. Gilbert VL, Simms I, Jenkins C, Furegato M, Gobin M, Oliver I, et al. Sex, drugs and smart phone applications: findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with *Shigella flexneri* 3a in England and Wales. *Sex Transm Infect*. 2015 Dec;91(8):598–602.
45. Winstock A. New health promotion for chemsex and γ -hydroxybutyrate (GHB). *BMJ*. 2015 Nov 25;351:h6281.
46. Soriano Ocón R. El fenómeno del chemsex: claves para mejorar la respuesta institucional. *Rev Esp Drogodepend*. 2022;(47):5–13.
47. Raúl Soriano, Adán E, Ayerdi O, Belmar C, Belza MJ. Abordaje del fenómeno del chemsex [Internet]. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad; 2020. Available from: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemsex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf
48. Palamar JJ, Griffin-Tomas M, Acosta P, Ompad DC, Cleland CM. A comparison of self-reported sexual effects of alcohol, marijuana, and ecstasy in a sample of young adult nightlife attendees. *Psychol Sex*. 2018;9(1):54–68.
49. Gertzen M, Strasburger M, Geiger J, Rosenberger C, Gernun S, Schwarz J, et al. [Chemsex : A new challenge in addiction medicine and infectious diseases]. *Nervenarzt*. 2021 Apr 14;
50. Losilla Rodríguez B, López-Zúñiga M, Espadafor-López B, López-Ruz M. Study of Chemsex in HIV positive and negative homosexual patients. *Actual MEDICA*. 2019 Apr 30;104:24–30.

51. Achterbergh RCA, Drückler S, van Rooijen MS, van Aar F, Slurink I a. L, de Vries HJC, et al. Sex, drugs, and sexually transmitted infections: A latent class analysis among men who have sex with men in Amsterdam and surrounding urban regions, the Netherlands. *Drug Alcohol Depend.* 2020 Jan 1;206:107526.
52. Gerymski R, Magoń W. Chemsex and Sexual Well-Being in Young Polish Men. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 Jun [cited 2023 Oct 9];20(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10298389/>
53. Lafortune D, Blais M, Miller G, Dion L, Lalonde F, Dargis L. Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Systematic Review. *Arch Sex Behav.* 2021 Feb;50(2):427–60.
54. Íncera-Fernández D, Gámez-Guadix M, Moreno-Guillén S. Mental Health Symptoms Associated with Sexualized Drug Use (Chemsex) among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jan;18(24):13299.
55. Rolt M. Correlates of chemsex : shame, mindfulness, sexual satisfaction, and self- efficacy beliefs in men who have sex with men [Internet] [Ph.D.]. Royal Holloway, University of London; 2021 [cited 2023 Oct 18]. Available from: <https://rhul.elsevierpure.com/en/publications/25e0428c-ce1d-41aa-8cf0-425846bb2e83>
56. Gámez Guadix M, Incera Fernández D, Román FJ, Mateos Pérez E, Borrajo E, Martínez K. Uso sexualizado de drogas entre homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y su asociación con síntomas de salud mental. *Rev Esp Drogodepend.* 2023;(48):77–94.
57. Íncera-Fernández D, Román-González FJ, Moreno-Guillén S, Gámez-Guadix M. Sexualized drug use, risky sexual behaviors, and prevention strategies among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Drugs Educ Prev Policy* [Internet]. 2023 Jun 29 [cited 2023 Jul 7]; Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687637.2023.2225245>
58. Yavi M, Lee H, Henter ID, Park LT, Zarate CA. Ketamine treatment for depression: a review. *Discov Ment Health.* 2022;2(1):9.
59. El Confidencial. Del ‘chemsex’ a la psicosis: el auge de las drogas en el sexo está destruyendo la salud mental [Internet]. 2023. Available from: <https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2023-09-17/chemsex-psicosi>
60. El Español. El ‘chemsex’ se dispara en Madrid: los adictos aumentan un 602% en cuatro años [Internet]. 2023. Available from: https://www.elespanol.com/madrid/sociedad/20230206/chemsex-dispara-madrid-adictos-aumentan-anos/739426342_0.html
61. Diario Sanitario. El ‘chemsex’ dispara la patología de transmisión sexual [Internet]. 2023. Available from: <https://diariosanitario.com/chemsex-its-riesgos/>

62. Crónica Global. Psicosis, depresión o ansiedad: así puede afectar el ‘chemsex’ a la salud mental [Internet]. 2022. Available from: https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/20221231/psicosis-depresion-ansiedad-puede-afectar-chemsex-mental/730177005_0.html
63. Tele Madrid. El Ministerio de Sanidad financia y aloja en su web una guía para consumir drogas chemsex [Internet]. 2022. Available from: <https://www.telemadrid.es/programas/telenoticias-2/El-Ministerio-de-Sanidad-financia-y-aloja-en-su-web-una-guia-para-consumir-drogas-chemsex-2-2454374594--20220527095427.html>
64. Pienaar K, Murphy DA, Race K, Lea T. Problematising LGBTIQ drug use, governing sexuality and gender: A critical analysis of LGBTIQ health policy in Australia. *Int J Drug Policy*. 2018 May 1;55:187–94.
65. Curto J, Dolengevich H, Soriano R, Belza M. Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex [Internet]. MSD; 2020. Available from: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemsex/docs/Abordaje_salud_mental_chemsex.pdf
66. Dennermalm N, Scarlett J, Thomsen S, Persson KI, Alvesson HM. Sex, drugs and techno - a qualitative study on finding the balance between risk, safety and pleasure among men who have sex with men engaging in recreational and sexualised drug use. *BMC Public Health*. 2021 May 5;21(1):863.
67. Friedman NP, Miyake A, Young SE, DeFries JC, Corley RP, Hewitt JK. Individual differences in executive functions are almost entirely genetic in origin. *J Exp Psychol Gen*. 2008 May;137(2):201–25.
68. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham [Internet]. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014 [cited 2021 Aug 3]. Available from: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2197245/>
69. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. 2016 Dec 1;38:4–12.
70. Chan ASW, Tang PMK, Yan E. Chemsex and its risk factors associated with human immunodeficiency virus among men who have sex with men in Hong Kong. *World J Virol*. 2022 Jul 25;11(4):208–11.
71. Hurley M, Prestage G. Intensive sex partying amongst gay men in Sydney. *Cult Health Sex*. 2009 Aug;11(6):597–610.
72. Hout MCV, Crowley D, O’Dea S, Clarke S. Chasing the rainbow: pleasure, sex- based sociality and consumerism in navigating and exiting the Irish Chemsex scene. *Cult Health Sex*. 2019 Sep 2;21(9):1074–86.
73. Holmes D, Numer M, Hammond C, Joy P, Sinno J, Patten S, et al. Wired Sex Assemblages Among Men Who Have Sex with Men: Sexualized Drug Use, Hookup Apps, and HIV Service Provision. *J Homosex*. 2021 Nov 11;1–25.

74. Soriano Ocón R. El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual – Revista Multidisciplinar del Sida. *Rev Multidiscip Sida* [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 1];11. Available from: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/el-chemsex-y-sus-vinculos-con-el-uso-de-aplicaciones-de-geolocalizacion-entre-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres-en-espana-un-analisis-etnografico-virtual/>
75. Crofts N, Marcus L, Meade J, Sattler G, Wallace J, Sharp R. Determinants of HIV risk among men who have homosexual sex and inject drugs. *AIDS Care*. 1995;7(5):647–55.
76. Renshaw DC. Drugs and sex: a study of the effect of drugs on human sexuality. *J Nurs Care*. 1978 Feb;11(2):16–9.
77. Korns HM, Randall WL. Benzedrine and paredrine in the treatment of orthostatic hypotension, with supplementary case report. *Ann Intern Med*. 1938 Aug;12(2):253–5.
78. Schilder P. The psychological effect of benzedrine sulphate. *J Nerv Ment Dis*. 1938;87:584–7.
79. Waud SP. THE EFFECTS OF TOXIC DOSES OF BENZYL METHYL CARBINAMINE (BENZEDRINE) IN MAN. *J Am Med Assoc*. 1938 Jan 15;110(3):206–7.
80. BELL DS, TRETHOWAN WH. Amphetamine Addiction and Disturbed Sexuality. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jan 1;4(1):74–8.
81. Leavitt FI. Drug-induced modifications in sexual behavior and open field locomotion of male rats. *Physiol Behav*. 1969 Sep 1;4(5):677–83.
82. Reifenstein EC, Davidoff E. The Psychological Effects of Benzedrine Sulfate. *Am J Psychol*. 1939;52(1):56–64.
83. Herz S. Behavioral patterns in sex and drug use on three campuses: implications for education and society. *Psychiatr Q*. 1968;
84. Schiørring E. Changes in Individual and Social Behavior Induced by Amphetamine and Related Compounds in Monkeys and Man. In: Ellinwood EH, Kilbey MM, editors. *Cocaine and Other Stimulants* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1977 [cited 2022 Jan 17]. p. 481–522. (Advances in Behavioral Biology). Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4684-3087-5_24
85. Hanrahan JP, Wormser GP, Reilly AA, Maguire BH, Gavis G, Morse DL. Prolonged incubation period of AIDS in intravenous drug abusers: epidemiological evidence in prison inmates. *J Infect Dis*. 1984 Aug;150(2):263–6.
86. Moss AR. AIDS and intravenous drug use: the real heterosexual epidemic. *Br Med J Clin Res Ed*. 1987 Feb 14;294(6569):389–90.
87. Robertson JR, Bucknall AB, Welsby PD, Roberts JJ, Inglis JM, Peutherer JF, et al. Epidemic of AIDS related virus (HTLV-III/LAV) infection

- among intravenous drug abusers. *Br Med J Clin Res Ed.* 1986 Feb 22;292(6519):527–9.
88. McKusick L, Horstman W, Coates TJ. AIDS and sexual behavior reported by gay men in San Francisco. *Am J Public Health.* 1985 May;75(5):493–6.
 89. Quadland MC, Shattls WD. AIDS, sexuality, and sexual control. *J Homosex.* 1987;14(1–2):277–98.
 90. Stall R, McKusick L, Wiley J, Coates TJ, Ostrow DG. Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: the AIDS Behavioral Research Project. *Health Educ Q.* 1986;13(4):359–71.
 91. Saytzeff A. 4. Ueber die Reduction des Succinylchlorids. *Justus Liebig's Ann Chem.* 1874;171(2):258–90.
 92. Dijkstra B a. G, Beurmanjer H, Goudriaan AE, Schellekens AFA, Joosten E a. G. Unity in diversity: A systematic review on the GHB using population. *Int J Drug Policy.* 2021 Aug;94:103230.
 93. Mannucci C, Pichini S, Spagnolo EV, Calapai F, Gangemi S, Navarra M, et al. Sodium Oxybate Therapy for Alcohol Withdrawal Syndrome and Keeping of Alcohol Abstinence. *Curr Drug Metab.* 2018;19(13):1056–64.
 94. Felmlee MA, Morse BL, Morris ME. γ -Hydroxybutyric Acid: Pharmacokinetics, Pharmacodynamics, and Toxicology. *AAPS J.* 2021 Jan 8;23(1):22.
 95. Soyka M, Rösner S. [Pharmacotherapy of alcohol withdrawal: update and new developments]. *Nervenarzt.* 2021 Jan;92(1):57–65.
 96. Moszczynska A, Callan SP. Molecular, Behavioral, and Physiological Consequences of Methamphetamine Neurotoxicity: Implications for Treatment. *J Pharmacol Exp Ther.* 2017 Sep;362(3):474–88.
 97. Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò FP. When «Chems» Meet Sex: A Rising Phenomenon Called «Chemsex». *Curr Neuropharmacol.* 2017 Jul;15(5):762–70.
 98. Halkitis PN, Palamar JJ, Mukherjee PP. Poly-club-drug use among gay and bisexual men: A longitudinal analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2–3):153–60.
 99. Grochecki P, Smaga I, Lopatynska-Mazurek M, Gibula-Tarlowska E, Kedzierska E, Listos J, et al. Effects of Mephedrone and Amphetamine Exposure during Adolescence on Spatial Memory in Adulthood: Behavioral and Neurochemical Analysis. *Int J Mol Sci.* 2021 Jan 8;22(2):589.
 100. Schifano F, Albanese A, Fergus S, Stair JL, Deluca P, Corazza O, et al. Mephedrone (4-methylmethcathinone; 'meow meow'): chemical, pharmacological and clinical issues. *Psychopharmacology (Berl).* 2011 Apr;214(3):593–602.
 101. Soares J, Costa VM, Bastos M de L, Carvalho F, Capela JP. An updated review on synthetic cathinones. *Arch Toxicol.* 2021 Sep;95(9):2895–940.

102. Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Ibarguchi L. Aproximación al Chemsex en España 2016 [Internet]. Apoyo Positivo e Imagina MÁS; 2016 [cited 2021 Oct 14]. Available from: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximaci%C3%B3n-Chemsex-en-Espa%C3%B1a-2016.pdf>
103. Wang H, Jonas KJ, Guadamuz TE. Chemsex and chemsex associated substance use among men who have sex with men in Asia: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2023 Feb 1;243:109741.
104. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health.* 2019 Jan;139(1):23–33.
105. García-Pérez JN, Cañas-Ruano E, Navarro J, Raventós B, López L, Broto C, et al. Sexual behavior and drug use impact in gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Med Clínica.* 2022 Dec 23;159(12):563–8.
106. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. 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. *Int J Drug Policy.* 2017 May 1;43:33–43.
107. Evers YJ, Geraets JJH, Van Liere GAFS, Hoebe CJPA, Dukers-Muijters NHTM. Attitude and beliefs about the social environment associated with chemsex among MSM visiting STI clinics in the Netherlands: An observational study. *PLoS ONE.* 2020 Jul 1;15(7):e0235467.
108. Laguno M, Ugarte A, Martinez-Rebollar M, Sobrino Y, Font G, de Lazzari E, et al. Experiencia de un programa de profilaxis preexposición en una unidad de virus de la inmunodeficiencia humana hospitalaria. Descripción del perfil basal del usuario e identificación de oportunidades de mejora. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica* [Internet]. 2021 May 25 [cited 2021 Oct 27]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X21001786>
109. Milinkovic A, Singh S, Simmons B, Pozniak A, Boffito M, Nwokolo N. Multimodality assessment of sleep outcomes in people living with HIV performed using validated sleep questionnaires. *Int J STD AIDS.* 2020 Sep;31(10):996–1003.
110. Ivey K, Bernstein KT, Kirkcaldy RD, Kissinger P, Edwards OW, Sanchez T, et al. Chemsex Drug Use among a National Sample of Sexually Active Men who have Sex with Men, - American Men's Internet Survey, 2017-2020. *Subst Use Misuse.* 2023;58(5):728–34.
111. EMIS. Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS- 2017): resultados en España [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2020. Available from: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/INFORMES/Encuesta_Europea_On-line_para_hombres_que_tienensexo_con_otros_hombres._Acces.pdf

112. Guerras JM, Hoyos J, Agustí C, Casabona J, Sordo L, Pulido J, et al. Substance use in Sexual Context among Spanish Resident Men who have Sex with Men. *Adicciones*. 2020 Nov 30;0(0):1371.
113. Ruiz-Robledillo N, Ferrer-Cascales R, Portilla-Tamarit I, Alcocer-Bruno C, Clement-Carbonell V, Portilla J. Chemsex Practices and Health-Related Quality of Life in Spanish Men with HIV Who Have Sex with Men. *J Clin Med*. 2021 Apr 13;10(8).
114. Íncera D, Gámez M, Ibarguchi L, García A, Zaro I. Aproximación al Chemsex 2021: Encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombres GBHSH. *Apoyo Positivo e Imagina MÁS*; 2022.
115. Flores Anato JL, Panagiotoglou D, Greenwald ZR, Trottier C, Vaziri M, Thomas R, et al. Chemsex practices and pre-exposure prophylaxis (PrEP) trajectories among individuals consulting for PrEP at a large sexual health clinic in Montréal, Canada (2013-2020). *Drug Alcohol Depend*. 2021 Sep 1;226:108875.
116. Leyva-Moral JM, Aguayo-González M, Mora R, Villegas L, Gómez-Ibáñez R, Mestres-Soler O, et al. Chemsex in Barcelona: A qualitative study of factors associated with the practice, the perception of the impact on health and prevention needs. *Adicciones*. 2023 Mar 15;0(0):1790.
117. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. 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. *Int J Drug Policy*. 2017;43:33–43.
118. Grosskopf NA, LeVasseur MT, Glaser DB. Use of the Internet and mobile-based ‘apps’ for sex-seeking among men who have sex with men in New York City. *Am J Mens Health*. 2014 Nov;8(6):510–20.
119. Hecht J, Zlotorzynska M, Sanchez TH, Wohlfeiler D. Gay Dating App Users Support and Utilize Sexual Health Features on Apps. *AIDS Behav*. 2022 Jan 11;
120. Choi KWY, Choi EPH, Chow EPF, Wan EYF, Wong WCW, Wong JYH, et al. The Experience of Using Dating Applications for Sexual Hook-Ups: A Qualitative Exploration among HIV-Negative Men Who Have Sex With Men in Hong Kong. *J Sex Res*. 2021 Mar 3;1–10.
121. Macapagal K, Moskowitz DA, Li DH, Carrión A, Bettin E, Fisher CB, et al. Hookup App Use, Sexual Behavior, and Sexual Health Among Adolescent Men Who Have Sex With Men in the United States. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2018 Jun;62(6):708–15.
122. QueirozAAFLN, Sousa ÁFL de, AraújoTME de, Brignol S, Reis RK, Fronteira I, et al. Altas tasas de sexo anal receptivo sin protección y vulnerabilidad a la infección por el VIH entre los hombres brasileños que tienen sexo con hombres. *Int J STD AIDS*. 2021 Mar 1;32(4):368–77.
123. Witzel TC, Charoenyang M, Bourne A, Guadamuz TE. Hi-fun among men who have sex with men in Bangkok: A scoping study exploring key

- informants' perspectives on hi-fun contexts, harms and support strategies. *PLOS Glob Public Health*. 2023 Aug 25;3(8):e0002295.
124. This J, Lafortune D, Flores-Aranda J. Analyse des motivations associées à la pratique du chemsex selon l'orientation sexuelle Analysis of the motivations associated with the practice of chemsex according to sexual orientation Análisis de las motivaciones relacionadas con la práctica del sexdopaje según la orientación sexual. *Drogue Santé Société*. 2023 Jan 1;21:47.
 125. Drückler S, van Rooijen MS, de Vries HJC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: a Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis*. 2018 May;45(5):325–31.
 126. Hibbert MP, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK. *Sex Transm Infect*. 2019;95(5):342–50.
 127. Renninger BJ. Grindr Killed the Gay Bar, and Other Attempts to Blame Social Technologies for Urban Development: A Democratic Approach to Popular Technologies and Queer Sociality. *J Homosex*. 2019;66(12):1736–55.
 128. Mi GD, Zhang BB, Yu F, Ren XL, Ong JJ, Fan YQ, et al. HIV incidence among men who have sex with men using geosocial networking smartphone application in Beijing, China: an open cohort study. *Infect Dis Poverty*. 2021 Apr 2;10(1):27.
 129. Wang H, Zhang L, Zhou Y, Wang K, Zhang X, Wu J, et al. The use of geosocial networking smartphone applications and the risk of sexually transmitted infections among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2018 Oct 16;18(1):1178.
 130. Zhang SY, Demant J. Effects of self-control, drug-use peers and family attachment on drug use among Chinese users: A gender-specific analysis. *Drug Alcohol Rev*. 2021 Apr 15;
 131. Goedel WC, Duncan DT. Contextual factors in geosocial-networking smartphone application use and engagement in condomless anal intercourse among gay, bisexual, and other men who have sex with men who use Grindr. *Sex Health*. 2016 Nov;13(6):549–54.
 132. Whitfield DL, Kattari SK, Walls NE, Al-Tayyib A. Grindr, Scruff, and on the Hunt: Predictors of Condomless Anal Sex, Internet Use, and Mobile Application Use Among Men Who Have Sex With Men. *Am J Mens Health*. 2017 May;11(3):775– 84.
 133. Vanbaelen T, Rotsaert A, Van Landeghem E, Nöstlinger C, Vuylsteke B, Platteau T, et al. Do pre-exposure prophylaxis (PrEP) users engaging in chemsex experience their participation as problematic and how can they best be supported? Findings from an online survey in Belgium. *Sex Health*. 2023 Jul 25;
 134. Platteau T, Herrijgers C, Florence E, Poels K, Verboon P, Apers L, et al. Drug behaviors, sexually transmitted infection prevention, and sexual consent

- during chemsex: insights generated in the Budd app after each chemsex session. *Front Public Health*. 2023 May 18;11:1160087.
135. Herrijgers C, Platteau T, Vandebosch H, Poels K, Florence E. Using Intervention Mapping to Develop an mHealth Intervention to Support Men Who Have Sex With Men Engaging in Chemsex (Budd): Development and Usability Study. *JMIR Res Protoc*. 2022 Dec 21;11(12):e39678.
 136. Gautam K, Paudel K, Jacobs J, Wickersham JA, Ikhtiaruddin WM, Azwa I, et al. An mHealth-Delivered Sexual Harm Reduction Tool (PartyPack) for Men Who Have Sex With Men in Malaysia: Usability Study. *JMIR Form Res*. 2023 Aug 24;7:e48113.
 137. Hermosa-Bosano C, Paz C, Hidalgo-Andrade P, Aguayo-Romero R. Sexual Behaviors and HIV/STI Prevention Strategies Among Sexual Minority Men in Ecuador Who Use Geosocial Networking Apps. *Arch Sex Behav*. 2021;50(7):3011–21.
 138. Li S, Zhang J, Mao X, Lu T, Gao Y, Zhang W, et al. Feasibility of Indirect Secondary Distribution of HIV Self-test Kits via WeChat Among Men Who Have Sex With Men: National Cross-sectional Study in China. *J Med Internet Res*. 2021 Oct 26;23(10):e28508.
 139. Rana S, Macdonald N, French P, Jarman J, Patel S, Portman M, et al. Enhanced surveillance of syphilis cases among men who have sex with men in London, October 2016-January 2017. *Int J STD AIDS*. 2019 Apr;30(5):422–9.
 140. Nimbi FM, Rosati F, Esposito RM, Stuart D, Simonelli C, Tambelli R. Chemsex in Italy: Experiences of Men Who Have Sex With Men Consuming Illicit Drugs to Enhance and Prolong Their Sexual Activity. *J Sex Med*. 2020 Oct 1;17(10):1875–84.
 141. Busardò FP, Gottardi M, Pacifici R, Vari MR, Tini A, Volpe AR, et al. Nails Analysis for Drugs Used in the Context of Chemsex: A Pilot Study*. *J Anal Toxicol*. 2020 Jan 7;44(1):69–74.
 142. Dávila PF. ‘Sesión de sexo, morbo y vicio’: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno Chemsex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Rev Multidiscip Sida*. 2016;4(7):41–65.
 143. Platteau T, Herrijgers C, Florence E, Poels K, Verboon P, Apers L, et al. Drug behaviors, sexually transmitted infection prevention, and sexual consent during chemsex: insights generated in the Budd app after each chemsex session. *Front Public Health*. 2023 May 18;11:1160087.
 144. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs (‘chemsex’) among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2017;93(3):203–6.
 145. Homosalud. Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GSHS) de España. *Stop Sida*; 2021.

146. Santrock JW. PSICOLOGIA DE LA EDUCACION. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.; 2006. 553 p.
147. German D, Sherman SG, Sirirojn B, Thomson N, Aramrattana A, Celentano DD. Motivations for methamphetamine cessation among young people in northern Thailand. *Addiction*. 2006;101(8):1143–52.
148. Bowker LH. Motives for drug use: an application of Cohen's typology. *Int J Addict*. 1977 Dec;12(8):983–91.
149. Dohner VA. Motives for Drug Use: Adult and Adolescent. *Psychosomatics*. 1972 Sep 1;13(5):317–24.
150. Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1988 Jul;85(14):5274–8.
151. Patriquin MA, Bauer IE, Soares JC, Graham DP, Nielsen DA. Addiction pharmacogenetics: a systematic review of the genetic variation of the dopaminergic system. *Psychiatr Genet*. 2015 Oct;25(5):181–93.
152. Di Chiara G. Nucleus accumbens shell and core dopamine: differential role in behavior and addiction. *Behav Brain Res*. 2002 Dec 2;137(1–2):75–114.
153. Robinson TE, Berridge KC. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2008 Oct 12;363(1507):3137–46.
154. Giuliano F, Allard J. Dopamine and sexual function. *Int J Impot Res*. 2001 Aug;13 Suppl 3:S18–28.
155. Melis MR, Argiolas A. Dopamine and sexual behavior. *Neurosci Biobehav Rev*. 1995;19(1):19–38.
156. Young L, Alexander B. The chemistry between us: love, sex, and the science of attraction. New York: Current; 2012.
157. Becker MH. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Educ Monogr*. 1974 Dec 1;2(4):409–19.
158. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1986. xiii, 617 p. (Social foundations of thought and action: A social cognitive theory).
159. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research. Vol. 27. 1975.
160. García-Porrero JA, González JMH, Polo LE, Benlloch EC, Martínez VEG, Bosque PG, et al. Neuroanatomía humana [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2014 [cited 2022 Feb 17]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=709868161>. Glynn RW, Byrne N, O'Dea S, Shanley A, Codd M, Keenan E, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy*. 2018 Feb;52:9–15.
162. Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W, Green S, Simms R, Cutts R, et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who

- have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*. 2017 Mar;28(4):362–6.
163. Parent N, Coulaud P Julien, Amirie M, Ferlatte O, Knight R. Cannabis use and mental health among young sexual and gender minority men: A qualitative study. *Int J Drug Policy*. 2021 May 1;91:102980.
 164. Pienaar K, Murphy DA, Race K, Lea T. Drugs as technologies of the self: Enhancement and transformation in LGBTQ cultures. *Int J Drug Policy*. 2020 Apr;78:102673.
 165. Hibbert MP, Germain JS, Brett CE, Van Hout MC, Hope VD, Porcellato LA. Service provision and barriers to care for men who have sex with men engaging in chemsex and sexualised drug use in England. *Int J Drug Policy*. 2021 Jan 25;92:103090.
 166. Evers YJ, Hoebe CJPA, Dukers-Muijters NHTM, Kampman CJG, Kuizenga-Wessel S, Shilue D, et al. Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex – a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep*. 2020 Jun 1;18:101074.
 167. Li CW, Ku SWW, Huang P, Chen LY, Wei HT, Strong C, et al. Factors associated with methamphetamine dependency among men who have sex with men engaging in chemsex: Findings from the COMeT study in Taiwan. *Int J Drug Policy*. 2021 Jan 16;103119.
 168. Nimbi FM, Rosati F, Esposito RM, Stuart D, Simonelli C, Tambelli R. Sex in Chemsex: Sexual Response, Motivations, and Sober Sex in a Group of Italian Men Who Have Sex with Men with Sexualized Drug Use. *J Sex Med*. 2021 Dec 1;18(12):1955–69.
 169. Deimel D, Stoeber H, Hoesselbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V. Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduct J*. 2016 Dec 9;13:36.
 170. Pollard A, Nadarzynski T, Llewellyn C. Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Cult Health Sex*. 2018 Apr 3;20(4):411–27.
 171. Van Hout MC, Crowley D, O’Dea S, Clarke S. Chasing the rainbow: pleasure, sex-based sociality and consumerism in navigating and exiting the Irish Chemsex scene. *Cult Health Sex*. 2019 Sep 2;21(9):1074–86.
 172. Irfan SD, Sarwar G, Emran J, Khan SI. An uncharted territory of sexualized drug use: exploring the dynamics of chemsex among young and adolescent MSM including self-identified gay men in urban Dhaka, Bangladesh. *Front Psychol*. 2023 Jun 22;14:1124971.
 173. Milhet M, Shah J, Madesclaire T, Gaissad L. Chemsex experiences: narratives of pleasure. *Drugs Alcohol Today*. 2019 Jan 1;19(1):11–22.
 174. Graf N, Dichtl A, Deimel D, Sander D, Stöber H. Chemsex among men who have sex with men in Germany: motives, consequences and the response of the support system. *Sex Health*. 2018;15(2):151–6.

175. Tan RKJ, Phua K, Tan A, Gan DCJ, Ho LPP, Ong EJ, et al. Exploring the role of trauma in underpinning sexualised drug use ('chemsex') among gay, bisexual and other men who have sex with men in Singapore. *Int J Drug Policy*. 2021 Jun 24;97:103333.
176. Jaspal R, Bayley J. *HIV and Gay Men: Clinical, Social and Psychological Aspects*. London: Palgrave Macmillan; 2020.
177. This J, Lafortune D, Flores-Aranda J. Analyse des motivations associées à la pratique du chemsex selon l'orientation sexuelle. *Drogue Santé Société*. 2023 Jan 1;21:47.

CAPÍTULO 2

SUSTANCIAS EN EL CHEMSEX

FERNANDO CAUDEVILLA GÁLIGO

En este capítulo abordaremos los aspectos específicos que tienen que ver con las sustancias de uso más frecuente en los contextos de chemsex. Se trata de un fenómeno complejo en el que se mezclan los límites entre «drogas» y «fármacos». Como se explica en el texto, algunos psicoactivos sometidos a fiscalización internacional son o han sido fármacos de prescripción. Por otra parte, en el contexto del chemsex es frecuente el uso de medicamentos autorizados sin prescripción (fármacos para la disfunción eréctil, ansiolíticos, etc.).

Las drogas comúnmente asociadas al chemsex, como la metanfetamina, el GHB y la mefedrona, no solo deben ser entendidas en términos de sus efectos bioquímicos y farmacológicos, sino también en el contexto de los factores sociológicos y culturales que influyen en su uso. Esta comprensión nos permite abordar el fenómeno del chemsex de manera más integral, reconociendo que las motivaciones detrás del consumo de drogas pueden ser tan significativas como los efectos mismos de las sustancias.

Haremos mención específica al *slamming*, el uso intravenoso de drogas en el contexto del chemsex, destacando tanto su prevalencia como los riesgos asociados a esta práctica. Asimismo, evaluaremos el fenómeno emergente de las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NPS), cuya aparición y evolución desafían constantemente los esfuerzos de regulación y comprensión. Estas sustancias, a menudo imitaciones de drogas ya conocidas, plantean nuevos riesgos y desafíos tanto para los usuarios como para los profesionales de la salud.

Este capítulo, por lo tanto, no solo es una exploración de las sustancias mismas, sino también una inmersión en las complejidades que rodean su uso en el chemsex.

Al hacerlo, buscamos proporcionar una base sólida y comprensiva para los profesionales sanitarios, equipándolos para abordar esta realidad multifacética en su práctica clínica.

2.1. DROGAS Y SEXO: PERSPECTIVA FARMACOLÓGICA Y SOCIOCULTURAL

Existen multitud de fármacos que pueden modificar la función y expresión sexual a través de mecanismos farmacológicos bien establecidos. La Tabla 1 resume algunos de los fármacos de prescripción que tienen efectos directos sobre la esfera sexual: en algunos casos se aprovecha su efecto terapéutico y en otros aparecen como efectos adversos (no deseados) de un tratamiento sobre la esfera sexual (1).

TABLA 1. FÁRMACOS CON EFECTOS DIRECTOS SOBRE LA ESFERA SEXUAL

Efectos terapéuticos	Efectos negativos
Inhibidores PDE-5 y alprostadil (tratamiento de la disfunción eréctil)	Fármacos Psiquiátricos. Antidepresivos Cíclicos. Imipramina*, clorimipramina, nortriptilina, impiden la erección y la eyaculación. *ISRS (paroxetina, fluoxetina impiden la erección. Eutimizantes. Litio, impide la erección. Antipsicóticos. Haloperidol, impide la eyaculación.
Testosterona, bremelantonida (tratamiento del trastorno por deseo sexual hipoactivo)	Antihipertensores. Clonidina, metildopa, espironolactona e hidroclorotiazida impiden la erección.
Dapoxetina (tratamiento de la eyaculación precoz)	Sustancias de uso/abuso común. Alcohol, cannabis, cocaína, heroína, metadona impiden la erección.
	Otros. Antiparkinsonianos, clofibrato, digoxina, indometacina y propranolol impiden la erección.

La disfunción sexual aparece en el 50-80% de las personas en tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) y suele manifestarse como disminución de la capacidad de erección y retardo en la eyaculación en varones, y/o disminución de la libido en ambos sexos. Por su perfil particular, la trazodona no impide la erección ni la eyaculación. Otros medicamentos están espe-

cíficamente indicados para el tratamiento de la disfunción eréctil o la eyaculación precoz. Otras sustancias biológicamente activas no están sometidas a fiscalización internacional pero tampoco aprobadas con ninguna indicación terapéutica. Es el caso los nitritos de amilo o isobutilo («poppers»), sustancias volátiles que relajan del organismo y facilitan la penetración anal (2).

2.2. DROGAS Y SEXO: PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

Conviene destacar que no existe ningún fármaco o droga que estimule o incremente de forma específica el deseo y el rendimiento sexual. Las drogas utilizadas en contextos de chemsex no tienen efectos afrodisiacos, y su popularidad se explica mejor considerando aspectos sociológicos, simbólicos, grupales, rituales y culturales que por sus propiedades farmacológicas intrínsecas.

Muchas de las drogas utilizadas en «chemsex» son además fármacos de prescripción. El clorhidrato de metanfetamina aprobada por la *Food and Drug Administration* (FDA) está autorizado como segunda línea de tratamiento en adolescentes y adultos con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). El Gamma- hidroxibutirato (GHB) fue utilizado en clínica entre 1960 y 1970 como somnífero y/o anestésico y actualmente está aprobado por la *European Medicines Agency* (EMA) como tratamiento de la narcolepsia asociada a somnolencia diurna (la estructura molecular del «oxibato de sodio» y el GHB son idénticas). La ketamina es un anestésico disociativo utilizado desde hace 50 años que recientemente ha demostrado propiedades antidepressivas. Pues bien, en ninguno de estos casos las fichas técnicas o los estudios de seguimiento post-comercialización hacen referencia a efectos sobre la esfera sexual.

Además de su uso en el TDAH, la metanfetamina se ha utilizado antes como anorexígeno o estimulante en soldados durante la Segunda Guerra Mundial para potenciar el rendimiento físico (3). No hay referencias a su uso sexualizado en este contexto militar ni en sus usos terapéutico-históricos. Tampoco es una característica de su perfil de abuso más característico a nivel mundial: el uso inyectado intensivo asociado a delincuencia, marginación y desestructuración social, con un patrón de consumo similar al de la epidemia de heroína en Europa durante las décadas de los 80 y 90 del siglo pasado. Especialmente en el Sudeste Asiático, este problema constituye en la actualidad un desafío de salud pública de enorme magnitud.

La metanfetamina, el GHB y la mefedrona (4,-metilmetactinona, 4-MMC) se han definido como las tres drogas más asociadas al «chemsex». Dedicaremos la mayoría del capítulo a describir estas tres sustancias sin perder de vista la idea que acabamos de exponer. La asociación entre el «chemsex» y las drogas que acabamos de mencionar proviene del estudio de Bourne et al. (4), que analizó datos sobre tres barrios de Londres recogidos en 2010. Estudios posteriores sobre poblaciones específicas en Rusia, Canadá o Irlanda han encontrado patrones de consumo característicos y dife-

rentes, lo que nos muestra que estamos ante un fenómeno dinámico, con variabilidad geográfica y temporal (5-7).

2.3. PREVALENCIA Y RIESGOS DEL ‘SLAMMING’ EN EL CONTEXTO DE CHEMSEX

Tanto en inglés como en español, el término *slam* hace referencia la administración intravenosa como vía de consumo, en el contexto específico del «chemsex». Destacamos este aspecto porque la vía intravenosa es, de todas las vías de administración posibles, la que mayores riesgos conlleva (Tabla 2). Muchos autores consideran que vía intravenosa es sinónimo de uso problemático. Los riesgos principales de la vía intravenosa se detallan en la Tabla 2.

TABLA 2. RIESGOS DE LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE DROGAS

- Facilita el desarrollo de dependencia y uso compulsivo debido a la rápida acción de la droga y su potente efecto.
- Predispone a la aparición de complicaciones locales como abscesos y tromboflebitis, y complicaciones sistémicas incluyendo valvulopatías y trombosis pulmonar.
- Potencia los efectos tóxicos de las sustancias y sus adulterantes al eludir filtros biológicos como el hígado.
- Incrementa el riesgo de transmisión de infecciones como el VIH y el VHC al compartir material de inyección.

La metanfetamina y la mefedrona son las dos sustancias más asociadas a patrones de consumo problemático en el chemsex (8) aunque existen otras sustancias que son susceptibles de ser utilizadas por esta vía como la ketamina o la cocaína.

Los resultados de la revisión sistemática sobre la prevalencia del *slam* a nivel internacional publicados por Schreck et al., 2021 (9) indicaban que el fenómeno está definido de forma confusa y que los datos disponibles eran muy heterogéneos y poco útiles para ofrecer recomendaciones. En España, indican que el *slam* es, hasta la fecha, una práctica minoritaria tanto a nivel general como dentro de la población que practica chemsex. De los 10.634 hombres participantes en la encuesta EMIS-2017 (10) tan sólo un 0.8% refería uso inyectado de drogas en los 12 meses previos. En la encuesta a 486 hombres que habían practicado chemsex en el último año publicada por Zaro et al., 2016 (11) se comunicó el uso intravenoso en el 11.2% de los usuarios de metanfetamina y en el 9,8% de los de mefedrona. Esto es coherente con la baja aceptación de la vía intravenosa entre los usuarios de drogas y la asociación del chemsex con adultos jóvenes, una generación que asocia el consumo inyectado con el contexto con el impacto traumático social y sanitario que supuso la epidemia de heroína y VIH-SIDA en España.

Otros autores consideran que el *slam* puede tratarse de un fenómeno emergente y señalan la «erotización del uso inyectado» como un factor importante a considerar en su hipotética difusión (12). La naturaleza cambiante del fenómeno o la dificultad para monitorizar patrones de consumo minoritarios también son factores a considerar.

Nuestra insistencia en recalcar la baja prevalencia del *slam* solo pretende servir de advertencia ante mensajes sensacionalistas que se transmiten a través de los medios de comunicación (y también, en ocasiones, entre profesionales). Más allá de las estadísticas, los datos indican que existe un grupo de población expuesta a riesgos extremos en el que es prioritario implementar estrategias específicas de prevención e intervención.

2.4. EL FENÓMENO DE LAS NPS (NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES)

Las NPS (también conocidas como *Research Chemicals* (RCs) o *Legal Highs* (LHs), son una categoría heterogénea de drogas sintéticas que han aparecido recientemente en el mercado y que no están controladas por las convenciones internacionales de drogas. Estas sustancias pretenden imitar los efectos de drogas controladas y, a menudo, se venden con etiquetas como «no aptas para el consumo humano» para evadir la legislación. Incluyen una variedad de productos psicoactivos cannabinoides sintéticos, feniletilaminas, triptaminas y piperazinas. Ante la ilegalización de estas sustancias, los productores rápidamente introducen variantes moleculares ligeramente diferentes que evaden la legislación actual, perpetuando así su disponibilidad en el mercado. El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea ha detectado la presencia de 870 NPS en el periodo 2010-2020 (13).

Las características principales del grupo y su comparación con las drogas fiscalizadas tradicionales se resumen en la tabla 3.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS COMPARADAS DE LAS NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NPS) Y LAS DROGAS TRADICIONALES SUJETAS A FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL

	NPS	Drogas sujetas a fiscalización internacional
Comercialización	Internet, con facilidades de pago (Tarjeta de crédito, PayPal).	Tráfico ilegal, mercado negro asociado a criminalidad.
Efectos	Desconocidos, falta de ensayos clínicos.	Estudiados y documentados.
Accesibilidad	Muy alta, con venta on-line.	Variable.
Legalidad	No sujetas a fiscalización internacional.	Su venta y consumo está sujeta a desproporcionadas sanciones legales.
Percepción social	Se perciben como «más seguras» al ser legales.	Se perciben como «más peligrosas» por ser ilegales.
Toxicidad	Potencialmente muy elevada.	Variable y predecible.
Ejemplos	Cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, piperacinas, arilciclohexaminas, derivados de feniletilaminas y triptaminas.	Cannabis, cocaína, heroína, LSD, MDMA, metanfetamina.

La aparición de nuevas drogas sintéticas no es un fenómeno específico del chemsex. Pero, como detallaremos posteriormente, la mefedrona (4-metilmetcatinona) es una de las principales sustancias vinculadas al fenómeno. Tras ser ilegalizada en 2010 ha sido sustituida en el mercado por otros derivados como la 4-etilmetcatinona (4-MEC), la 3-metilmetcatinona (3-MMC) o la 4-clorometcatinona (4-CMC). La rapidez en la disponibilidad de estas sustancias es mayor que la capacidad de someterlas a fiscalización internacional.

Aunque la mefedrona y sus análogos son particularmente relevantes en contextos como el chemsex, es probable que en el futuro otras NPS emergentes adquieran popularidad en ámbitos recreativos o sexuales. Como veremos después, algunos NPS se han utilizado como adulterantes de metanfetamina en España.

2.5. PRINCIPALES DROGAS UTILIZADAS EN CONTEXTOS DE CHEMSEX

2.5.1. *Metanfetamina*

2.5.1.1. Aspectos generales

La metanfetamina, conocida coloquialmente como «tina», «meta», «meth» o «crystal meth», es un potente psicoestimulante del sistema nervioso central (SNC). Esta sustancia, se suele presentar en forma de cristales transparentes o en su forma menos frecuente en polvo. Actúa principalmente incrementando la liberación de dopamina, aunque también afecta a otros neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina.

2.5.1.2. Aspectos farmacológicos y neurobiológicos

La metanfetamina puede administrarse a través de diversas vías, cada una con sus propias implicaciones farmacocinéticas.

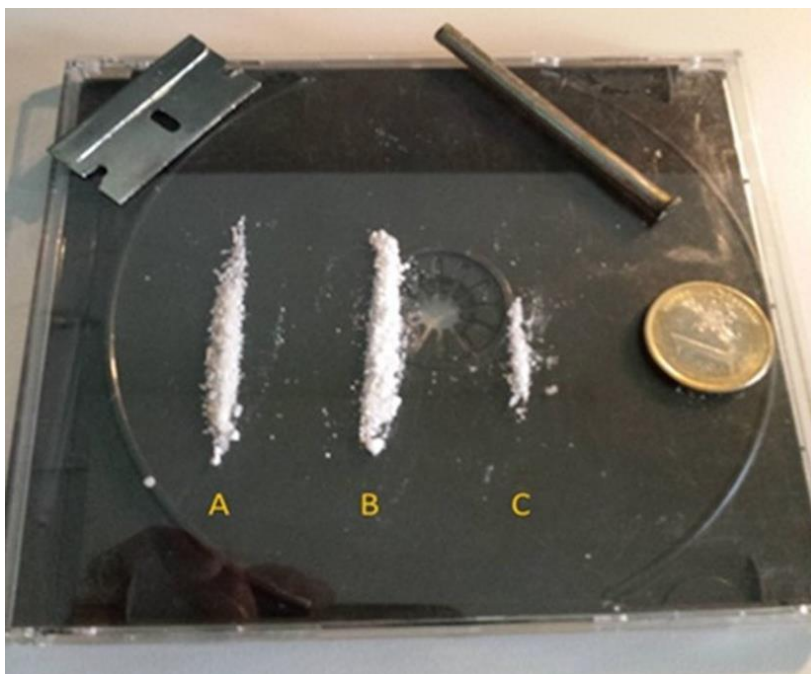
- Por vía intranasal (esnifado), fumada en pipa, o inyectada, produce efectos rápidos y pronunciados debido a su rápida absorción y paso al sistema nervioso central.
- La administración oral o intrarrectal (en enemas) presenta un perfil de absorción más lento, pero prolonga la duración de los efectos.

Independientemente de la vía de administración, dosis tan pequeñas como 5-15 mg de metanfetamina pura son suficientes para producir efectos significativos, con una duración que puede oscilar entre 6 y 8 horas.

La metanfetamina se caracteriza por su elevada potencia y prolongada duración de efectos, lo que incrementa el riesgo de sobredosificación y la manifestación de

efectos adversos graves. La Figura 1 ilustra la diferencia de dosis activa entre la metanfetamina y otras drogas de uso recreativo.

IMAGEN 1. DOSIS MEDIAS COMPARADAS DE DROGAS PARA VÍA INTRANASAL.
A) COCAÍNA, B) MEFEDRONA, C) METANFETAMINA



La acción principal de la metanfetamina en el SNC es la liberación masiva de dopamina, en particular en las regiones del cerebro asociadas con el sistema de recompensa y las vías mesocorticolímbica, nigroestriatal y tuberoinfundibular. Estas vías están implicadas en la regulación de respuestas emocionales, motivación, control de la actividad motora y, crucialmente, en el sistema de recompensa cerebral, lo que, de acuerdo con las hipótesis neurobiológicas aceptadas, subyace a la naturaleza adictiva de la droga. La sobreestimulación del sistema de recompensa produce los efectos psicoactivos deseados por los usuarios, tales como euforia, aumento del estado de ánimo, iniciativa, autoconfianza, locuacidad, incremento de la actividad física, energía y un estado de alerta mejorado. Además, provoca una disminución del apetito y la necesidad de sueño, y mejora el rendimiento en tareas repetitivas o sencillas (14).

2.5.1.3. Efectos

a. Agudos

La metanfetamina tiene una duración de efectos entre 6-8 horas:

- Deseados: sensación de euforia y bienestar con una mejora en el estado de ánimo, iniciativa y autoconfianza, locuacidad, aumento de la actividad física y energía, disminución de la fatiga, sueño y apetito.
- No deseados: taquicardia, agitación, locuacidad excesiva, insomnio, problemas de erección y eyaculación con dosis medias-altas. Xerostomía (sequedad bucal) y trismus (contractura de la musculatura mandibular) que pueden desencadenar problemas dentales graves a medio-largo plazo («meth mouth») (15). Comportamientos agresivos, paranoides o compulsivos.

b. Efectos adversos a largo plazo y toxicidad

- Riesgos cardiovasculares y cerebrovasculares: el riesgo de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, como infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares, aumenta con la escalada en la dosis y la frecuencia de uso (16).
- Salud Mental: se ha documentado que, en algunos individuos, el consumo de metanfetamina puede precipitar comportamientos impulsivos, compulsivos o agresivos, lo que puede tener consecuencias legales y sociales graves (17). Estas manifestaciones conductuales son indicativas de las alteraciones neuropsiquiátricas que pueden ocurrir con el uso de la sustancia.
- Abuso y dependencia: la metanfetamina produce tolerancia farmacológica con rapidez y es necesario incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos. El riesgo de dependencia es más elevado al de otras drogas de uso recreativo. Es relativamente frecuente que personas capaces de controlar el uso recreativo de otras sustancias tengan problemas para poner límites a su consumo de metanfetamina (18). Los problemas familiares, económicos y sociales en usuarios habituales de metanfetamina son frecuentes (19). Las vías de administración inyectada y fumada incrementan estos riesgos.
- Son característicos síntomas de abstinencia de tipo depresivo y psicótico que se prolongan durante una semana aproximadamente. La aparición de episodios de *craving* se puede mantener durante semanas o meses (20). En general, los tratamientos farmacológicos estudiados hasta el momento (aripiprazol, gabapentina, ondansetron, mirtazapina...) no han demostrado eficacia frente a placebo (21). El uso de derivados anfetamínicos (bupropion, metilfenidato, dexanfetamina) puede ser útil en pacientes seleccionados y en el contexto de un programa integral (22).

- Neurotoxicidad: hay evidencia clara en modelos animales de que la administración prolongada de metanfetamina es tóxica para las células que liberan dopamina. Se han conseguido provocar modelos experimentales de parkinsonismo en distintas especies al administrar metanfetamina en dosis y frecuencias altas (23). Aún hay controversia sobre si el abuso crónico de metanfetamina puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Parkinson (24).
- Adulteración: la práctica común de fumar metanfetamina en contextos de «chemsex» dificulta su adulteración debido a las propiedades físico-químicas únicas de la droga. Los adulterantes con puntos de fusión distintos producirán residuos sólidos en la combustión, alterando el color, sabor y otras características inherentes a la metanfetamina pura. No obstante, dichos adulterantes son más difíciles de detectar en el uso inyectado, incrementando los riesgos para los usuarios (25).

Dos fenómenos de adulteración destacan por su relevancia y riesgo. En Estados Unidos y Canadá, se ha reportado que hasta un 30% de las muestras de metanfetamina analizadas entre 2017 y 2019 contenían fentanilo o sus derivados, potentes opioides sintéticos activos en microgramos, capaces de provocar una parada cardiorrespiratoria con dosis muy bajas. Este patrón de adulteración, ausente en Europa, ha sido implicado en el 30-50% de las muertes relacionadas con el consumo parenteral de drogas en América del Norte (26,27). En España, específicamente en Madrid, Barcelona y Valencia, la pandemia de COVID-19 perturbó el mercado de drogas ilícitas, resultando en una escalada de precios y la aparición de adulterantes como la efedrina, un precursor químico con aspecto cristalino similar pero sin los efectos psicoactivos de la metanfetamina, y la α -pirrolidinopentiofenona (alfa-PVP), una catinona sintética perteneciente al grupo de las NPS asociada a síntomas severos de hiperestimulación, paranoia, delirio y alucinaciones. Aunque se ha vendido como «alpha», en ocasiones se ha hecho pasar fraudulentamente por metanfetamina (28).

2.5.2. GHB (*Gamma-hidroxibutirato*) /GBL (*Gamma-butirolactona*)

2.5.2.1. Aspectos generales

El GHB suele encontrarse como líquido incoloro y transparente de sabor ligeramente salado, o con menos frecuencia, en forma de polvo. El GBL (gamma- butirolactona) es su precursor directo, siendo un reactivo con múltiples aplicaciones en química y cosmética que puede adquirirse de forma relativamente sencilla a través de Internet (29).

La transformación de GBL a GHB es una sencilla reacción química con hidróxido sódico (sosa cáustica). El GBL también se convierte en GHB por acción del pH

ácido del estómago (30). Debido a que el GBL es legal y el GHB una droga fiscalizada, es más frecuente tanto el tráfico como el uso del primero.

El GHB se encuentra de forma natural como neurotransmisor a bajas concentraciones en todos los mamíferos, sintetizándose principalmente por desaminación a partir del neurotransmisor ácido γ -aminobutírico (GABA) (31). Las diferencias entre GBL y GHB se detallan en la Tabla 4.

TABLA 4. DIFERENCIAS ENTRE EL GBL Y EL GHB.

	GBL	GHB
Nombre químico	Gamma butirolactona	Gamma hidroxibutirato
Fiscalizado	No	Sí
Olor	Intenso olor a producto químico	Ninguno
Sabor	Repugnante y nauseabundo	Neutro, ligeramente salado
Corrosivo para plásticos y mucosas	Sí	No

2.5.2.2. Aspectos farmacológicos y neurobiológicos.

Actúa acoplándose a dos tipos de receptores en el espacio sináptico: uno «específico del GHB» y otro de GABA-B. La activación de ambos es responsable de sus efectos sedantes, somníferos y placenteros (32). Los efectos en el organismo dependerán de la dosis, ya que dependiendo de la concentración se activarán distintos receptores (33).

La forma de uso más habitual es bebida, de forma directa o disuelto en una copa o refresco. Es conocido como «chorri», potes, biberones, o G.

La detección del GHB en fluidos biológicos como la sangre, orina o cabello no es posible a través de los test habituales y sus técnicas están reservadas para la medicina forense. Se han comunicado casos en los que el GHB ha sido utilizado en contextos de chemsex como droga de sumisión química oportunista (34). Una revisión sistemática (35) sobre este aspecto sugería ser prudentes a la hora de asociar el GHB con este uso de forma generalizada: un enfoque sensacionalista puede ser contraproducente y engañoso ya que desvía la atención de la sustancia más relacionada con agresiones sexuales: el alcohol.

2.5.2.3. Efectos agudos

La dosis recreativa es entre 0.5-1.5 ml de GHB/GBL puros cada 2-3 horas, lo que suele producir los efectos deseados con un bajo riesgo de sobredosis incluso considerando las diferencias interindividuales. Dosis o frecuencias más altas facilitan la intoxicación aguda.

A las dosis señaladas el GHB/GBL produce un efecto relativamente parecido al del alcohol (p. ej., euforia, desinhibición, locuacidad, relajación). Los efectos comienzan 20-30 minutos después de la toma y se prolongan durante unas dos horas (36). También pueden aparecer epigastralgia, mareo y vómitos como efectos adversos agudos.

2.5.2.4. Problemas específicos

a. Sobredosificación

Las urgencias por sobredosis son relativamente frecuentes y han experimentado un crecimiento importante en los últimos años (37). Los motivos que explican este hecho se resumen en la Tabla 5.

**TABLA 5. MOTIVOS QUE FACILITAN LA DIFUSIÓN DEL GHB/GBL
Y SU INTOXICACIÓN AGUDA**

- El precursor es fácilmente disponible y su ilegalización sería un grave problema para la industria química.
- El margen de seguridad del GHB/GBL es menor al de otras sustancias. Dosis por encima de 3 gramos pueden producir sueño profundo.
- El hecho de que pueda diluirse en agua facilita la adulteración y dificulta la dosificación adecuada.
- La mezcla de GHB/GBL con depresores (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, ketamina) incrementa el riesgo de intoxicación de forma exponencial.

El cuadro clínico se caracteriza por la disminución del nivel de consciencia en diferentes grados (pudiendo llegar con frecuencia al coma profundo), que no responde a la administración de flumazenilo ni naloxona y que se recupera espontánea y rápidamente al cabo de pocas horas.

No se han encontrado hasta el momento antídotos eficaces para revertir la intoxicación por GHB. La fisostigmina ha resultado eficaz en modelos animales, pero en la mayoría de los casos el balance beneficios/riesgos en humanos no es adecuado. Ya que la resolución del cuadro es espontánea (por la rápida metabolización del GHB a través del Ciclo de Krebs) las medidas de soporte son el tratamiento de elección (38). En la mayoría de las ocasiones bastan medidas de soporte (adoptar posición de seguridad, aspiración de secreciones). Si aparece bradipnea importante o disminución de la saturación arterial de oxígeno puede estar indicada la intubación orotraqueal (39).

b. Dependencia

El uso continuado durante varios días o semanas de GHB puede dar lugar a un cuadro de dependencia. En estas personas, dejar de tomar GHB de forma brusca puede desencadenar un síndrome de abstinencia (caracterizado por temblor, alucinaciones, taquicardia, e insomnio, entre otros síntomas) que en casos graves puede acompañarse de rabdomiolisis (destrucción del tejido muscular), convulsiones y delirios (Tabla 6). El cuadro clínico es relativamente similar al de la abstinencia por alcohol o benzodiacepinas (40).

TABLA 6. CLÍNICA DE LA ABSTINENCIA A GHB/GBL

Moderados	Graves
Insomnio	Delirium
Temblor	Alucinaciones, psicosis
Ansiedad	Crisis hipertensiva
	Rabdomiolisis
	Convulsiones
	Agitación

Los síntomas suelen aparecer 24 horas después de la última exposición. Los vómitos son el síntoma precoz más típico. Es destacable que el curso clínico de los síntomas de abstinencia puede prolongarse hasta 14 días.

El tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia se basa en el uso de benzodiacepinas (diazepam o lorazepam) o la reducción gradual de dosis de GHB/GBL en un periodo de 10-14 días (41). Existen tablas que permiten estimar la dosis diaria de estos fármacos y su duración dependiendo de las dosis y frecuencias de consumo habitual de GHB. Se han utilizado también otros fármacos como el pentobarbital o el baclofeno.

2.5.3. Mefedrona (4-Metilmetcatinona, 4-MMC)

2.5.3.1. Aspectos generales

La mefedrona, químicamente designada como 4-metilmetcatinona (4-MMC), se categoriza dentro del grupo de las NPS descrito en el punto 3 de este capítulo. Esta sustancia es estructural y farmacológicamente similar a las catinonas presentes en las hojas del khat (*Catha edulis*) (, un arbusto nativo de Sudán y Etiopía utilizado de forma tradicional como estimulante. Sin embargo, la síntesis de la mefedrona y sus derivados no requiere del vegetal.

Con una historia reciente en la subcultura de la música electrónica, en especial la escena londinense a principios de los años 2010, la mefedrona ascendió en popularidad durante un período de escasez de 3,4-Metilendioximetanfetamina (MDMA). Se comercializaba clandestinamente en línea bajo descripciones como «fertilizante» y atraía a los usuarios por sus efectos psicoactivos, que se describen como una combinación de las propiedades estimulantes de la cocaína o las anfetaminas, junto con un elemento empatógeno similar al experimentado con la MDMA.

Físicamente, la mefedrona se presenta en forma de cristales, transparentes o de tonalidades amarillentas. Las vías de administración más frecuente es la intranasal aunque se ha asociado también al fenómeno del *slam* (8,11). También es posible su administración oral o intrarrectal.

2.5.3.2. Aspectos farmacológicos

Las dosis recreativas típicas oscilan alrededor de los 50 mg cuando se administra por vía intranasal con una duración de efectos corta (1-2 horas). Los primeros estudios en animales, que sugerían unos efectos similares a los de las anfetaminas a nivel neurobiológico y un elevado potencial de dependencia se publicaron en 2011 (42). Su metabolismo en humanos y el perfil de efectos estimulantes con un componente perceptivo similar al de la MDMA se describieron de forma precisa en los ensayos clínico-farmacológicos en humanos publicados a partir de 2016, seis años después de su fiscalización internacional (43-44).

No existen datos sobre la farmacología humana de las sustancias que la han sustituido en el mercado recreativo (3-MMC, 4-MEC, 4-CMC...) y los escasos datos disponibles proceden de casos clínicos procedentes de urgencias hospitalarias o encuestas *online* a usuarios (46-47). Los efectos estimulantes/empatógenos y el deseo compulsivo de redosificación (particularmente al utilizar la vía intravenosa) parecen ser aspectos comunes a todo el grupo.

2.5.3.3. Problemas específicos

a. Efectos adversos y toxicidad

La ausencia de estudios farmacológicos y toxicológicos sobre la mefedrona y sus análogos plantea serios desafíos en cuanto a la hora de evaluar de sus riesgos. Sin embargo, su relativa similitud estructural y farmacológica con las anfetaminas nos proporciona una base para predecir algunos de sus efectos adversos y manifestaciones de toxicidad. Entre estos, se incluyen síntomas físicos como el incremento en la frecuencia cardíaca, palpitaciones, midriasis, sequedad bucal, bruxismo, tensión mandibular, supresión del apetito, y una sudoración

intensa acompañada de un olor característico. La vasoconstricción periférica, manifestada por cambios de coloración y enfriamiento de extremidades, también ha sido asociada con su uso. Tras el cese de los efectos y dependiendo de la dosis y susceptibilidad individual, se pueden experimentar síntomas como fatiga, somnolencia, ansiedad, e insomnio. Como sucede con otros estimulantes, en dosis y frecuencias elevadas, los síntomas depresivos pueden intensificarse y llegar a ser graves (49-50).

Desde el año 2008, han sido reportadas diversas muertes en relación con el consumo de mefedrona, aunque la dosis tóxica en humanos no ha sido claramente establecida.

b. Adulteración

Como ya se ha señalado, la fiscalización internacional de la mefedrona en 2010 ha dado lugar a su progresiva sustitución por otras catinonas de efectos aún más desconocidos e imprevisibles. El análisis químico de 237 muestras de droga compradas como «mefedrona» entre 2010 y 2012 reveló la progresiva sustitución de la 4-MMC por la 4-metilecatinona (4-MEC) en el periodo de tiempo estudiado (51). La 4-MEC fue prohibida entre 2014 y 2017 en la mayoría de los países y en pocas semanas otros compuestos como la 3-metilecatinona (3-MMC) o la 4-clorometcatinona (4-CMC) ocuparon su lugar (hasta su fiscalización en 2023).

En la práctica, la «mefe» disponible en el mercado negro procede de páginas de venta de NPS, donde se pueden encontrar decenas de catinonas sintéticas distintas a la 4-MMC, la 4-MEC, 3-MMC y 4-CMC. Pero el mercado sigue abasteciéndose con los 2-metilecatinona (2-MMC), 3-clorometcatinona (3-CMC), 3-fluorometcatinona (3-FMC), 4-cloroetcatinona (4-CEC), así como los múltiples derivados de pentedrona y hexedrona. En la práctica, las muestras de «mefe» raramente contienen 4-MMC sino cualquier combinación de las sustancias mencionadas que jamás han sido estudiadas en animales ni en humanos.

Este hecho pone en cuestión la eficacia de las políticas de drogas vigentes, que consideran que castigar por vía penal la venta de determinadas sustancias soluciona el problema. Aunque universalmente aceptado, se pasan por alto las repercusiones de este ejercicio de pensamiento mágico sobre la salud pública o la investigación científica. Un abordaje más acorde con la evidencia científica y más respetuoso con los derechos humanos supone un reto de cara a la prevención y la intervención.

2.5.4. Otras sustancias

Aunque hemos presentado las tres drogas más significativas de forma separada por motivos didácticos, no debemos perder de vista que el patrón de consumo más frecuente es el del policonsumo de sustancias, lo que puede dificultar el diagnóstico y el manejo clínico a la hora de evaluar y manejar una intoxicación.

Otras drogas de uso recreativo habitual también pueden emplearse en contextos de chemsex. La Tabla 7 sintetiza algunos aspectos de las más relevantes.

TABLA 7. OTRAS DROGAS/FÁRMACOS DE USO RECREATIVO FRECUENTES EN CONTEXTOS DE CHEMSEX

Nombre	Nombre en argot	Presentación	Vía de administración	Efectos deseados	Efectos adversos /tóxicos	Duración
Nitritos de alquilo /butilo	Poppers	Líquido volátil	Inhalada	Euforia, deseo de socialización. Excitación y aumento de potencia sexual, sensaciones placenteras prolongadas	Toxicidad retiniana. Hipoxia Anemia hemolítica	1-2 min.
MDMA	Éxtasis, eme, cristal, x	Cristales, polvo o comprimidos	Oral	Estimulación, sentimientos de empatía, aceptación y conexión	Ansiedad. Taquicardia. Bruxismo «Golpe de calor» Síntomas afectivos y resaca	6 h.
Cocaína	Coca, blanca, farlopa	Polvo blanco	Esnifada Fumada (base) Intravenosa	Activación, excitación sexual, hiperalerta	Ideación paranoide Hiperactivación adrenérgica Vasoespamo, arritmias e isquemia	45 min.
Ketamina	Keta, vitamina K Special K	Polvo, cristales, líquido	Esnifada Oral Intramuscular	Estimulación inicial, relajación, empatía, mejora de la percepción Disociación	Midriasis. Desrealización Pérdida de control motor, caídas Síntomas confusionales/ disociativos Hepato y nefro y neurotoxicidad	2-3 h.

Inhibidores de la 5-fosfo-diesterasa (PDE-5)	Sildenafil (Viagra®), vardenafilo (Levitra®) y tadalafilo (Cialis®)	Comprimidos	Oral	Mantenimiento de la erección	Cefalea, dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (tinción azul de la visión). Pérdida de audición Isquemia coronaria	Sildenafil y vardenafilo: 4-8 h. Tadalafilo: 36 h
--	---	-------------	------	------------------------------	--	---

Los poppers son distintos compuestos nitrogenados (nitrito de amilo, nitrito de isobutilo) que se presentan en pequeños frascos (5-20 ml) que contienen la sustancia en forma líquida. Los poppers son volátiles y se utiliza inhalándolo directamente desde el frasco. Su efecto relajante sobre la musculatura lisa produce hipotensión («sensación de mareo») y facilita la penetración anal. No generan dependencia (no se asocia a usos compulsivos, pérdida de control sobre la sustancia, intentos infructuosos de frenar su uso, etc.) pero sí tolerancia farmacológica con rapidez. De forma infrecuente se han asociado con problemas visuales (maculopatía por poppers) que suele desaparecer al cesar el consumo (52).

Tampoco debemos perder de vista el uso de fármacos depresores del SNC. Benzodiacepinas y fármacos Z o antihistamínicos (más accesibles al no requerir de receta médica) se utilizan con frecuencia para contrarrestar los efectos negativos de un exceso de estimulantes o conciliar el sueño después de una sesión. Además de sus efectos adversos habituales (los «fármacos Z» producen amnesia y alucinaciones con mayor frecuencia), los fenómenos de tolerancia, dependencia o rebote pueden ser un problema añadido.

Debido a la asociación entre el fenómeno del chemsex e infección por VIH/SIDA señalamos algunas interacciones farmacológicas que pueden tener relevancia clínica (Tabla 8). El cuadro incluye también otras interacciones relevantes entre drogas de uso recreativo y fármacos, como los inhibidores de la PDE-5 y los poppers.

TABLA 8. ALGUNAS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS RELEVANTES.

Sustancia	Sustancia	Interacción	Riesgos
Fármacos para la disfunción erectil	Poppers	Potencia efecto vasodilatador	Hipotensión grave
Metanfetamina	Mefedrona u otros estimulantes	Hiperactivación del sistema simpático	Hipertensión taquicardia, hipertermia, deshidratación, eventos cardiovasculares
GHB	Alcohol y otros depresores del SNC (opiáceos, benzodiacepinas, antihistamínicos...)	Incremento de toxicidad de GHB	Depresión SNC, obnubilación, coma, depresión respiratoria, muerte
Antirretrovirales con potenciadores Ritonavir / Cobicistat	ketamina, sildenafilo	Inhibición de CYP3A4	Incremento de niveles de ketamina y sildenafilo en organismo
Antirretrovirales con potenciadores Ritonavir/ Cobicistat	GHB, mefedrona, metanfetamina, MDMA	Inhibición de CYP2D6	Incremento de niveles de GHB, mefedrona, metanfetamina, MDMA en el organismo

Referencias bibliográficas

1. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, editors. Sexualidad humana y disfunciones sexuales. In: Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 12th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2022. p. 17.
2. Romanelli F, Smith KM, Thornton AC, Pomeroy C. Poppers: epidemiology and clinical management of inhaled nitrite abuse. *Pharmacotherapy*. 2004;24(1):69- 78.
3. Rasmussen N. On speed: The many lives of amphetamine. New York: NYU Press; 2011.
4. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. The chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2015. Available from: <https://sigmaresearch.org.uk/files/report2014a.pdf> [Accessed 2023 Nov 14].
5. Skryabin VY, Bryun EA, Maier LJ. Chemsex in Moscow: investigation of the phenomenon in a cohort of men who have sex with men hospitalized due to addictive disorders. *Int J STD AIDS*. 2020;31(2):136-141.
6. Parent N, Ferlatte O, Milloy MJ, Fast D, Knight R. The sexualised use of cannabis among young sexual minority men: «I'm actually enjoying this for the first time». *Cult Health Sex*. 2020;28:1-16.

7. Barrett P, O'Donnell K, Fitzgerald M, Schmidt AJ, Hickson F, Quinlan M, et al. Drug use among men who have sex with men in Ireland: Prevalence and associated factors from a national online survey. *Int J Drug Policy*. 2019;64:5-12.
8. Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, Desai M. Sexualised drug use in the United Kingdom (Chemsex): motivations, consequences and the response of the health and social care system. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4):e000833.
9. Schreck B, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Laforge E, Grall-Bronnec M. Slam Practice: A Review of the Literature. *Eur Addict Res*. 2021;27(3):161–178.
10. Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
11. Zaro I, Navazo T, Vazquez J, García A, Ibarguchi L. Aproximación al ChemSex en España 2016. Madrid: ImaginaMas- Apoyo Positivo; 2016. Available from: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximaci%C3%B3n-Chemsex-en-Espa%C3%B1a-2016.pdf> [Accessed 2023 Nov 14].
12. Scheibein F, Wells J, Henriques S, Van Hout MC. «Slam Sex» - Sexualized Injecting Drug Use («SIDU») Amongst Men Who Have Sex with Men (MSM) - A Scoping Review. *J Homosex*. 2021;68(14):2344-2358.
13. Vari MR, Mannocchi G, Tittarelli R, Campanozzi LL, Nittari G, Feola A, Umani Ronchi F, Ricci G. New Psychoactive Substances: Evolution in the Exchange of Information and Innovative Legal Responses in the European Union. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8704.
14. Cruickshank CC, Dyer KR. A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. *Addiction*. 2009;104(7):1085–1099.
15. De-Carolis C, Boyd GA, Mancinelli L, Pagano S, Eramo S. Methamphetamine abuse and «meth mouth» in Europe. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20(2):e205–e210.
16. Richards JR, Harms BN, Kelly A, Turnipseed SD. Methamphetamine use and cardiovascular disease. *Arch Intern Med*. 2020;180(19):1995-2003.
17. Zweben JE, Cohen JB, Christian D, Galloway GP, Salinardi M, Parent D, Iguchi M. Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *Am J Addict*. 2004;13(2):181-190.
18. Courtney KE, Ray LA. Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug Alcohol Depend*. 2014;143:11-21.
19. McKetin R, Lubman DI, Baker AL, Dawe S, Ali RL. Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: Evidence from a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(3):290-299.
20. McGregor C, Srisurapanont M, Jittiwutikarn J, Laobhripatr S, Wongtan T, White JM. The nature, time course, and severity of methamphetamine withdrawal. *Addiction*. 2005;100(9):1320-1329.

21. Acheson LS, Williams BH, Farrell M, McKetin R, Ezard N, Siefried KJ. Pharmacological treatment for methamphetamine withdrawal: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Drug Alcohol Rev.* 2023;42(1):7–19.
22. Tardelli VS, Bisaga A, Arcadepani FB, Gerra G, Levin FR, Fidalgo TM. Prescription psychostimulants for the treatment of stimulant use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology.* 2020;237(8):2233–2255.
23. Jayanthi S, Daiwile AP, Cadet JL. Neurotoxicity of methamphetamine: Main effects and mechanisms. *Exp Neurol.* 2021;344:113-127.
24. Lappin JM, Darke S. Methamphetamine and heightened risk for early-onset stroke and Parkinson's disease: A review. *Exp Neurol.* 2021;343:793—800.
25. McGowan CR, Harris M, Platt L, Hope V, Rhodes T. Fentanyl self-testing outside supervised injection settings to prevent opioid overdose: Do we know enough to promote it? *Int J Drug Policy.* 2020;63:101-107
26. Peters RJ Jr, Yacoubian GS Jr, Baumler ER, Ross MW, Johnson RJ, Stephens T. Methamphetamine users in a Midwest metropolitan area of the United States: The association with contracting HIV. *J Psychoactive Drugs.* 2018;40(2):159-166.
27. Marshall BDL, Krieger MS, Yedinak JL, Ogera P, Banerjee P, Alexander-Scott NE, Green TC, Brinkley-Rubinstein L. Epidemiology of fentanyl-involved drug overdose deaths: A geospatial retrospective study in Rhode Island, USA. *Int J Drug Policy.* 2020;78:102668.
28. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). EU Drug Markets Impact of COVID-19. 2020. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/eu-drug-markets-impact-of-covid-19_en [Accessed 2023 Nov 14].
29. Miotto K, Darakjian J, Basch J, Murray S, Zogg J, Rawson R. Gamma-hydroxybutyric acid: patterns of use, effects, and withdrawal. *Am J Addict.* 2001;10(3):232-241.
30. Palatini P, Tedeschi L, Frison G, Padrini R, Zordan R, Orlando R, Gallimberti L, Gessa GL, Ferrara SD. Dose-dependent absorption and elimination of gamma- hydroxybutyric acid in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol.* 1993;45(4):353- 356.
31. Kash TL, Jenkins A, Kelley JC, Trudell JR, Harrison NL. Coupling of agonist binding to channel gating in the GABA(A) receptor. *Nature.* 2006;446(7132):642- 646.
32. Maitre M. The gamma-hydroxybutyrate signalling system in brain: organization and functional implications. *Prog Neurobiol.* 1997;51(3):337-361.
33. Carter LP, Koek W, France CP. Behavioral analyses of GHB: receptor mechanisms. *Pharmacol Ther.* 2009;121(1):100-114.

34. Fernández Alonso C, Quintela Jorge Ó, Ayuso Tejedor S, Santiago-Sáez AE, González Armengol JJ. Intoxicación aguda por nuevas drogas de abuso en probables casos de sumisión química oportunista y/o mixta y chemsex en pacientes VIH atendidos en urgencias. *Emergencias*. 2019;31(4): [pages]. Available from: <https://emergenciasojs.portalsemes.org/index.php/emergencias/article/view/1918> [Accessed 2023 Nov 14].
35. Németh Z, Kun B, Demetrovics Z. The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *J Psychopharmacol*. 2010;24(9):1281–1287.
36. Degenhardt L, Darke S, Dillon P. GHB use among Australians: characteristics, use patterns, and associated harm. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71(1):77-83.
37. Liechti ME, Kunz I, Greminger P. Clinical course of gamma-hydroxybutyrate overdose. *Ann Emerg Med*. 2006;47(5):444-450.
38. Thai D, Dyer JE, Jacob P, Haller CA. Clinical pharmacology of 1,4-butanediol and gamma-hydroxybutyrate after oral 1,4-butanediol administration to healthy volunteers. *Clin Pharmacol Ther*. 2007;81(2):178-184.
39. Chin RL, Sporer KA, Cullison B, Dyer JE, Wu TD. Clinical course of gamma-hydroxybutyrate overdose. *Ann Emerg Med*. 1998;31(6):716-722.
40. Galloway GP, Frederick SL, Staggers FE, Gonzales M, Stalcup SA, Smith DE. Gamma-hydroxybutyrate: an emerging drug of abuse that causes physical dependence. *Addiction*. 1997;92(1):89-96.
41. McDonough M, Kennedy N, Glasper A, Bearn J. Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: a review. *Drug Alcohol Depend*. 2004;75(1):3-9.
42. Kehr J, Ichinose F, Yoshitake S, Gojny M, Sievertsson T, Nyberg F, Yoshitake T. Mephedrone compared with MDMA (ecstasy) and amphetamine rapidly increases both dopamine and 5-HT levels in nucleus accumbens of awake rats. *Br J Pharmacol*. 2011;164(8):1949–1958.
43. Olesti E, Farré M, Papaseit E, Krotonoulas A, Pujadas M, de la Torre R, Pozo ÓJ. Pharmacokinetics of Mephedrone and Its Metabolites in Human by LC-MS/MS. *AAPS J*. 2017;19(6):1767–1778.
44. Papaseit E, Pérez-Mañá C, Mateus JA, Pujadas M, Fonseca F, Torrens M, Olesti E, de la Torre R, Farré M. Human Pharmacology of Mephedrone in Comparison with MDMA. *Neuropsychopharmacology*. 2016;41(11):2704–2713.
45. Tomczak E, Woźniak MK, Kata M. Blood concentrations of a new psychoactive substance, 4-chloromethcathinone (4-CMC), determined in 15 forensic cases. *Forensic Toxicol*. 2018;36:476–485.
46. Nugteren-van Lonkhuyzen JJ, Essink S, Rietjens SJ, Ohana D, de Lange DW, van Riel AJHP, Hondebrink L. 3-Methylmethcathinone (3-MMC) Poisonings: Acute Clinical Toxicity and Time Trend Between 2013 and 2021 in the Netherlands. *Ann Emerg Med*. 2022;80(3):203–212.

47. Sande M. Characteristics of the use of 3-MMC and other new psychoactive drugs in Slovenia and the perceived problems experienced by users. *Int J Drug Policy*. 2016;27:65–73.
48. Cosbey SH, Peters KL, Quinn A, Bentley A. Mephedrone (methylnmethcathinone) in toxicology casework: a Northern Ireland perspective. *J Anal Toxicol*. 2013;37(2):74–82.
49. Vallecillo G, Losada A, Inciarte A, Jiwei C, Monterde A, Salgado E, Doi AL, Monclus E, Perelló R. Increasing emergency department admissions for chemsex-related intoxications in Barcelona, Spain among people living with HIV: an observational study from 2018 to 2020. *BMC Public Health*. 2022;22(1):346.
50. Caudevilla-Gálligo F, Ventura M, Indave Ruiz BI, Fornís I. Presence and composition of cathinone derivatives in drug samples taken from a drug test service in Spain (2010-2012). *Hum Psychopharmacol*. 2013;28(4):341–344.
51. Van Bol LB, Kurt RA, Keane PA, Pal B, Sivaprasad S. Clinical Phenotypes of Poppers Maculopathy and Their Links to Visual and Anatomic Recovery. *Ophthalmology*. 2017;124:1425-1427.

CAPÍTULO 3

SALUD FÍSICA EN EL CHEMSEX

OSKAR AYERDI AGUIRREBENGOA Y EVA ORVIZ GARCÍA

3.1. ANAMNESIS SEXUAL

Para llevar a cabo una adecuada evaluación del riesgo individual relacionada con las prácticas sexuales es preciso realizar una completa historia clínica que recoja características sociodemográficas, clínicas y conductuales. Es necesario entrevistar al paciente a solas, creando un adecuado clima de confianza, explicando la relevancia de preguntar sobre su vida sexual, ya que en base a esta se diseñará el manejo individualizado. Es importante no hacer suposiciones respecto a sus conductas sexuales y emplear un vocabulario adecuado a cada paciente dado que pudiera desconocer su significado. Es conveniente comenzar con las preguntas menos sensibles, primero historia clínica general, pasando después a la historia sexual. La confortabilidad y confidencialidad son claves para el buen desarrollo de la entrevista clínica. Las preguntas serán abiertas sin hacer suposiciones sobre las prácticas sexuales (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró algunos grupos poblacionales especialmente vulnerables frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que una historia clínica dirigida que incluya una anamnesis sexual detallada es imprescindible sobre todo a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que mantienen relaciones sexuales con diferentes parejas con un uso irregular del preservativo o consumo de sustancias recreativas en un contexto sexual, chemsex (2,3).

Con el objetivo de facilitar la recogida de información para una historia sexual completa, la OMS propone la regla de los «5Ps» mediante la cual preguntaremos sobre: el número y seroestatus frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de

las parejas sexuales, prácticas sexuales mantenidas (p. ej., oral, anal, vaginal), uso de preservativo u otras medidas preventivas como la profilaxis pre-exposición (PrEP) o post-exposición (PPE), diagnóstico previo de ITS como gonococia, clamidiasis, sífilis, VIH y, en los casos susceptibles, medidas de prevención frente al embarazo no deseado (4). En la tabla 1, se describen de forma más detallada las variables a recoger para una anamnesis sexual completa.

En los pacientes con manifestaciones clínicas sugerentes de alguna ITS se recomienda realizar una anamnesis dirigida recogiendo información sobre las características y duración de los síntomas, tiempo transcurrido desde la última práctica sexual de riesgo hasta la aparición de sintomatología, síntomas de sus contactos sexuales recientes o antecedentes de ITS. También, realizar una exploración física especialmente dirigida a las regiones anatómicas que participan en las relaciones sexuales, como genitales, el ano, recto, boca y piel (5). Por otro lado, muchas ITS cursan de manera asintomática, sobre todo aquellas de localización extragenital, por lo que es muy importante tener en cuenta la sospecha epidemiológica (Tabla 1).

Los pacientes con una ITS deben ser informados sobre el agente causal de la misma y su vía de transmisión, el tratamiento que va a tomar (dosis, duración, posibles efectos secundarios, importancia del cumplimiento), y la necesidad de abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta la finalización del tratamiento. Puede ser útil suministrar al paciente información escrita sobre la infección que ha tenido (6). Estos folletos están disponibles en las páginas web de diferentes organizaciones (CDC: www.cdc.gov/std, IUSTI: www.iusti.org).

Además, a todo paciente al que se le realice un despistaje de ITS se le debe ofrecer un consejo preventivo individualizado sobre las ITS y el modo de disminuir sus conductas sexuales de riesgo (7). Esta información debe incluir aspectos como el mecanismo de transmisión, el uso del preservativo, frecuencia de cribado, uso de profilaxis postexposición y pre-exposición frente al VIH entre otras. Además, en todas las poblaciones con prácticas de riesgo de ITS, hay que descartar la infección por VIH (8).

Por otro lado, en los pacientes con ITS, es importante el estudio de contactos para evitar la reinfección del caso índice, diagnosticar y tratar a las personas infectadas (aunque sean asintomáticas), y romper las cadenas de transmisión a nivel poblacional. Existen documentos en los que se detallan los períodos de transmisión de las diferentes ITS (9).

TABLA 1. ELEMENTOS A TENER EN CUENTA PARA REALIZAR UNA ANAMNESIS SEXUAL COMPLETA Y DETALLADA, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR EL RIESGO DE ITS DE FORMA INDIVIDUALIZADA

Marcadores Sociodemográficos	
– Sexo – Edad – País de origen	
Marcadores Conductuales	
Pareja/s sexual/es	
– Número de parejas sexuales en el último año – Género de las parejas sexuales – Ejercicio de prostitución	
Prácticas sexuales	
– Edad de la primera relación sexual – Tipo de prácticas sexuales desprotegidas: sexo oral, vaginal y/o anal – Uso del preservativo – Tiempo transcurrido desde la última relación sexual desprotegida	
– <i>Fisting</i> con o sin guantes y uso compartido de juguetes sexuales	
Consumo de drogas	
– Consumo de alcohol en exceso y/o drogas recreativas – Prácticas sexuales desprotegidas bajo el efecto del alcohol y/o otras drogas – Vías de administración de las drogas (oral, nasal, parenteral...) – Uso compartido de material para consumo de drogas – Participación y frecuencia en sesiones de chemsex	
Marcadores Clínicos	
– Alergias medicamentosas conocidas – Antecedentes de ITS y otros antecedentes médicos relevantes – Medicación concomitante: TAR, PrEP, PPE... – Información de vacunas: VHA, VHB, VPH, Mpox – Fecha última prueba del VIH – Motivo de consulta/Sintomatología actual – Exploración física general y específica de zona oral/genital/perianal y lesiones cutáneas:	
Piel	Se buscarán fundamentalmente lesiones compatibles con sífilis secundaria, sin olvidar la exploración de las palmas de las manos y plantas de los pies. Lesiones cutáneas asociadas a la venopunción (absceso, celulitis, flebitis...)
Cabeza y cuello	Placas de alopecia, ante sospecha de lúes secundaria u otras ITS

Oftalmológica	Descartar conjuntivitis y queratitis, si hay sintomatología o dependiendo de la patología diagnosticada
Orofaringea	Presencia de lesiones ulcerativas, u otras lesiones orolinguales
Adenopatías	Loco-regionales (axilares, inguinales, cervicales...)
Genitales	Visualización directa en genitales externos de lesiones cutáneas y/o mucosas como pueden ser eritema, eczema, vesículas, úlceras, costras o verrugas En región genital: Evaluar las características de la secreción uretral: purulenta, hemorrágica, mucosa y signos de meatitis. Palpación de los testículos y epidídimo, apreciándose tamaño, morfología y sensibilidad
Región ano- rectal	Inspección externa de región anal; buscando lesiones como úlceras, placas, verrugas...etc. Mediante anuscopia, se valorará la presencia de lesiones de la mucosa rectal y restos de secreción
Articulaciones	Artritis (mono o poliarticular)

3.2. Implicaciones para la salud física

3.2.1. Infecciones de transmisión sexual

3.2.1.1. Introducción

Las ITS son un grupo de infecciones producidas por microorganismos que se transmiten, fundamentalmente, por contacto de relaciones sexuales sin utilizar métodos barrera. Según datos de la OMS, en el mundo más de 1 millón de personas de 15 a 49 años contraen, cada día, una ITS curable. La prevención y el tratamiento de las ITS tienen amplios beneficios para la salud pública y para ello es fundamental realizar un diagnóstico precoz, recomendar un tratamiento adecuado y ofrecer un mensaje preventivo individualizado. Si no se tratan, algunas ITS aumentan el riesgo de transmisión del VIH durante el contacto sexual sin protección y conducen a complicaciones, como abscesos y fistulas perianales (10).

Las ITS pueden estar provocadas por virus (VPH o *Virus del Papiloma Humano*, *virus del herpes simple*, *virus de la hepatitis A, B o C* y *Virus de la Inmunodeficiencia Humana* o VIH); bacterias (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Shigella sonnei* y *flexneri*); protozoos (*Trichomonas vaginalis*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*) y ectoparásitos (*Pediculosis pubis*, *Sarcoptes scabiei*) (7).

En la actualidad las ITS son un motivo de consulta cada vez más frecuente en la práctica clínica diaria y supone una importante carga de morbi-mortalidad. Los registros nacionales de las ITS de declaración obligatoria (sífilis, gonococia, cla-

midiasis, linfogranuloma venéreo) reflejan un claro incremento de estas patologías (11). Los profesionales de la salud desempeñan un papel crítico en su diagnóstico, tratamiento y prevención. Asimismo, es importante que los profesionales de la salud reconozcan los marcadores conductuales asociados, como por ejemplo la participación en sesiones de chemsex.

Según el registro del Ministerio de Sanidad, en relación a la vigilancia epidemiológica de las ITS, se objetiva un incremento de estas infecciones de forma mantenida en los últimos 15 años (11). Dicho registro incorporó en el año 2015 la infección por *Chlamydia trachomatis* y el linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis* serovares D-K), aumentando el registro del número de las ITS por tres a las ya existentes.

La evaluación individualizada del riesgo facilita realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados y además sirve para dar un consejo preventivo adaptado con el fin de modificar las conductas sexuales y/o el consumo de drogas para reducir el riesgo de contraer o transmitir estas ITS. El diagnóstico precoz permite el tratamiento inmediato de las ITS y el inicio del estudio de contactos sexuales, lo que comporta un beneficio tanto individual como para la salud pública, al interrumpir la cadena de transmisión y con ello prevenir nuevas infecciones.

La vía de administración de las sustancias empleadas para chemsex es una información relevante que se debe conocer, ya que algunas de ellas pueden suponer un riesgo adicional. Esto sucede sobre todo con las drogas de administración por vía parenteral, que en el contexto de las sesiones de chemsex se conoce como *slam*. En cuanto al despistaje de ITS que se efectúa en personas que practican *slamming* se deberá incluir una serología del VHC de forma periódica por su alto riesgo de adquisición (12).

Así mismo, compartir el material de administración no solo por vía intravenosa (material para la venopunción) sino también esnifada (turulo) podría ser una herramienta de transmisión del VHC (13). Existen otras vías de administración como la vía intrarrectal, que pueden afectar a la integridad de la mucosa rectal y, por tanto, facilitar la puerta de entrada a diferentes patógenos (14,15).

La presencia de ITS es frecuente en HSH consumidores de drogas recreativas asociadas a mantener relaciones sexuales desprotegidas (16). Para identificar el riesgo de adquirir alguna ITS en el contexto de chemsex es fundamental recoger información de forma individualizada sobre sus hábitos conductuales y de consumo. De esta manera se ofrecerá una atención personalizada con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz y ofrecer un consejo preventivo adaptado (17).

Por todo lo anteriormente descrito, la práctica de chemsex se considera una conducta de alto riesgo tanto para la transmisión del VIH como de otras ITS. Es un escenario clave en el que se debe intensificar el esfuerzo en la prevención y en programas educativos para reducir las prácticas sexuales de riesgo y de esta forma la reducción de la transmisión de las ITS. Así mismo, en las personas que practican chemsex se debe hacer un esfuerzo en la detección y el tratamiento precoz de estas infecciones.

3.2.1.2. Manejo diagnóstico y tratamiento de los principales síndromes por ITS

a. Uretritis

La uretritis es un síndrome que se caracteriza por secreción uretral mucopurulenta o purulenta y/o disuria, y la causa más frecuente son las ITS (7). La vía de transmisión puede ser por coito anal o vaginal, así como por sexo oral. La uretritis se clasifica en gonocócica (UG) producidas por *Neisseria gonorrhoeae* (NG), y no gonocócica (UNG), si bien es frecuente la coinfección. Dentro de las UNG, los gérmenes más frecuentes son la *Chlamydia trachomatis* (CT) y el *Mycoplasma genitalum* (MG). También, se puede producir por otros microorganismos menos frecuentes o puede tener una etiología no infecciosa.

Ante la sospecha clínica, la confirmación diagnóstica se obtiene mediante técnicas microbiológicas, PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) y cultivo. Para ello se recoge una muestra del exudado uretral o la primera parte de la micción. La mayoría de estas infecciones en localización uretral son sintomáticas, pero ante una sospecha epidemiológica también estaría indicado realizar el cribado.

La secreción más espesa, abundante y amarillenta se relaciona con las UG. En cambio, la secreción más escasa y mucosa con las UNG. No obstante, sin confirmación microbiológica, aunque con alta sospecha clínica y epidemiológica, se plantea un tratamiento empírico, en cuyo caso se recomienda un tratamiento dual que debe cubrir una infección gonocócica y no gonocócica. En la Tabla 2 se presentan las distintas opciones terapéuticas (18).

TABLA 2. TRATAMIENTO DE LA URETRITIS Y/O CERVICITIS NO COMPLICADA SEGÚN LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TRATAMIENTO DE CDC, 2021

	De elección	Alternativa	Alergia a penicilinas
UG/ Cervicitis	Ceftriaxona 500 mg im	Cefixima 400 mg vo Si fallo de tratamiento o resistencias detectadas a cefalosporinas: Gentamicina 240 mg im	Gentamicina 240 mg im
UNG / Cervicitis	Doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas x 7 días o Azitromicina 1g vo (monodosis)	En las uretritis, si se aislara <i>M. genitalium</i> : Azitromicina 1g vo (monodosis) + 500 mg/día x 4 días o Moxifloxacino 400 mg/día durante 1 sem.	-

Nota: vo = vía oral; im = vía intramuscular.

b. Orquiepididimitis

La orquiepididimitis es un proceso inflamatorio del testículo, uni o bilateral, que suele asociarse a la presencia de un proceso infeccioso o inflamatorio a nivel del epidídimo. La forma aguda, menos de 6 semanas, suele ser de origen infeccioso. En los menores de 35 años o personas sexualmente activas, los principales agentes son NG, CT y menos frecuentemente las enterobacterias (7).

El diagnóstico de la orquiepididimitis aguda es fundamentalmente clínico (1). En la exploración el epidídimo está engrosado y es doloroso. Su evaluación puede ser completada con la realización de la toma de muestras uretrales para microbiología y análisis de orina con un urocultivo. La forma de presentación puede ser gradual o aguda, en este último caso debe establecerse el diagnóstico diferencial con la torsión testicular. En ocasiones es necesario realizar una ecografía testicular.

El tratamiento se basa en medidas higiénicas, antiinflamatorios no esteroideos y ante sospecha de origen infeccioso antibióticos (Tabla 3) (18).

TABLA 3. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO FRENTE A ORQUIEPIDIDIMITIS SECUNDARIA A ITS SEGÚN LA GUÍA DE TRATAMIENTO DE LOS CDC, 2021.

Etiología	Tratamiento
Infección de transmisión sexual	Ceftriaxona 500 mg im + Doxiciclina 100 mg/12 horas x 10 días vo
Infección urinaria o sospecha de organismos entéricos	Levofloxacino 500 mg /24 horas x 10 días vo

Nota: Vía oral = vo; Intramuscular = im.

c. Cervicitis

Si bien es cierto que el fenómeno chemsex se produce principalmente entre HSH, conviene comentar las ITS de localización cervical por otras personas que pudieran estar afectadas como por ejemplo los hombres transgénero.

La cervicitis suele ser asintomática, aunque sus principales manifestaciones son las molestias y la secreción mucopurulenta endocervical. Las causas más habituales son las cervicitis secundarias a una ITS, vaginosis bacteriana o candidiasis.

El diagnóstico se basa en técnicas de detección mediante PCR y/o el cultivo de la secreción cervical. En caso de las cervicitis sospechosas de ITS, se utilizarán las mismas recomendaciones terapéuticas de los CDC descritas en la tabla 2 (18). En función de las manifestaciones y otras circunstancias se planteará un tratamiento etiológico o empírico, en cuyo caso se recomendará un tratamiento dual que debe cubrir una infección gonocócica y no gonocócica.

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección de los órganos reproductores femeninos y se considera una complicación generalmente causada por una ITS que puede tener graves consecuencias (infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico), si no se diagnostica y trata de forma temprana. En algunos casos los síntomas pueden ser leves y en otros se manifiesta con dolor en hipogastrio, mal estado general, fiebre, flujo vaginal inusual o con mal olor, y dolor o sangrado con las relaciones sexuales. A pesar de que el diagnóstico es principalmente clínico, se recoge una muestra del exudado cervicovaginal. También se puede realizar ecografía transvaginal para completar el diagnóstico diferencial.

El tratamiento antibiótico de primera elección consiste en Ceftriaxona 500 mg IM monodosis y doxiciclina 100 mg 1 comp cada 12 horas junto a metronidazol 250 mg 2 comp cada 12 horas durante 14 días. En las pacientes con criterios de ingreso, por mal estado general, ceftriaxona 1gr IV cada 24 horas, doxiciclina 100 mg oral/iv cada 12 horas y metronidazol 500 mg vo/iv cada 8 horas, y al alta, doxiciclina 100 mg 1 comp cada 12 horas junto a metronidazol 250 mg 2 comp cada 12 horas durante 14 días (18).

d. Proctitis, colitis y enteritis

La proctitis se define como la inflamación del recto, la proctocolitis del recto y colon, y la enteritis como la inflamación del intestino delgado. Estos procesos pueden estar provocados por patógenos que se pueden transmitir cuando se practica sexo anal receptivo (proctitis) o sexo oro-anal (enteritis) (7). Entre sus agentes etiológicos destacan, entre otros: *NG*, *CT*, virus herpes simple (VHS) y *Treponema pallidum* (*TP*) en el caso de las proctitis; de *Shigella* spp, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella* spp, y *Entamoeba histolytica* para la proctocolitis, y de *Giardia lamblia* para la enteritis.

Las personas con proctitis manifiestan rectalgia, tenesmo, estreñimiento, dolor abdominal en hipogastrio y heces con presencia de secreción muco-purulenta y/o sanguinolenta. En la exploración física se observa la zona perianal en busca de otras lesiones y mediante el anuscopio observar la mucosa rectal edematosa con secreción mucopurulenta.

El diagnóstico se confirma microbiológicamente por toma dirigida a través del anuscopio del exudado rectal mediante hisopos para PCR y cultivo. Los patógenos más frecuentes son la *NG* y *CT*.

Siempre que se pueda se recomienda un tratamiento etiológico. No obstante, en el caso de la proctitis aguda muy sintomática, en ausencia de resultados microbiológicos, se puede realizar un tratamiento empírico con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días y ceftriaxona 500 mg IM en dosis única. Ante una manifestación muy florida, con presencia de mucosa muy friable y ulcerada, se debe sospechar un LGV. En estos casos, se recomienda doxiciclina 100 mg 1 comp. cada 12 horas durante 21 días (18). En el caso de proctitis por VHS o sífilis, administrar el tratamiento específico que se explican en el apartado correspondiente.

Ante sospecha de una colitis o enteritis, se debe solicitar un estudio de coprocultivo y detección de parásitos en heces. En los pacientes con proctocolitis y que han viajado recientemente a zonas prevalentes de amebiasis se administrará metronidazol 500-750 mg/cada 8 horas durante 7-10 días. En el caso de la enteritis por *G. lamblia* se empleará tinidazol 2 g vo en dosis única o metronidazol 250 mg cada 8 horas durante 5 días (18).

e. Úlceras genitales

El término úlcera se refiere a toda lesión que ocasiona una pérdida de sustancia y continuidad de la piel y/o de la mucosa. Su etiología es muy variada e incluye desde procesos infecciosos hasta toxicodermias, enfermedades autoinmunes o patología tumoral.

En pacientes jóvenes sexualmente activos la mayoría de los casos son debidos a ITS, fundamentalmente a herpes genital o sífilis primaria. La presencia de úlceras genitales es un factor de riesgo para la transmisión del VIH. Aunque el diagnóstico definitivo del agente etiológico de las úlceras genitales requiere de técnicas microbiológicas, existen una serie de características diferenciales que permiten realizar una aproximación diagnóstica a primera vista. En la tabla 4 se presentan las ITS causantes de úlceras genitales, con sus características diferenciales y métodos diagnósticos.

TABLA 4. ITS CAUSANTES DE ÚLCERAS GENITALES.

Infección	Periodo incubación	Lesión clínica	Adenopatía regional	Pruebas diagnósticas
Herpes genital	3-7 días	Vesículas, erosiones superficiales o úlceras dolorosas	Bilaterales, móviles, dolorosas, duras	PCR
Sífilis primaria	2-4 semanas	Úlcera única, indolora, indurada, no purulenta	Bilaterales, móviles, no dolorosas, duras	Campo oscuro, serología, PCR
Lingogranuloma venéreo (LGV)	3-12 días	Úlcera transitoria indurada, indolora	Unilaterales, dolorosas, con tendencia a fistulizar	PCR
Chancroide (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	3-10 días	Úlcera única o múltiples, dolorosa, fondo purulento y bordes blandos, socavados	Unilateral, fijas, dolorosas, con tendencia a fistulizar	Cultivo
Mpox	3-21 días	Pápulas, vesículas, pústulas, umbilicación de pústulas y costras.	Locorregionales	PCR

e.1. Virus herpes genital

Los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2), son microorganismos altamente prevalentes en toda la población, que se transmiten por contacto oro-oral, oro-genital y vertical. El VHS-2 es la causa más frecuente de ITS ulcerativa genital en el mundo.

El primer episodio clínico del herpes simple genital (primoinfección), suele ser muy sintomático. Se manifiesta por la presencia de numerosas vesículas y/o úlceras dolorosas, de localización genital, oral o perianal (balanitis, vulvitis, proctitis, gingivitis, glositis), acompañadas de prurito, escozor y quemazón. Evoluciona espontáneamente a la curación en 7-15 días. Las recurrencias son frecuentes, aunque en estos casos la sintomatología es más leve y de menor duración que la primoinfección.

El diagnóstico microbiológico de elección de la infección por el VHS-1 o por el VHS-2, se realiza mediante detección del ADN del VHS por técnicas de amplificación de ácidos nucleicos, PCR, por lo que es necesario recoger una muestra del exudado de la úlcera genital o extragenital. El diagnóstico diferencial debe realizarse especialmente con la sífilis primaria.

El tratamiento oral debe iniciarse lo antes posible, preferentemente antes de las 48 horas tras el inicio de los síntomas. La duración del tratamiento con antivirales es diferente si se trata de una primoinfección o de una recurrencia (Tabla 5). En caso de presentar múltiples recurrencias con manifestaciones clínicas significativas se plantea el tratamiento supresivo. Para el tratamiento tópico de las lesiones ulcerativas del herpes genital deben usarse soluciones astringentes y antisépticas (Cu/Zn) o lavados con solución salina.

TABLA 5. TRATAMIENTO EN CASO DE PRIMOINFECCIÓN DE VHS, RECURRENCIAS Y TERAPIA SUPRESIVA (18)

Infección grave	Aciclovir iv 5-10 mg/kg/8 horas x 5-10 días
	Aciclovir vo 400 mg/8 horas x 7-10 días
Primer episodio	Famciclovir vo 250 mg/8 horas x 7-10 días
	Valaciclovir vo 500 mg-1gr /12 horas x 7-10 días
	Aciclovir vo 800 mg/12 horas x 5 días
	Aciclovir vo 800 mg/8 horas x 2 días
Recurrencias	Famciclovir vo 125mg/12 horas x 5 días Famciclovir vo 500mg/24 horas x 3 días
	Famciclovir vo 1g/12 horas x 1 día
	Valaciclovir vo 1g/día x 5 días
	Valaciclovir vo 500mg/12 horas x 3 días
	Aciclovir vo 400mg/12 horas x 6-12 meses
Supresivo	Famciclovir vo 250mg/12 horas x 6-12 meses
	Valaciclovir vo 500mg/24 horas x 6-12 meses
	Valaciclovir vo 1g/24 horas x 6-12 meses

e.2. Sífilis

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica producida por *Treponema pallidum*. En la última década sus tasas se han incrementado, siendo el colectivo más afectado el de los HSH.

Desde un punto de vista clínico, la sífilis primaria se caracteriza por la presencia de úlceras y adenopatías. Sin tratamiento, 3-6 semanas después se desarrolla la sífilis secundaria cuya forma más característica es un exantema no pruriginoso que afecta frecuentemente a palmas y plantas. En la sífilis latente no hay manifestaciones clínicas y puede perdurar en el tiempo. La sífilis precoz es la adquirida en el último año e incluye la sífilis primaria, la secundaria y la latente precoz.

Por lo general el diagnóstico es indirecto, mediante serología. El diagnóstico serológico no treponémico (VDRL, RPR) determina semicuantitativamente la presencia de anticuerpos frente a antígenos no específicos del treponema. Reflejan la actividad de la infección y permiten hacer un seguimiento de la respuesta al tratamiento. Por otra parte, las pruebas treponémicas incluyen TPHA, FTA, Inmunoblot, EIA y la quimioluminiscencia. Son técnicas cualitativas, más específicas y precoces que las no treponémicas y permanecen positivas de por vida incluso en infecciones tratadas.

Para la sífilis primaria, secundaria o latente precoz, el tratamiento de elección es la penicilina G benzatina en dosis única, 2,4 millones UI. Excepto en el caso de las mujeres embarazadas, la alternativa terapéutica a la penicilina sería la doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 14 días (19). En los pacientes con sífilis latente tardía o de duración desconocida se administran 3 dosis semanales de penicilina G benzatina. Excepto en el caso de las mujeres embarazadas, la alternativa terapéutica a la penicilina sería la doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 28 días.

Tras el tratamiento con penicilina algunos pacientes presentan una reacción de Jarish-Herxheimer. Se trata de una reacción sistémica aguda, consecuencia de la destrucción masiva de treponemas, que cursa con fiebre, cefalea, mialgias, y que tiene lugar en las 24 horas posteriores al inicio del tratamiento de la sífilis. Los pacientes deben ser advertidos sobre esta posibilidad. Si bien se trata de un cuadro autolimitado que puede tratarse con antipiréticos.

e.3. Mpox

Mpox (llamada anteriormente viruela del mono, símica o monkeypox) es una enfermedad producida por un orthopoxvirus que desde el 23 de julio de 2022 hasta el 11 de mayo de 2023 ha constituido una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional por el brote ocurrido a nivel mundial durante esos meses. Es fundamental la detección precoz de nuevos casos para cortar posibles cadenas de transmisión, precisando de un alto nivel de sospecha clínica (20).

La enfermedad se caracteriza por lesiones cutáneas y se puede acompañar de otros síntomas generales como fiebre, linfadenopatías regionales, astenia intensa, mialgias, cefalea intensa y dolor lumbar. Puede haber un exantema, y posteriormente lesiones locorregionales como pápulas, vesículas, pústulas, umbilicación de pústulas y costras que se secan y caen. El número de lesiones y su localización es variable. En casos graves, coalescen y se desprenden grandes secciones de piel. La duración total de la enfermedad suele ser autolimitada en 2-4 semanas.

El diagnóstico se confirma microbiológicamente mediante la toma de muestra de la úlcera. Las muestras recibidas para diagnóstico de mpox se deben analizar mediante PCR que detecta el ADN de mpoxv o, en su defecto, de orthopoxvirus (OPX).

El tratamiento es de soporte mediante antipiréticos, antiinflamatorios y tratamiento antisépticos para las lesiones cutáneas. Esto es suficiente en la mayoría de los casos, aunque se debe vigilar estrechamente para detectar posibles complicaciones. La transmisión se da sobre todo en las relaciones sexuales y la prevención mediante la vacunación es una de las medidas más importantes para evitar la enfermedad, reducir sus síntomas y limitar la transmisión entre personas.

f. Infecciones parasitarias

- Pediculosis pubis: las ladillas parasitan el vello púbico, pero también el hipogástrico, torácico e incluso pueden localizarse en axilas, cejas, pestañas y cuero cabelludo. Las manifestaciones clínicas suelen iniciarse con prurito y escozor genital, sobre todo nocturnos, de intensidad progresiva y frecuentemente acompañados de excoriaciones. El diagnóstico se realiza mediante visualización directa de las ladillas. El tratamiento consiste en la aplicación de permetrina crema al 1% y medidas de higiene (21).
- Escabiosis: la sarna o escabiosis humana es una parasitosis de la piel producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. La transmisión de los parásitos se produce por contacto cutáneo directo con la piel infestada, no solo por relaciones sexuales, aunque es poco frecuente la transmisión por el uso de objetos personales o a través de la ropa. La clínica clásica incluye picor y lesiones característicos en la piel (surcos acarinos, vesículas y nódulos), pudiendo presentarse de forma severa en personas inmunocomprometidas (18). El diagnóstico es clínico y el tratamiento consiste en el uso de permetrina crema al 5%, mantener la aplicación durante 8- 10 horas, y medidas de higiene. Conviene realizar seguimiento para confirmar evolución favorable, ya que han aumentado los casos de resistentes a permetrina (22).

3.2.1.3. Estudio de contactos de las ITS

Deben ser evaluados y tratados los contactos sexuales que tuviera en los 2 meses previos al diagnóstico de la ITS, aconsejándose abstinencia sexual hasta la finalización del tratamiento y desaparición de los síntomas. Así mismo se deben descartar otras ITS. En los pacientes seronegativos para la infección por el VIH, una vez pasado el periodo ventana, se realizará un nuevo test serológico, así como también para la hepatitis C por su significativa tasa de coinfección (18).

En lo que a la prevención se refiere, los pacientes deben ser informados sobre las prácticas que reducen el riesgo de ITS. Se debe insistir en el uso del preservativo como una medida para evitar la adquisición de ITS y otras herramientas preventivas como la administración de vacunas, fármacos preventivos, cribados en asintomáticos, etc. (7).

3.2.2. *Piel y partes blandas asociadas a la zona de administración de sustancias y sus complicaciones*

Las drogas pueden introducirse en el organismo a través de varias vías: oral, intranasal, intravenosa, intrarrectal, etc. aunque no todas las sustancias admiten cualquier vía. Además, la elección de una u otra vía genera riesgos particulares para la salud. En este punto se van a abordar los riesgos en la salud física derivados del uso inyectado. Como ya hemos mencionado, *slam* o *slamming* es un término de argot utilizado para referirse al consumo inyectado en el contexto de chemsex (23). El uso de esta vía de consumo implica atravesar la piel con una jeringuilla para alcanzar una vena por lo que es posible que se inoculen microorganismos por falta de asepsia en la inyección, incrementando la frecuencia de las infecciones de la piel y los tejidos blandos, o que se produzcan lesiones mecánicas que pueden producir dolor y endurecimiento de las venas, comprometiendo su funcionalidad (24). Además, las personas que se inyectan estimulantes presentan niveles más altos de prácticas de riesgo, tales como compartir y reutilizar jeringuillas (25).

Se han descrito algunas prácticas que incrementan el riesgo de infección en el uso de la vía inyectada: mayor número de inyecciones, uso compartido de material contaminado, utilización de técnicas no estériles, la inyección subcutánea o intramuscular, la práctica del bombeo, utilización de drogas estimulantes, aplastar los comprimidos en la boca antes de la inyección de la droga o lamer la aguja para facilitar la inyección (12).

Cuando la inyección no se ha realizado de forma correcta, es habitual que aparezcan signos de punciones venosas y venas superficiales induradas, trombosadas y a menudo pigmentadas. Estas lesiones casi siempre se localizan en las extremidades superiores, aunque también pueden aparecer en otras localizaciones (ingles, dorso del pene, cuello, ano). Se observan también úlceras cutáneas que aparecen en la piel

o en las mucosas a causa de una pérdida de tejido en la zona de venopunción y que a menudo dejan cicatrices con fibrosis.

Si han extravasado el vaso suelen aparecer signos de inflamación y tumefacción. En algunos casos, se produce isquemia local con necrosis y los tejidos se vuelven susceptibles a la infección. Estas alteraciones originan trombosis y comprometen todavía más las partes blandas. La flebitis cursa con dolor y endurecimiento de la vena por inflamación provocada por microorganismos o sustancias irritantes cuando los vasos se emplean frecuentemente para inyectarse. Cuando, además, coágulos sanguíneos producen obstrucciones en la vena pueden formarse hematomas, trombosis, tromboflebitis séptica, aneurismas micóticos o fistulas arteriovenosas traumáticas.

Generalmente, la mayoría de las infecciones por el uso de la vía inyectada están causadas por la flora comensal del sujeto, siendo *Staphylococcus aureus* y las especies de estreptococos los patógenos más comunes, pero también pueden ser causadas por otros microorganismos menos comunes, como *Candida spp.*, *Pseudomonas spp.*, *E. coli* y otras enterobacterias (23).

La celulitis es un proceso inflamatorio agudo de origen infeccioso que afecta a la dermis y tejido celular subcutáneo y que suele manifestarse como un área de enrojecimiento cutáneo, edematosa, caliente y dolorosa. Los abscesos cutáneos consisten en la acumulación de material purulento con una reacción fibrosa e inflamatoria, que cursan con eritema, calor y dolor en la zona de la venopunción. Si se diseminan a los tejidos adyacentes pueden ocasionar consecuencias severas. La mayoría de las infecciones musculoesqueléticas se producen por la siembra hematógena pero también a la diseminación por contigüidad desde áreas de infección de la piel y partes blandas, a menudo mal tratadas, o inoculación directa. La fascitis necrosante, asociada o no a miositis, es la infección que con más frecuencia requiere un tratamiento inmediato y apropiado (12).

Son frecuentes las fisuras anales, pequeños desgarros en la mucosa anal, asociados al uso de sustancias por la vía intrarectal o inyección en la región perianal. Las fisuras anales provocan dolor intenso en la zona perianal y sangrado durante la evacuación intestinal.

Por otro lado, el uso de juguetes sexuales puede provocar lesiones en la piel y partes blandas. Algunas lesiones inflamatorias o laceraciones post-traumáticas por fricción. El uso prolongado del *cockring* (anillo para el pene) puede generar edema del cuerpo del pene, por lo que se recomienda realizar descansos para facilitar la recuperación y evitar complicaciones. Se debe tener en cuenta el material del que están compuestos estos juguetes sexuales para evitar reacciones alérgicas u otras dermatitis por contacto.

3.2.3 . Cuerpos extraños y perforación colónica

Los cuerpos extraños colorrectales son una presentación frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias. El consumo de chemsex está asociado a prácticas más prolongadas que implican en ocasiones, por la disminución del umbral del dolor

asociada al consumo de drogas, una mayor exposición y un uso más traumático de juguetes sexuales. Su uso puede requerir atención urgente bien para su extracción del orificio anal por imposibilidad de hacerlo de forma extrahospitalaria o bien por los daños que puedan producir en la mucosa del colon.

Estos cuerpos extraños colorrectales en la mayoría de las ocasiones pueden ser extraídos en los servicios de urgencias a pie de cama por personas especializadas como cirujanos generales con algunas técnicas de manipulación para objetos poco flexibles. Pero, en algunas ocasiones, la presencia de estos objetos extraños implica la necesidad de anestesia y tratamiento quirúrgico urgente si están muy introducidos o si han causado alguna complicación como pueden ser perforaciones de colon, peritonitis secundarias, obstrucciones intestinales, etc. (26).

3.2.4. *Intoxicación y sobredosis*

La práctica de chemsex conlleva una serie de riesgos derivados del consumo de las sustancias. Aunque tiene una serie de efectos que podríamos denominar deseados para su consumo, en ocasiones existe una estrecha dosificación a partir de la cual aparecen otros efectos no deseados que producen problemas graves de salud, entre los que se encuentran las intoxicaciones, reacciones adversas y sobredosis. Algunos de los síntomas que puede presentar un sujeto ante una sobredosis son:

1. No responder al dolor.
2. Encontrarse con bajo nivel de conciencia o sin respuesta verbal.
3. Tener una respiración muy lenta o incluso dejar de respirar.

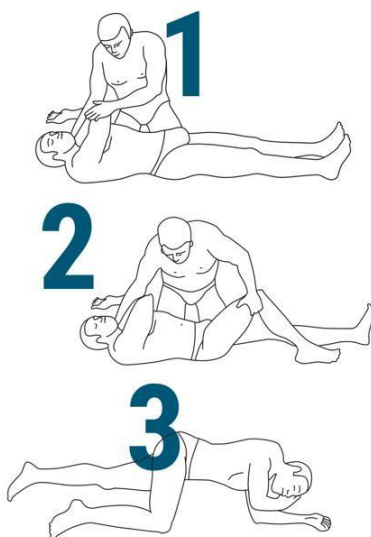
Ante cualquiera de estos síntomas en un ambiente extrahospitalario es fundamental ponerse en contacto con los servicios de emergencias de forma inmediata, guardar la calma y valorar la respiración: si la persona respira colocarla en posición de seguridad (figura 1); si la persona no respira, se deben iniciar inmediatamente medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Nunca se debe dejar a la persona afectada sola, se debe esperar con ella y acompañarla hasta que lleguen los servicios de emergencias.

Por otro lado, en los servicios de urgencias hospitalarias se debe tener una alta sospecha para diagnosticar intoxicaciones y sobredosis en el contexto del chemsex. Para ello, ante una persona con bajo nivel de conciencia se debe realizar una adecuada exploración física que incluya constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura y frecuencia respiratoria), asegurar un adecuado manejo de la vía aérea, realizar una exploración de las pupilas, respuesta verbal, respuesta al dolor, descartando la posibilidad de una focalidad neurológica aguda y, además, valorar signos físicos que sugieran el consumo de *slam* como signos de venopunción. En ocasiones las pertenencias de los sujetos ayudan a sospechar la etiología

de la intoxicación, encontrando frascos con líquidos incoloros sugerentes de consumo de GHB/GBL, material de venopunción o juguetes sexuales utilizados durante las sesiones. Además, conocer los antecedentes médicos, junto con los tratamientos farmacológicos habituales, si los hubiera, es fundamental para un adecuado manejo urgente.

FIGURA 1. POSICIÓN DE SEGURIDAD, EXTRAÍDA DE *SLAMMING*. GUÍA PARA LA REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS INYECTABLES EN LAS SESIONES DE SEXO (27)



Se debe asegurar la vía aérea en primer lugar, con oxigenoterapia si es preciso, conseguir acceso venoso adecuado y realizar una gasometría arterial urgente. En función de los resultados de estas pruebas junto con la situación clínica y especialmente en situaciones de hiperlactacidemia, acidosis respiratorias y en otros contextos de gravedad, estos usuarios con bajo nivel de conciencia pueden necesitar ser valorados por Unidades de Cuidados Intensivos para ingreso a su cargo, en ocasiones con necesidad de intubación orotraqueal.

Según las sustancias utilizadas también se pueden presentar episodios de agitación psicomotriz, alteraciones conductuales con psicosis, convulsiones, etc., por lo que el manejo clínico y farmacológico debe estar adaptado a cada caso.

En la tabla 6 se exponen algunos de los síndromes que pueden aparecer en el contexto de una intoxicación, en función de las sustancias consumidas.

El diagnóstico diferencial con el consumo de otros tóxicos como las benzodiacepinas o los opioides es importante, así como con el policonsumo de distintas drogas entre las cuales también se pueda encontrar el alcohol. El policonsumo es la forma más habitual de consumo de drogas en estas sesiones y, por tanto, el manejo es más complicado. En ocasiones,

para ayudar al diagnóstico diferencial puede ser de utilidad el uso de antagonistas de las benzodiacepinas como el flumazenilo o de la naloxona como antagonista opioide.

TABLA 6. SÍNTOMAS GUÍA DE LOS DISTINTOS SÍNDROMES DE INTOXICACIÓN POR DROGAS UTILIZADAS EN CHEMSEX (12)

Síndrome	Clínica	Sustancias
Síndrome adrenérgico	Excitación psicomotriz, taquicardia, HTA, midriasis, arritmias, intenso vasoespasmo que puede ocasionar infarto agudo de miocardio o cerebral.	Cocaína Metanfetamina Feniletilaminas y derivados (anfetaminas y metoxianfetaminas) Piperazinas MDMA Suplementos dietéticos y bebidas energizantes a base de efedrina, cafeína, teobromina, guaraná Catinonas: mefedrona, 4-MEC, 3-MMC, otras Metilfenidato
Síndrome serotoninérgico	Alteración del estado mental, agitación, mioclonías, hiperreflexia, diaforesis, escalofríos, temblor, diarrea, incoordinación, hipertermia.	Mefedrona y otras catinonas sintéticas MDMA Derivados anfetamínicos
Síndrome alucinatorio/visionario	Alteraciones cognitivas, conductuales y sensoriales, posible estado disociado-dialógico.	Cannabis y Cannabinoides sintéticos Extractos vegetales: triptaminas (ayahuasca, hongos, iboga) y feniletilaminas (mescalina, peyote y San Pedro) Drogas de síntesis Disociativos: ketamina y derivados Fenciclidina
Síndrome hipnótico/sedante	Disminución de nivel de conciencia, confusión, hipoventilación, bradicardia, hiporreflexia, hipotermia, coma, muerte	Alcohol Benzodiacepinas GHB Opiáceos Ketamina y derivados

Durante su estancia en los servicios de urgencias, si se ha descartado necesidad de ingreso en UCI, se les debe de hacer una adecuada monitorización respiratoria y cardíaca, realizar un análisis completo que incluya hemograma, coagulación, glucemia, función renal y hepática, iones (incluido calcio, fósforo y magnesio), marcadores de daño miocárdico (troponina), enzimas de rabdomiólisis (CK, LDH), un electrocardiograma y una radiografía de tórax. Es importante valorar realizar despistaje de ITS y serología que incluya VIH y VHC en función de cada caso, ya que la prevalencia de ITS es muy elevada y el consumo de chemsex se considera una de las condiciones potencialmente relacionadas con la in-

fección oculta por VIH (28). Además, teniendo en cuenta el periodo ventana existente para algunas ITS sería valorable recomendar realización de despistaje de ITS posterior.

La estancia en urgencias puede ser un momento fundamental para realizar un adecuado seguimiento posterior de estos usuarios, planteando diferentes recursos como seguimiento en consultas externas para iniciar o modificar la terapia antiretroviral (TAR) si precisa, conexión con programas de PrEP y planteamiento de PPE en cada caso, así como derivación a los distintos centros de deshabituación como pueden ser CAD, centros de salud mental o ONGs con grupos multidisciplinarios para atención a esta problemática. En ocasiones las estancias en urgencias o las hospitalizaciones suponen un momento de toma de conciencia de la problemática (12).

En función de cada caso, puede ser necesaria la intervención de psiquiatría de guardia para evaluar la posibilidad de ideación autolítica subyacente, en personas que puedan tener problemas de salud mental previos o también problemas de salud mental asociados y derivados del consumo.

Existen pocos estudios que valoren esta problemática en urgencias y, en muchas ocasiones, los consumos de las drogas implicadas en el chemsex no están incluidos en los manuales de atenciones urgentes. Un estudio reciente publicado en España muestra como las intoxicaciones por chemsex en pacientes con diagnóstico de VIH han aumentado en los últimos años en los servicios de urgencias, especialmente con patrones de policonsumo y con una elevada frecuencia de interacciones farmacológicas con su TAR de hasta el 31,3%. Además, la presencia de CD4 por debajo de 500 cel/ml así como el antecedente de problemas de salud mental, se asociaron con episodios de mayor gravedad de las intoxicaciones (29).

3.3. Medidas de cribado de ITS/VHC en usuarios de chemsex

No existen guías nacionales específicas que establezcan la periodicidad del cribado de las ITS/VHC en usuarios de chemsex. Sin embargo, la mayoría de estas personas podrían beneficiarse del cribado recomendado en guías de ITS en HSH, pacientes con diagnóstico de VIH o en usuarios de PrEP.

En marzo del 2017, el Grupo de Estudio de SIDA GESIDA-SEIMC publicó un documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (1). En él, se recoge la necesidad de efectuar un cribado de ITS a las personas con prácticas sexuales de riesgo. En la tabla 2, se describen los despistajes de ITS más frecuentes que se recomiendan a los HSH, donde se incluye el cribado del VIH, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, VHA, VHB y VHC. Además, sugiere efectuar un cribado con una periodicidad determinada, que dependerá de los indicadores clínicos y conductuales de cada individuo. No se han incluido otras ITS menos frecuentes como *Chlamydia trachomatis* serotipos L1-L3, *Haemophilus ducreyi* o *Klebsiella granulomatis*. No se recomienda el cribado de rutina para *Mycoplasma genitalium* ni virus herpes simple.

**TABLA 7. RECOMENDACIONES PARA EL DESPISTAJE DE ITS EN HSH
SEGÚN LA GUÍA DE ITS GESIDA 2017**

Población	Agente etiológico	Periodicidad cribado	Técnicas diagnósticas
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	VIH	Anualmente, en función del riesgo, cada 3-6 meses	2 EIA de 4ª generación (antígeno p24 y anticuerpos) Confirmación: WB o LIA
	<i>Chlamydia trachomatis</i>		PCR múltiplex (exudado vaginal, rectal y/o orofaríngeo)
	<i>Treponema pallidum</i>		Serológico: Prueba treponémica (MEIA, CLIA u otro EIA) + Prueba no treponémica (RPR). Si ambas positivas, tratamiento. PCR de lesión primaria
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		PCR múltiplex (exudado vaginal, rectal y/o orofaríngeo)
	VHA		Serología: anti-VHA IgG+IgM. Si negativa inmunización.
	VHB		Serología anti-HBs, anti-Hbc y HBsAg. Si negativa inmunización
	VHC	Anualmente, en función del riesgo valorar cada 3-6 meses	Serología anti-VHC

**TABLA 8. RECOMENDACIONES PARA EL DESPISTAJE DE ITS EN PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE VIH SEGÚN LA GUÍA DE ITS GESIDA 2017**

Población	Agente etiológico	Periodicidad cribado	Técnicas diagnósticas
Personas infectadas por el VIH	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Evaluación inicial y anualmente o más frecuente en función de la valoración del riesgo	Indicado anteriormente
	<i>Treponema pallidum</i>		
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		Exudado cervicovaginal en mujeres. Exudado uretral en hombres. Microscopía óptica y PCR.
	<i>Trichomonas vaginalis</i> (en mujeres)		
	VHA (HSH e infectados crónicamente por VHB/VHC)	Evaluación inicial, si negativa vacunación	Indicado anteriormente
	VHB	Evaluación inicial, si negativa vacunación	
	VHC	Evaluación inicial y anualmente, en caso de mayor riesgo puede valorarse una frecuencia mayor	

Nota: a. Vacunar en caso de serología negativa; b. Cada 6 meses en aquellos con prácticas de alto riesgo para la transmisión del VHC; c. El cribado de ITS, y su frecuencia, se puede adaptar a cada usuario en función de sus prácticas.

En el año 2023, GeSIDA ha publicado una actualización de las recomendaciones sobre la PrEP para la prevención de la infección por VIH en España, que incluye las recomendaciones de cribado de ITS/VHC en usuarios de PrEP (8). Dichas recomendaciones se exponen en la siguiente tabla:

TABLA 9. ADAPTADO DE RECOMENDACIONES SOBRE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN ESPAÑA, 2023. GESIDA

Evaluación de ITS/VHC en usuarios de PrEP			
	Inicialmente	Trimestral	Anual
Serología VHA	X ^a		
Serología VHB	X ^a		
Serología VHC	X		X ^b
Cribado de ITS (sífilis, gonococia, clamidiasis, linfogranuloma venéreo)	X	X ^c	

Ambas guías nacionales son herramientas muy útiles de cara a efectuar un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento etiológico específico de las ITS en usuarios de chemsex. Es necesario realizar pruebas diagnósticas adaptadas en función de los indicadores clínicos y conductuales de cada individuo tras una adecuada anamnesis sexual. Además, se recomienda ampliar el estudio del VIH y otras ITS a aquellos contactos sexuales referidos por el paciente, especialmente en los últimos 6 meses. Este estudio de los contactos es imprescindible para interrumpir además las cadenas de transmisión de las ITS e incluir a estos contactos en los dispositivos asistenciales si aún no forman parte de ellos, pudiendo ampliar la población diana a la que se le ofrecen estos cribados y otras estrategias de prevención.

3.4. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

La educación para la salud resulta fundamental a la hora de reforzar los mensajes preventivos sobre los riesgos de infección y reinfección por VHC y otras ITS entre los hombres que practican *chemsex*.

En noviembre del 2015 el *British Medical Journal* publicó una editorial donde se declara, que abordar el chemsex debe ser una prioridad de salud pública (30).

En mayo de 2016 lanzan una campaña con el nombre «Chemsex: sexo y drogas en la comunidad gay» para alertar de los riesgos que conlleva. La Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales ha puesto en marcha esta campaña, con el lema «SafeChemsex». La campaña advierte de sus riesgos y llama a tomar precauciones para evitar las consecuencias de consumir drogas y de adquirir infeccio-

nes de transmisión sexual. «Una app te ayudará a decidir con quién, pero no cómo» es uno de los mensajes de la campaña, que se ha difundido en la página web de la Federación. Entre otras recomendaciones, instan a los participantes a informarse sobre las sustancias que consumen y sus posibles efectos, fijarse una hora límite para dejar la sesión y espaciar la asistencia a estas fiestas.

En España, en 2017 los ayuntamientos de Madrid y Barcelona incorporaron el chemsex como problema de salud pública. Este fenómeno no debe ser ignorado ni magnificado, tampoco enfocado desde perspectivas sensacionalistas. Se trata de un reto para los profesionales de la salud desde donde se deben emitir mensajes para disminuir los riesgos en la práctica del chemsex.

En la ciudad de Madrid el fenómeno del chemsex está incluido dentro del Plan de Adicciones 2022-2026, donde se recoge la necesidad de promover la máxima colaboración en el proceso de coordinar esfuerzos e implementar intervenciones preventivas y asistenciales eficaces que puedan dar una respuesta integral institucional frente al fenómeno del chemsex y donde se ha tenido en cuenta la necesaria participación de las instituciones y de la sociedad civil (31).

Algunas de las estrategias de prevención e intervención más importantes que se deben tener en cuenta para su difusión son las siguientes:

- Utilizar el preservativo y evitar las relaciones sexuales desprotegidas.
- Llevar a las sesiones el llamado kit-chemsex compuesto por preservativos, guantes y lubricantes para evitar relaciones sexuales desprotegidas y traumáticas.
- Usar guantes y lubricante al practicar *fisting*. Realizar cambio de guantes si se practica *fisting* con varias personas.
- Evitar las prácticas sexuales prolongadas en el tiempo. Realizar descansos.
- Desaconsejar prácticas sexuales traumáticas que ocasionen sangrado.
- No compartir juguetes sexuales sin una adecuada higienización de estos.
- No compartir los utensilios para consumir drogas, como pudieran ser los turulos para esnifar o las jeringuillas para la práctica de *slam* o la administración intrarrectal. Llevar a las sesiones el material necesario para utilizarlo de forma individualizada.
- Alternar los lugares de venopunción en caso de *slam*, evitando siempre lugares como las ingles, zona genital o el cuello.
- Ante cualquier sospecha de ITS, se debe recomendar acudir de forma inmediata al profesional de la salud para su evaluación.
- Informar sobre herramientas farmacológicas frente al VIH como la PrEP o la PPE a los usuarios de chemsex.
- Recomendar la realización de un despistaje de infecciones de transmisión sexual de forma periódica, según las prácticas individuales que hayan tenido en las sesiones, tanto en personas sintomáticas como asintomáticas.

- Insistir en la necesidad de mantener una adecuada adherencia terapéutica en aquellos pacientes con tratamiento antirretroviral o PrEP.
- Recomendar acudir a centros de ITS para además de realizarse un despistaje individualizado, recibir vacunaciones preventivas individualizadas en cada caso como pudieran ser la vacuna para VHA, VHB, VPH, y mpox.
- En caso de dudas, consultar con un profesional para resolverlas, evitando la difusión de bulos o falsas creencias sobre prácticas seguras.

Se debe realizar una especial atención y divulgación de las herramientas de prevención farmacológica frente a la infección por el VIH, especialmente entre los usuarios y también entre los profesionales sanitarios. En el contexto del chemsex debemos conocer:

- La profilaxis post-exposición (PPE): Consiste en la administración de un régimen de TAR en un plazo no superior a las 72 horas de una exposición de riesgo para el VIH, con objeto de evitar la transmisión de la infección. El tratamiento consiste en el uso de antirretrovirales pautados de forma diaria durante cuatro semanas. La indicación de PPE puede ser por una exposición ocupacional (en medio laboral en trabajadores expuestos a riesgos biológicos) o no ocupacional, cuando ocurre en el contexto de una relación sexual desprotegida bajo el uso o no de drogas recreativas.
- La profilaxis pre-exposición (PrEP): Consiste en el uso de fármacos antirretrovirales previos a una exposición. Está dirigida a personas seronegativas al VIH con prácticas sexuales que conllevan una probabilidad aumentada de adquirir la infección por el VIH.

Varios ensayos clínicos aleatorizados, controlados con placebo, han confirmado que la PrEP oral diaria es segura y efectiva. El uso combinado de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) más emtricitabina (FTC) en pauta oral diaria, reduce significativamente la incidencia del VIH en todas las categorías de transmisión: hombres GBHSH, personas transexuales, hombres y mujeres heterosexuales (HTX), parejas HTX serodiscordantes y usuarios de drogas inyectadas (UDI) (32-34).

El estudio PROUD, realizado en 13 clínicas de ITS en Reino Unido, encontró la misma eficacia preventiva de la PrEP diaria que en el estudio IPERGAY con la pauta «a demanda» pre y postcoital, una reducción del riesgo en torno al 86 % o más si la adherencia es buena (35, 36). La pauta a demanda consiste en la toma de dos comprimidos de TDF/FTC entre 2 y 24 horas antes de la relación sexual desprotegida seguida de un comprimido a las 24 horas y otro comprimido a las 48 horas. Solamente tomarían la PrEP antes y después de cada sesión, evitando así el consumo de antirretrovirales el resto de los días que no tengan prácticas sexuales desprotegidas.

El Ministerio de Sanidad aprobó en el año 2020 la financiación de la PrEP dentro del Sistema Nacional de Salud en personas con prácticas que supongan mayor vul-

nerabilidad a la adquisición de la infección por el VIH. En diciembre de 2021, amplió los criterios para el uso de esta herramienta preventiva en España, estando actualmente dirigida a usuarios con el VIH negativo, con edad igual o mayor de 16 años y que cumplan los siguientes criterios (37):

- a) Hombres que tienen sexo con hombres y personas transexuales y que presenten al menos dos de los siguientes criterios:
 - Más de 10 parejas sexuales diferentes en el último año.
 - Práctica de sexo anal sin protección en el último año.
 - Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año.
 - Administración de profilaxis post-exposición en varias ocasiones en el último año.
 - Al menos una ITS bacteriana en el último año.
- b) Mujeres en situación de prostitución que refieran un uso no habitual del preservativo.
- c) Mujeres y hombres cissexuales que refieran un uso no habitual del preservativo y que presenten al menos dos de los criterios explicados anteriormente.
- d) Usuarios de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras que refieran un uso no habitual del preservativo y que presenten al menos dos de los criterios explicados anteriormente.

La efectividad de la PrEP guarda una estrecha correlación con el grado de adherencia a la misma (35, 36). Por lo tanto, es fundamental cumplir la pauta de forma correcta. En el entorno de una sesión de chemsex, que en ocasiones puede prolongarse más de 24 horas, la adherencia es aún más importante. Desde las consultas donde se dispensa y se realiza el seguimiento a las personas en PrEP se deberá insistir sobre la importancia de la adherencia y seguimiento. Además, se realizará la evaluación del riesgo, consejo preventivo individualizado y despistaje de ITS.

Por todo ello, implementar la PrEP como otra medida de prevención adicional a las ya existentes en el contexto del chemsex, supone un reto decisivo a la hora de evitar nuevas infecciones del VIH en los individuos más expuestos. Informar y responsabilizar al usuario sobre la importancia de la adherencia será indispensable para conseguir que sea una herramienta preventiva eficaz. Hay estudios que evidencian que la implementación de la PrEP en España antes del 2020 pudiera haber evitado tres de cada cuatro seroconversiones al VIH (38).

Para concluir, es fundamental que estos mensajes preventivos sobre salud sexual se difundan con un lenguaje sencillo, desde los centros de atención primaria, consultas especializadas, hospitales, organizaciones comunitarias y centros de atención a las adicciones. Así mismo, se podrían utilizar otras herramientas como la prensa, internet, redes sociales o las aplicaciones móviles para incluir estos mensajes preventivos sobre salud sexual en chemsex.

Estos mensajes de salud deben adaptarse a cada persona teniendo en cuenta sus prácticas sexuales y sus características sociodemográficas, clínicas y conductuales.

3.5. CRITERIOS DE ALARMA EN PERSONAS QUE PRACTICAN CHEMSEX

No todas las personas que practican chemsex están expuestas a los mismos riesgos ni son igual de vulnerables al consumo de estas sustancias.

Existen determinados criterios de alarma sobre la salud física y sexual que se deben tener en cuenta durante el seguimiento de estos usuarios de chemsex para sospechar un problema secundario al uso de sustancias. Estos problemas pueden estar relacionados con su salud física, su salud sexual o su salud mental, pero muchas veces están interrelacionados. Entre estos criterios de alarma se deben destacar:

- Tipo de consumo que incluya: qué sustancias utiliza y con qué frecuencia practica chemsex, así como la duración de las sesiones.
- Vías de administración utilizadas. Es habitual el uso de la vía intrarrectal previamente a la práctica del *slam*.
- Haber presentado alguna intoxicación o sobredosis relacionada con el consumo: «volcar», «ketaminazo».
- Diagnóstico de ITS de forma repetida, con reinfecciones habituales. Debe tenerse especial atención a la infección por VHC.
- Presentar *blips* o repuntes de la carga viral del VIH, lo que nos debería hacer sospechar una peor adherencia al TAR.
- Presentar síntomas de ansiedad, depresión o consultas a servicios de urgencias de forma recurrente.
- No disfrutar de las relaciones sexuales que no tengan asociado un consumo de drogas.
- Faltar a las citas o cambiarlas de forma muy recurrente. Tener un cambio de actitud hacia el médico habitual.

La presencia de alguno de estos criterios puede ser clave para detectar consumos perjudiciales de chemsex en usuarios en seguimiento en consultas como son usuarios de PrEP, PPE, pacientes con diagnóstico de VIH, y pueden ser una primera forma de abordaje de estos problemas de salud junto con otros profesionales de la red asistencial, que incluyan una estrecha interacción entre las organizaciones comunitarias, atención primaria y especializada, las clínicas de ITS y los centros de adicciones. El abordaje interdisciplinar de estos usuarios debe ser una realidad.

Referencias bibliográficas

1. Panel de expertos del Grupo de Estudio de Sida y del Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Marzo 2017.
2. Report on global sexually transmitted infection surveillance. WHO, 2018.
3. Falasinnu T, Gilbert M, Hottes TS, Gustafson P, Ogilvie G, Shoveller J. Predictors identifying those at increased risk for STDs: a theory-guided review of empirical literature and clinical guidelines. *Int J STD AIDS* 2015;26:839-851.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexual Transmitted Diseases and Tuberculosis Prevention. A Guide to Taking a Sexual History. Junio, 2015.
5. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Global and Regional Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2016. *WHO Bulletin*. June 2019.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015;64(No. RR-3): 1-137.
7. O'Connor EA, Lin JS, Burda BU, Henderson JT, Walsh ES, Whitlock EP. Behavioral sexual risk-reduction counseling in primary care to prevent sexually transmitted infections: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2014;161:874-883.
8. GeSIDA. Recomendaciones sobre la Profilaxis Pre-Exposición para la Prevención de la Infección por VIH en España. Marzo 2023.
9. G.-S. Tiplica, K. Radcliffe, C. Evans, M. Gomberg, R. Nandwani, A. Rafila, L. Nedelcu, C. Salavastru. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. April, 2015.
10. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 [Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2021: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III/ División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid; noviembre 2022.
12. Documento técnico sobre abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.
13. Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W, Green S, Simms R, Cutts R, Nagington M, Nathan B, Pakianathan MR. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics.

- Int J STD AIDS. 2017 Mar;28(4):362-366. doi: 10.1177/0956462416651229. Epub 2016 Jul 10. Erratum in: Int J STD AIDS. 2017 Mar;28(4):423. PMID: 27178067.
14. Pakianathan M, Whittaker W, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, Hegazi A. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. HIV Med. 2018 May 22. doi: 10.1111/hiv.12629. Epub ahead of print. PMID: 2979025.
 15. Pufall EL, Kall M, Shahmanesh M, et al. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. HIV Med. 2018;19(4):261-270. doi:10.1111/hiv.12574
 16. MacGregor L, Kohli M, Looker KJ, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ, Turner KM. Chemsex and diagnoses of syphilis, gonorrhoea and chlamydia among men who have sex with men in the UK: a multivariable prediction model using causal inference methodology. Sex Transm Infect. 2021 Jun;97(4):282-289. doi: 10.1136/sextrans-2020-054629. Epub 2021 Jan 15. PMID: 33452129.
 17. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. Perspect Public Health. 2019 Jan;139(1):23-33. doi: 10.1177/1757913918778872. Epub 2018 May 30. PMID: 29846139.
 18. Kimberly A. Workowski, ; Laura H. Bachmann; Philip A. Chan,; Christine M. Johnston; Christina A. Muzny; Ina Park; Hilary Reno; Jonathan M. Zenilman,; Gail A. Bolan. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report. Jul, 2021.
 19. Wong T, Singh AE, De P. Primary syphilis: serological treatment response to doxycycline/tetracycline versus benzathine penicillin. Am J Med 2008;121:903- 908.
 20. GRUPO DE EXPERTOS DEL GRUPO DE ESTUDIO DE SIDA DE LA SEIMC (GESIDA), SECRETARIA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA (SPNS), GRUPO DE ESTUDIO DE ITS DE LA SEIMC (GEITS), GRUPO ESPAÑOL PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEROLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA (SEIP). DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE MANEJO DE LA VIRUELA DEL MONO EN PACIENTES AMBULATORIOS. Agosto; 2022.
 21. Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, Serra Pladevall J, Vázquez Valdés F. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2018. 24a. Vázquez Valdés F (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2018.
 22. J.P. Velasco-Amador, A. Prados-Carmona y R. Ruiz-Villaverde. ¿Existe una resistencia real al tratamiento de la escabiosis con permetrina? ACTAS Dermo-Sifilográficas;114;(2023):433-434.

23. Flores J. Manejo de las comorbilidades en el paciente que practica chemsex. En: 99 Preguntas sobre Chemsex. 1a Fundación SEIMC-GESIDA; 2017.
24. Andrés M, Alonso J, Cebrián S, Delás J, Del Río M, et al. Daños a la salud ocasionados por el consumo de drogas endovenosas. Parte III. En: Programa de formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Junio 2020.
25. Coll J, Fumaz C. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg.* 2016;15:77-84.
26. Kurer MA, Davey C, Khan S, Chintapatla S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2010 Sep;12(9):851-61. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.02109.x. Epub 2009 Nov 5. PMID: 19895597.
27. Slamming. Guía para la reducción de daños asociados al uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo. Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH. Edición 2021.
28. González del Castillo J, Burillo G, Cabello A, Curran A, Jaloud Saavedra E, Malchair P, et al. Recomendaciones dirigidas a los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz de pacientes con sospecha de infección por VIH y su derivación para su estudio y seguimiento. *Emergencias.* 2020;32:416-26.
29. Vallecillo G, Losada A, Inciarte A, Jiwei C, Monterde A, Salgado E, Doi AL, Monclus E, Perelló R. Increasing emergency department admissions for chemsex-related intoxications in Barcelona, Spain, among people living with HIV: an observational study from 2018 to 2020. *BMC Public Health.* 2022 Feb 18;22(1):346. doi: 10.1186/s12889-022-12763-3. PMID: 35180855; PMCID: PMC8855565.
30. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ.* 2015 Nov 3;351:h5790. doi: 10.1136/bmj.h5790. PMID: 26537832.
31. Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2022-2026. Madrid Salud. <https://sede.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCBOAM/2019Junio/JuntaGobCiudad/1JuntadeGobierno/8.%20VariosJG/2022.05.26%20Anexo%20Plan%20de%20Adicciones%2022-26.pdf>.
32. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al., iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010;363:2587-99.
33. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al., TDF2 Study Group. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med.* 2012;367:423-34.
34. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M, et al., Bangkok Tenofovir Study Group. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): A randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2013;381:2083-90.

35. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al., PROUD Study. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2016;387:53–60.
36. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al., ANRS IPERGAY Study Group. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 2015;373:2237–46.
37. Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Manual de implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España. Actualización diciembre de 2021.
38. O. Ayerdi Aguirrebengoa, M. Vera García, J.A. Portocarrero Nuñez, T. Puerta López, M. García Lotero, C. Escalante García, M. Raposo Utrilla, V. Estrada Pérez, J. Del Romero Guerrero, C. Rodríguez Martín. La implementación de la profilaxis preexposición podría evitar la mayoría de las nuevas infecciones por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transexuales. *RevClinEsp*.2019.

CAPÍTULO 4

LA INFECCIÓN POR VIH Y CHEMSEX

JESÚS TROYA

4.1. IMPACTO DE LA PRÁCTICA DE CHEMSEX EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH

La práctica de chemsex, que a menudo involucra drogas como la metanfetamina, el GHB y la mefedrona, además de otras sustancias psicoactivas, puede tener un impacto significativo en el comportamiento sexual, en la percepción del riesgo y en el riesgo de contagio por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El riesgo de transmisión del VIH en el entorno del chemsex es multifactorial. Si bien clásicamente se ha asociado a sexo con múltiples parejas, una mayor duración de las relaciones y la ausencia del uso de métodos barrera como el condón en las relaciones sexuales, hay otros dos aspectos influyentes de gran relevancia que engloban, por un lado, el infra-diagnóstico de la infección VIH en personas que participan en la práctica del chemsex, y por otro la existencia de un porcentaje bajo, pero no desdeñable, de personas con VIH diagnosticado en tratamiento antirretroviral pero con carga viral detectable, que representa en torno al 10-15% de personas con VIH en tratamiento (1,2).

En este sentido, los factores determinantes que incrementan la probabilidad de transmisión del VIH dependerán de:

- Estado de la fuente: el riesgo se considera elevado en términos generales si la fuente presenta infección por VIH.
- Cantidad de virus inoculado (carga viral): Cuando la enfermedad está avanzada, la fuente no está recibiendo terapia antirretroviral (TAR), y en la infección aguda, existe una elevada carga viral que incrementa el riesgo de transmisión.

- Individuo expuesto: La presencia de lesiones u otras infecciones de transmisión sexual en el individuo expuesto incrementan el riesgo de infección por VIH.

Los factores que contribuyen al aumento de la transmisión del VIH en el contexto del chemsex incluyen (3-5):

- Comportamiento sexual de riesgo: Las sustancias psicoactivas pueden disminuir la percepción del riesgo y promover comportamientos sexuales de alto riesgo. Esto implica desinhibición, sesiones sexuales prolongadas en el tiempo, con múltiples parejas sexuales, incluyendo desconocidos sin protección y la práctica de sexo anal sin condón. Estos factores aumentan considerablemente la probabilidad de contagio de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), con el consecuente daño en mucosas y, con ello, de la adquisición del VIH.
- Relaciones sexuales prolongadas: El chemsex a menudo involucra sesiones de sexo prolongadas, a veces durante varios días de duración, habitualmente centradas en los fines de semana y en muchos casos con múltiples participantes. Esta potencial sobreexposición al virus en contextos habitualmente no protegidos aumenta el riesgo de transmisión al VIH.
- Desinhibición y falta de conciencia de riesgo: El uso de sustancias psicoactivas puede llevar a un olvido de las precauciones de seguridad, como el uso de métodos barrera, condones, o la toma regular de la profilaxis pre-exposición (PrEP), lo que aumenta la vulnerabilidad a la infección por el VIH. Así mismo, en este contexto de desinhibición inducida por drogas, las relaciones sexuales pueden llegar a ser más intensas, agresivas, y traumáticas (ej. «fisting»), incrementando el riesgo global asociado de transmisión por la presencia de mayor frecuencia de traumatismos en las mucosas.
- Presencia de ITS: La relación entre el VIH y la adquisición de ITS es compleja y multifactorial. La evidencia sugiere que la inflamación del tracto genital y/o rectal causada por ITS bacterianas aumenta el riesgo de la transmisión del VIH al aumentar la diseminación del virus VIH tras roturas en el epitelio del tracto genital y/o rectal y reclutamiento de células diana en esta área secundarias a la presencia de una ITS. En este sentido, la presencia de *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae* rectal y sífilis temprana en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) supondría un mayor riesgo para ser diagnosticado con VIH tras un diagnóstico previo de ITS (6-7).
- Compartir material para consumo de drogas intravenosas y juguetes sexuales: El uso compartido de drogas intravenosas (iv), así como del equipo para su consumo (ej., agujas o jeringuillas), puede llevar a la transmisión de sangre contaminada e incrementar considerablemente el riesgo de transmisión. Así mismo, el uso compartido de juegos sexuales posibilita el intercambio de fluidos, en algunos casos mezclados con sangre en relaciones sexuales más

traumáticas, incrementándose el riesgo de transmisión.

- Redes Sociales: Una de las características fundamentales que definen estos encuentros sexuales es el uso de la tecnología y redes sociales para organizar los encuentros sexuales, así como el tipo de drogas que se consumirán. Esta nueva forma de interacción social propicia la agregación de personas que comparten el mismo estilo de vida, asumen los mismos riesgos y hacen uso intensivo de drogas en estos contextos, incluyendo «*slamming*», pudiendo facilitarse en este contexto la transmisión del VIH (8).
- Estigmatización y falta de educación: Si bien la práctica del chemsex se ha visto enmarcada en una gran proporción de personas con un nivel socio-cultural medio- alto, las personas que la practican pueden enfrentar altos niveles de estigmatización y discriminación. Este aspecto se ha descrito en algunos estudios, donde las personas asociaron el estigma de la PrEP con el estigma del VIH, las diferencias generacionales, la moralización del uso del condón en contextos sexuales de riesgo como el entorno del chemsex y la incapacidad de abrazar la propia sexualidad. Esta situación dificulta a menudo el acceso a servicios de salud y educación sobre VIH y otras ITS (9).

4.2. EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS USUARIAS DE CHEMSEX

El consumo de drogas psico-estimulantes en entornos sexuales con la finalidad de prolongar, potenciar e intensificar la experiencia sexual es, hoy en día, una realidad en los grandes núcleos urbanos de Europa, siendo una práctica habitual en 3 de cada 10 gais, bisexuales, hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) como se ha descrito en estudios clínicos como el U-sex en personas que viven con el VIH (PVVIH) en la Comunidad de Madrid (10,11).

Si bien una gran mayoría de las personas no refiere presentar complicaciones derivadas de estas prácticas, las implicaciones de estas en el colectivo de PVVIH puede impactar de forma negativa sobre su salud y bienestar en un entorno social, familiar o profesional. Dicha afectación implica la afectación de 2 esferas: la psíquica (con ansiedad, depresión, paranoia y psicosis) y la física (que a su vez incluye infecciones de transmisión sexual, problemas derivados del propio consumo como sobredosis e infecciones en punto de inyección y los asociados al propio VIH y el tratamiento, ya sea por problemas de adherencia o interacciones).

4.2.1. Esfera psíquica

En diversos estudios de prevalencia se estima que el 50% de PVVIH presentan sintomatología asociada del sistema nervioso central en mayor o menor grado. Los factores predisponentes a la misma son multifactoriales e incluyen factores genéticos, psi-

cológicos y ambientales. Los síntomas más comúnmente asociados incluyen ansiedad y depresión. En este contexto, la práctica del chemsex puede generar problemas de dependencia y contribuir a la aparición o acentuación de sintomatología como ansiedad, depresión, paranoia y psicosis, esta última de especial relevancia en contextos en los que se hace uso de drogas de forma intravenosa, «*slamming*». Esta desestructuración de la persona asociada al consumo hace que el seguimiento en la consulta de VIH se pueda volver más errático, lo que lleva a un seguimiento más irregular con incomparecencia a las citas, así como a las pruebas diagnósticas, pudiendo verse afectada la salud física del paciente, asociada a la infección VIH. No obstante, este apartado será tratado de forma más específica en un capítulo aparte (12,13).

4.2.2. Esfera física

Directamente relacionada con la práctica de sexo no protegido, el uso de drogas intravenosas y problemas con el tratamiento para el VIH.

4.2.2.1. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Existen diversos estudios que han relacionado la práctica del chemsex, especialmente en aquellos casos de consumo de múltiples sustancias, con relaciones sexuales de riesgo no protegidas y con ello de un elevado riesgo de adquirir ITS. Los nuevos casos en Europa de infección por Chlamydia, gonorrea y sífilis han aumentado desde 2013 hasta la actualidad, siendo llamativo el creciente número de nuevos casos de gonorrea. Actualmente el diagnóstico de gonorrea o Chlamydia entre GBHSH llega a ser hasta del 30%. Además de las ITS bacterianas, los participantes involucrados en chemsex, y especialmente *slam*, tienen mayor probabilidad de adquirir una infección por el virus de la hepatitis C (VHC) (14,15).

4.2.2.2. Infecciones asociadas a uso de drogas intravenosas

Las complicaciones infecciosas más frecuentes tras el uso de drogas intravenosas es la infección de la piel y los tejidos blandos, incluido el desarrollo de abscesos. Son comúnmente causadas por organismos Gram positivos, *Staphylococcus aureus* (incluyendo cepas meticilín-resistentes) y *Streptococcus* spp, y se asocian al uso de técnicas de inyección no estériles. Como complicación de las mismas cabe destacar la endocarditis, entidad de gravedad que requiere ingreso hospitalario y no está exenta de una elevada morbilidad (16). Como se indicó anteriormente, los participantes involucrados en el *slam*, tienen mayor probabilidad de adquirir una infección por el virus de la hepatitis C (VHC) (14,15).

4.2.2.3. Adherencia al tratamiento

La dependencia activa, el uso diario de algunas drogas, el consumo de polisustancias y el consumo problemático de alcohol, pueden generar problemas de adherencia al tratamiento en PVVIH. Estos problemas de adherencia, a veces puntuales, pueden llegar a convertirse en habituales pudiendo comprometer el control virológico (llevando al fracaso virológico) y, con ello, no sólo a una merma de la salud del individuo, sino a un riesgo de transmisión del VIH a la comunidad. Si bien algún estudio ha determinado que con los esquemas de tratamiento actuales, basados en inhibidores de la integrasa de segunda generación, la ausencia de varias tomas a la semana podría no comprometer la eficacia del mismo, otros estudios demuestran que la ausencia de tomas puede asociarse a la presencia de viremia detectable hasta en el 13% de los casos. De ahí que las Guías de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida 2022 sigan recomendando garantizar la adherencia a un tratamiento diario 7 días a la semana, 365 días al año. Es importante en ese sentido identificar 2 perfiles de falta de adherencia, la intencionada y no intencionada. La falta de adherencia intencionada puede comportar la alteración de horarios, saltos de dosis u omisión selectiva de tomas. La falta de adherencia no intencionada engloba a) *déficit cognitivo temporal* tras consumo de drogas, con una percepción anormal de la importancia de la medicación y del tiempo; b) *alteración del patrón del sueño*, derivado de la ausencia de descanso durante varios días mientras se desarrollan estas prácticas; c) *la necesidad de asociar ciertos medicamentos con comida* en un contexto en que las drogas consumidas propician la falta de apetito. Por ello, es fundamental identificar a PVVIH con consumo problemático y/o perjudicial de drogas y alcohol, en contexto de chemsex, reducir los riesgos asociados a su consumo, abordar el abuso de sustancias y alcohol de manera interdisciplinaria y potenciar la adherencia al tratamiento antirretroviral mediante educación sanitaria (17,18).

4.2.2.4. Interacciones farmacológicas

La mayoría de las sustancias consumidas en el contexto del chemsex se metabolizan en el hígado por el citocromo P450. Algunas drogas o medicamentos pueden actuar de inductoras o inhibidoras provocando la aparición de efectos adversos (por aumento de las concentraciones), o bien disminución de la efectividad de los fármacos (por alcanzar concentraciones subóptimas). Este tipo de problemática está especialmente relacionada con el uso de inhibidores de la proteasa potenciados, ya sea con cobicistat o ritonavir. Por ello, es fundamental la valoración por parte del profesional de las posibles interacciones farmacológicas, teniendo en cuenta el consumo personalizado de antirretrovirales (ARV), sustancias y alcohol por parte del paciente (19).

4.3. CHEMSEX Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Las diferentes sustancias utilizadas en la práctica del chemsex, como la metanfetamina, mefedrona, el GHB y los poppers, pueden interactuar de diversas maneras con los antirretrovirales (ARV), ya sea con interacciones farmacológicas, problemas de absorción o generando problemas de adherencia que, por un lado pueden generar problemas de eficacia sobre el control virológico, y al mismo tiempo aumentar la toxicidad de las diferentes drogas recreativas, elevando el riesgo de sobredosis y con ello las complicaciones médicas tanto físicas como psíquicas.

4.3.1. *Impacto de las interacciones farmacológicas*

Las interacciones entre drogas y ARV pueden producirse por diversos mecanismos que incluyen tanto procesos farmacocinéticos como farmacodinámicos. Dentro de los farmacocinéticos los más importantes incluyen la inhibición o inducción del CYP450, pues la gran mayoría de drogas son metabolizadas por isoenzimas CYP3A4 y CYP2D6. Esta inhibición por los ARV puede suponer un aumento de las concentraciones plasmáticas y con ello favorecer la aparición de sobredosis o incremento de la toxicidad inherente. Por el contrario, la inducción acelerará su metabolismo, disminuyendo sus concentraciones y generando efectos inferiores a los deseados, situación que puede llevar a un incremento peligroso de la dosis usada.

Así mismo, la gravedad de las interacciones no solo dependerá de los ARV y del tipo de drogas involucradas, sino también de las dosis utilizadas, la diferente biodisponibilidad según la vía de administración (rectal e intravenosa, con una mayor biodisponibilidad que oral), las propias interacciones farmacológicas entre las diferentes drogas que se administran concomitantemente, incluyendo cocaína, nitritos, fármacos para la disfunción eréctil, o incluso el alcohol y otras circunstancias personales como pueden ser la existencia de polimorfismos genéticos.

Este apartado examina las principales interacciones farmacológicas de las drogas comúnmente usadas en la práctica del chemsex y los ARV utilizados para el tratamiento de la infección por VIH, poniendo de manifiesto los riesgos asociados y la necesidad de una atención clínica y preventiva adecuada y personalizada. Interacciones de sustancias usadas en chemsex según familia de ARV y vía de actuación (20-24).

4.3.1.1. ARV que utilizan cobicistat y ritonavir como potenciadores (elvitegravir e inhibidores de la proteasa)

El cobicistat (Cobi) y ritonavir (RTV), inhibidores de CYP3A4, son utilizados como potenciadores junto con los inhibidores de la proteasa y el elvitegravir, sustra-

tos de dicha enzima en el hígado. Así mismo, en mayor medida RTV, y en menor medida Cobi, inhiben también otras enzimas del CYP450, como CYP2D6, 2C8 y 2C9, además de diversos transportadores de membrana (p. ej., glicoproteína-P, BCRP, OAT1, MATE). Así mismo, RTV es inductor de los CYP 1A2, 2C9, 2C19 y 2E1 y de la enzima uridina 5'-difosfato-glucuronosiltransferasa (UGT)1A1.

Ketamina se ve afectada por CYP3A4 y en menor medida por el 2B6 y el 2C9. Metanfetamina, MDMA, mefedrona y metilendioxipirovalerona (MDVP) son metabolizadas principalmente por el CYP2D6 y, en menor medida, por 3A4 (metanfetamina y MDMA) o por el 1A2 y el 2D6 (MDMA). En este contexto, cabe destacar la especial interacción de RTV o Cobi con ketamina, de gran relevancia clínica, por la potencial gravedad que conlleva. Dicha interacción hace obligado el cambio de IP/r. En el caso de metanfetamina, MDMA, mefedrona o MDVP, el cambio del IP/r, es una medida más que recomendable, siempre que existan otras alternativas que no comprometan la eficacia del tratamiento.

Si bien GHB no tiene un efecto hepático directo sobre el CYP450, ya que su metabolismo se realiza por la enzima alcohol deshidrogenasa, si es de destacar la potencial toxicidad que genera en asociación con alcohol y benzodiazepinas, pudiendo llegar a comprometer la vida del usuario a chemsex.

4.3.1.2. Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN)

En general, el papel de los ITINAN en cuanto a interacciones farmacológicas es mucho menor que con otras familias, y no suelen asociarse a interacciones clínicamente relevantes.

Efavirenz (EFV), nevirapina (NVP) y etravirina (ETV) son inductores del CYP3A4 y sustratos de diversas isoenzimas del CYP450. Rilpivirina (RPV) es sustrato del CYP3A4, pero no induce la actividad enzimática del mismo y con ello es el no análogo más seguro de uso en este contexto. La Doravirina presenta un efecto neutro en este contexto, dada que no inhibe ni induce las enzimas CYP.

Es de destacar, en este contexto, el papel que puede tener EFV como inductor sobre algunas drogas como la ketamina, disminuyendo significativamente la concentración plasmática de la misma, pudiendo llevar a inducir en el paciente un incremento de dosis para conseguir el mismo efecto, que podría generar problemas de toxicidad de forma indirecta.

4.3.1.3. Inhibidores de la Integrasa

Los inhibidores de la integrasa son los fármacos de elección para usar en el contexto de prácticas de chemsex debido a su escasa o nula interacción con drogas recrea-

tivas. Como excepción cabe destacar elvitegravir, que precisa potenciación con Cobi y, en consecuencia, está sujeto al problema de interacción anteriormente descrito con inhibidores de la proteasa potenciados.

Tanto Raltegravir (RAL), como Dolutegravir (DTG) y Bictegravir (BIC) son metabolizados por la enzima UGT1A1; mientras que RAL no inhibe OAT2 y OAC2 ni es sustrato minoritario del CYP3A4, glicoproteína-P o BCRP como si lo son DTG o BIC.

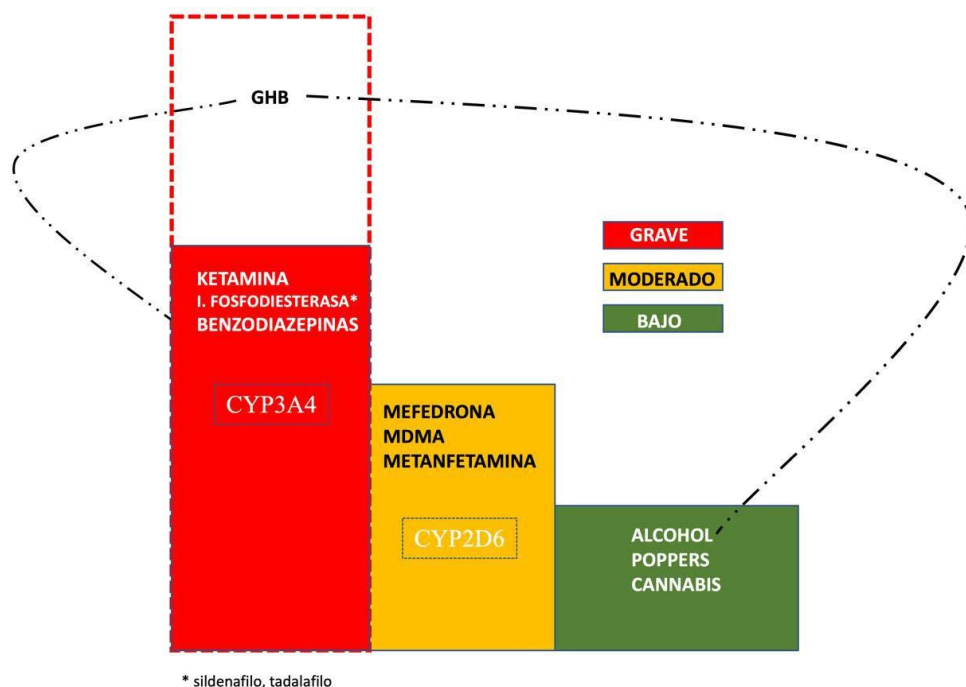
4.3.1.4. Principales interacciones entre sustancias y ARV

El riesgo asociado a las principales interacciones entre drogas recreacionales usadas en chemsex y los ARV se describen a continuación (25,26).

- Mefedrona: Se metaboliza por el CYP2D6. Presenta un riesgo moderado de interacción con RTV o Cobi.
- Metanfetaminas: Se metaboliza por el CYP2D6. Presenta un riesgo moderado de interacción con RTV o Cobi.
- Ketamina: se metaboliza por el CYP3A4. Presenta riesgo alto de interacción con inhibidores del mismo, Cobi y RTV, produciendo alto riesgo de intoxicación. Hay que destacar el riesgo existente con EFV, NPV o ETV que actúan como inductores, produciendo una eliminación más rápida de la ketamina, pudiendo en este contexto inducir un mayor consumo en usuario para conseguir efectos deseados y con ello incrementándose el riesgo de toxicidad.
- 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA): Se metaboliza por el CYP2D6. Presenta un riesgo moderado de interacción con RTV o Cobi. A dosis habituales, la inhibición de esta isoenzima puede provocar una acumulación moderada de MDMA, con el consiguiente riesgo de intoxicación.
- Ácido gammahidroxibutírico (GHB): se metaboliza por la enzima alcohol-deshidrogenasa. Sus precursores γ -butirolactona (GLB) y el 1,4-butanediol (1-4BD) tienen la misma vía metabólica. El riesgo puede llegar a ser alto por asociación de sustancias. Se han descrito casos de intoxicaciones graves en el contexto de uso de Cobi o RTV, frecuentemente asociadas al uso de alcohol.
- Benzodiacepinas: (p. ej., alprazolam, diazepam, midazolam, triazolam): Se metabolizan por CYP3A4. Presenta un riesgo alto de interacción con ARV ya sea como inhibidores o inductores.
- Cocaína: En un 90% el metabolismo se produce por esterasas en la sangre, siendo minoritario el metabolismo hepático por CYP3A4. Algunos inductores como EFV, NVP o ETV pueden potenciar este metabolismo, originando la norcocaína un metabolito potencialmente hepatotóxico.
- Nitrito de amilo (poppers): se metabolizan por hidrogenasas. Presentan riesgo muy bajo de interacción con ARV.

- Inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafil, tadalafilo y similares): Se metabolizan por el CYP3A4. Presentan riesgo alto de interacción con ARV, tanto inhibidores como inductores, pudiendo generar intoxicaciones de gravedad.

FIGURA 1. RIESGO ASOCIADO DE LAS DIFERENTES DROGAS USADAS EN CHEMSEX EN PRESENCIA DE ARV



El manejo clínico de las interacciones hace obligado una monitorización proactiva de las mismas, siendo obligada la retirada de potenciadores como Cobi o RTV en el contexto de consumo de ketamina y más que recomendable, siempre que sea posible, con el uso de mefedrona, MDMA y metanfetamina. Así mismo, poner especial cuidado en la retirada de ITINAN, ante el potencial incremento de dosis que dicha utilización hubiera podido generar en el usuario y así reducir el riesgo intoxicaciones graves.

4.3.2. Impacto sobre la adherencia

La práctica del chemsex puede tener un gran impacto sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral, que secundariamente puede llevar al fracaso virológico y la generación de mutaciones de resistencia. Como norma general, el consumo de drogas de uso recreativo en un contexto sexual ocurre de forma esporádica o con

baja frecuencia, ya sea quincenal o mensualmente. Por ende, el impacto real en la adherencia podría ser limitado. Los datos específicos relacionados con el impacto del chemsex y la adherencia al tratamiento ARV son limitados, con resultados muy variables según estudios. No obstante, en términos generales, se ha evidenciado una menor adherencia en consumidores de sustancias frente a los no consumidores (27,28). Las implicaciones clínicas de este déficit de adherencia son poco claras, en muchos casos suponen más un aspecto teórico que práctico, gracias a la disponibilidad de fármacos de elevada potencia con una capacidad de supresión del virus en el 80% de los pacientes con una adherencia mínima del 85%. Por lo tanto, el perfil farmacocinético de los antirretrovirales, junto con el uso de doble o triple terapia y el número de dosis perdidas, condicionan el impacto de la adherencia en términos de eficacia.

Los factores que influyen habitualmente en la adherencia al tratamiento ARV en el contexto de chemsex son:

- Estigma y discriminación: La estigmatización relacionada con el VIH puede llevar a la falta de autoaceptación, lo que a su vez se asocia con mayor riesgo de práctica del chemsex. El estigma puede obstaculizar la búsqueda de atención médica y la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Deterioro de la salud mental: El chemsex a menudo se asocia con problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, que pueden interferir con la adherencia regular a la medicación.
- Inestabilidad en las relaciones: Las relaciones cambiantes y a menudo efímeras en el contexto del chemsex pueden dificultar la creación de una red de apoyo sólida, lo que es fundamental para mantener la adherencia a largo plazo.

A la hora de valorar los problemas de adherencia en el contexto del chemsex se han descrito dos tipos de problemas claramente diferenciados (29,30):

- Falta de adherencia intencional: El usuario de chemsex modifica de forma consciente y organizada la toma de ARV con objeto de evitar los riesgos percibidos subjetivamente de la administración conjunta del tratamiento para el VIH y las drogas de uso recreacional. Esta falta de adherencia se manifiesta como la alteración de los horarios de medicación, olvidos de dosis u omisión selectiva de fármacos. Si bien, el planteamiento inicial consciente puede ser el evitar las interacciones entre drogas y medicamentos, esta conducta puede perpetuarse convirtiéndose en una ausencia de toma de medicación.
- Falta de adherencia no intencional: Se debe a la interferencia de los efectos de las drogas con la capacidad para realizar adecuadamente las tomas del TAR. Puede deberse a diversas razones. a) deficiencias cognitivas temporales que

pueden llevar a percepciones anómalas sobre la importancia de la medicación y del tiempo; b) alteraciones en los patrones de sueño, frecuentemente exacerbadas por periodos prolongados de privación, seguidos de largos periodos de sueño; c) incapacidad para ingerir medicamentos relacionados con los efectos negativos sobre la ingesta que producen determinadas sustancias; d) imposibilidad temporal de reconocer o hacer uso de ayudas o recordatorios para tomar las dosis.

En ese sentido, la monitorización proactiva de la adherencia en unidades de VIH y servicios de Farmacia hospitalaria es crucial, no sólo para evitar complicaciones en relación con el control virológico del VIH, sino por identificar problemas físicos y psíquicos derivados del uso de sustancias recreativas.

Las intervenciones y estrategias para mejorar la adherencia incluyen (31,32):

- Programas de Reducción de Daños: Estos programas pueden proporcionar información sobre cómo minimizar los riesgos asociados con el chemsex y ofrecer recursos para mantener la adherencia a la TAR en situaciones de consumo de drogas.
- Apoyo Psicológico: Ofrecer terapia y apoyo psicológico puede ayudar a las personas a enfrentar el estigma y a manejar mejor los desafíos de salud mental, mejorando así la adherencia a la TAR.
- Educación y Conciencia: Campañas de educación pública que destaquen los peligros del chemsex y brinden información sobre cómo mantener la adherencia al TAR pueden ser fundamentales para crear conciencia en la comunidad.

Como conclusión, la adherencia al TAR en el contexto del chemsex es un desafío complejo, pero crucial. Abordar este problema requiere un enfoque integral que incluya programas de reducción de daños, apoyo psicológico y educación continua. Es esencial que los profesionales de la salud, las organizaciones comunitarias y las autoridades sanitarias colaboren para desarrollar estrategias efectivas que aborden tanto el chemsex como la adherencia a la TAR, protegiendo así la salud pública y mejorando la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH.

4.4. EVALUACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS USUARIAS DE CHEMSEX

El cribado de prácticas de chemsex en la consulta de VIH es una herramienta muy valiosa para identificar a las personas en riesgo y proporcionar intervenciones tempranas que permitan prevenir futuros problemas. Esto es especialmente relevante en el ámbito neuro-psiquiátrico, donde la identificación temprana de los comportamientos asociados al chemsex y los problemas de adicción asociados pueden ayudar a prevenir la progresión de la problemática asociada y mejorar la salud y el bienestar

de las personas afectadas tanto en la esfera física, familiar, social y laboral. En este sentido, es necesario mantener siempre una actitud siempre proactiva, y no reactiva, al problema, basada en el respeto y la ausencia de prejuicios.

Esta identificación de prácticas de chemsex es esencial en entornos de atención médica, incluyendo centros de atención a PVVIH y enfermedades de transmisión sexual, servicios de atención primaria y urgencias hospitalarias, y centros de tratamiento de adicciones. El cribado en centros de infecciosas o unidades de VIH es clave para la detección de la práctica del chemsex entre los HSH infectados por el VIH. Aquellos servicios que intervengan en la implementación de la PrEP en el ámbito hospitalario o centros de ITS son especialmente sensibles en identificar usuarios con prácticas de riesgo para chemsex en grupos de población relacionados (33-35). Los desafíos a los que nos enfrentamos en este contexto incluyen:

- Barreras de acceso a la atención médica: El estigma asociado tanto al VIH como al consumo de drogas puede dificultar que las personas usuarias de chemsex busquen pruebas regulares de VIH. Esto conduce a diagnósticos tardíos y peores resultados de salud. En este sentido, hay que tener en consideración que, en muchas ocasiones, los usuarios de chemsex son renuentes a la derivación a consulta o a reconocer dicho consumo, excepto cuando el problema es importante o la situación es límite, lo que supone un cúmulo de oportunidades perdidas de intervención en fases más precoces.
- Adherencia al TAR: El chemsex puede afectar negativamente la adherencia al TAR. Las drogas de uso recreacional pueden provocar olvidos en la toma de medicamentos, lo que aumenta el riesgo de fracaso virológico y aparición de resistencias a los ARV.
- Identificación de comportamiento sexual de riesgo: La combinación de drogas y actividad sexual desinhibida aumenta las posibilidades de prácticas de riesgo, como el sexo sin protección. Esto incrementa la probabilidad de adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.
- Identificación de problemas de salud mental: Se estima que hasta el 50% de las PVVH han presentado o pueden presentar trastornos psiquiátricos que incluyen la ansiedad y depresión como principales pilares. El uso de drogas de uso recreativo puede contribuir no sólo a potenciar y complicar dichos problemas, sino incluso a propiciar la aparición de otros nuevos, como trastornos psicóticos o problemas de dependencia a drogas.

Este cribado puede realizarse con anamnesis presencial o por el contario de forma indirecta haciendo uso de cuestionarios o encuestas ya sea de forma presencial o no (36,37).

- Anamnesis presencial: La anamnesis inicial de todo usuario nuevo debe incluir preguntas encaminadas a detectar el uso de drogas durante las relaciones

sexuales. Debe realizarse en un entorno físico confortable, reservado, garante de intimidad y ajeno a de estímulos distractores. Debe basarse en las siguientes premisas:

1. Relación basada en la empatía, información, respecto y ausencia de prejuicios.
 2. Abordaje integral centrado en la persona y no solo en el uso de drogas, teniendo en cuenta aspectos como la identidad/orientación sexual, perspectiva de género, vivencia del VIH y otros condicionantes culturales. Dicha atención se desarrollará en un espacio seguro y confidencial sin juicios morales, discriminación y/o estigmatización.
 3. Identificación de consumos problemáticos y desarrollo de estrategias terapéuticas personalizadas, con enfoques basados en la abstinencia y en la reducción de daños.
 4. Abordaje multidisciplinar con estrecha colaboración institucional y coordinación entre los diferentes profesionales y servicios implicados, tanto públicos como comunitarios, que permitan ahondar en todos los aspectos físicos y psicológicos relacionados con el consumo de drogas de uso recreacional.
 5. Simplificación del circuito asistencial para el usuario, tras cribado y diagnóstico del problema, con objeto de facilitar su adhesión al mismo.
- Uso de encuestas o cuestionarios, que pueden ser completados en una consulta médica o en línea. Deben incluir preguntas sobre el uso de sustancias, la frecuencia y la intensidad, así como preguntas sobre los efectos secundarios y las consecuencias negativas relacionadas con dicho uso, al igual que se ha planteado en la anamnesis en consulta.

Como consideración inicial se debería descartar un problema asociado al uso de drogas cuando durante el seguimiento clínico de un usuario aparecen comportamientos no habituales, como pueden ser el ausentarse a las citas clínicas o extracciones de laboratorio, aparición de «*blips*» de carga viral del VIH, detección de una peor adherencia al tratamiento (ya sea por el clínico o por el servicio de Farmacia), nuevos diagnósticos de infecciones de transmisión sexual, aparición de problemas de relación social, familiar, de pareja o laborales y cambios en el comportamiento o estado de ánimo (ansiedad, depresión, irritabilidad que requieran o no consultas a servicios de urgencias, o cambio en la actitud hacia el médico).

Los resultados de dicho cribado permitirán identificar a los pacientes en riesgo y brindar intervenciones tempranas basadas en reducción de daños, incluyendo información sobre los riesgos asociados con el uso de sustancias, asesoramiento sobre ITS, trabajar con los pacientes para mejorar la adherencia al tratamiento, cambios del mismo ante potenciales interacciones y diagnóstico de las complicaciones físicas, psíquicas y adicciones generadas del uso de estas drogas de uso recreacional.

La evaluación del VIH en personas usuarias de chemsex presenta desafíos complejos que requieren enfoques integrales y culturalmente competentes. La combinación de educación, servicios de salud accesibles y programas de reducción de daños puede desempeñar un papel vital en la prevención del VIH y el apoyo a las personas afectadas.

4.5. Estrategias de prevención e intervención para la prevención de la transmisión del VIH

El uso de drogas de uso recreativo en contextos sexuales se asocia en un alto porcentaje de casos a la ausencia de uso de métodos barrera, y con ello a un riesgo incrementado de adquisición del VIH y otras ITS. En este sentido, es esencial comprender las dinámicas del chemsex, incluyendo las drogas utilizadas y los comportamientos asociados para diseñar intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de esta población en cada zona y en cada grupo específico. Dentro de las posibles intervenciones habría que destacar tres grandes bloques (38-42).

4.5.1. Intervención basada en educación y concienciación.

La educación pública es clave para la prevención. El desarrollo de campañas que informen sobre los riesgos del chemsex y las prácticas sexuales seguras pueden contribuir a reducir la transmisión del VIH. Estas campañas deben ser inclusivas y no estigmatizantes, llegando a todas las comunidades afectadas. Las estrategias en ese sentido deberían plantearse en dos ámbitos:

- Campañas Educativas: Campañas informativas dirigidas a destacar los riesgos del chemsex y proporcionar orientación sobre cómo reducir esos riesgos, incluyendo el uso adecuado de preservativos y la importancia de las pruebas regulares de VIH.
- Educación en el Punto de Atención: Proporcionar educación sobre salud sexual y el VIH en clínicas, centros de salud comunitarios y espacios frecuentados por personas usuarias de Chemsex.

4.5.2. Intervención asistencial

4.5.2.1. Diagnóstico y atención médica

Facilitar el acceso a pruebas de VIH y servicios de atención médica es fundamental. Los programas de pruebas rápidas y anónimas pueden alentar a las personas a

conocer su estado serológico y, si es necesario, recibir el tratamiento adecuado. En este sentido, es de especial interés la creación de nuevas estructuras sanitarias que permitan un mayor y, al mismo tiempo, mejor acercamiento a esta nueva realidad. Entre las mismas cabría destacar:

- Clínicas móviles que ofrezcan pruebas de VIH y servicios de consejo en lugares donde las personas usuarias de chemsex se reúnen, como clubes nocturnos y áreas urbanas.
- Centros de Salud Integrados que ofrezcan servicios de salud sexual, tratamiento para adicciones y apoyo psicológico bajo un mismo techo para abordar las necesidades holísticas de las personas.

Así mismo, dentro del ámbito sanitario existen diferentes estrategias terapéuticas dirigidas a prevenir exposiciones de riesgo (PrEP) o a actuar ante exposiciones de riesgo (PEP), que reducen el riesgo de adquisición de infección por VIH.

4.5.2.2. Profilaxis pre-exposición (PrEP)

La Profilaxis pre-exposición (PrEP) (43-48) es una estrategia efectiva para prevenir la infección por VIH en personas de alto riesgo, basada en la utilización de antirretrovirales orales (FTC/TDF o FTC/TAF) o intramusculares de larga duración (Cabotegravir -CAB) de forma preventiva. Numerosos ensayos clínicos y cohortes de vida real han respaldado su uso como estrategia altamente efectiva.

El estudio iPrEx fue pionero en demostrar la efectividad de la PrEP en hombres homosexuales y bisexuales con una eficacia del 73% (IC95%, 41 a 88; $p < 0,001$). En los sujetos con niveles detectables de fármacos la reducción relativa del riesgo de infección con respecto a los que no tenían niveles de fármaco fue del 92% (IC95%, 40 a 99; $p < 0,001$). En el ensayo PROUD, el uso de FTC/TDF supuso una reducción relativa de riesgo del 86%, (IC90%, 64 a 96%, $p = 0,0001$) con una NNT estimado de tan sólo de 13 sujetos (IC90%, 9 a 23). En el estudio IPERGAY el uso de FTC/TDF objetivó una reducción relativa del riesgo de infección del 86% (IC95%, 40 a 98%; $p = 0,002$). El ensayo HPTN 067/ADAPT demostró que las pautas intermitentes (no diarias) de PrEP con FTC/TDF pueden facilitar la adherencia y con ello su impacto sobre las prácticas sexuales de riesgo, consiguiendo altas tasas de eficacia. El estudio PARNERS-PrEP incluyó HSH y población heterosexual y demostró que el uso de TDF y TDF/FTC disminuyó el riesgo de infección en un 67% (IC95%, 44 a 81, $p < 0,001$) y 75% (IC95%, 55 a 87, $p < 0,001$) respectivamente. En población heterosexual africana (Boswuna), el estudio TDF2 demostró que la eficacia protectora global de la combinación TDF/FTC era del 62,2% (IC95%, 21,5% al 83,4%; $p = 0,03$). El estudio DISCOVER en HSH y mujeres transgénero demostró la no inferioridad de FTC/TAF frente a FTC/TDF diario con tasas de eficacia de 99.7% vs

99.4% respectivamente, y una incidencia de 0.16/100 personas- años vs 0.30/100 personas -años (RR=0.54; IC: 0.23-1.26). El estudio HPTN3 demostró que el uso de CAB fue superior a FTC/TDF diario para prevenir infección por VIH entre HSH y mujeres transgénero con una incidencia de 0.41 por 100 personas-año.

El desarrollo de un programa de PrEP debe llevarse a cabo en centros, únicos o asociados, que garanticen el correcto cumplimiento de todas las fases de la estrategia, incluyendo la evaluación inicial y el seguimiento, además de la dispensación de la medicación y que dispongan de personal entrenado en la misma. En el momento de redacción de este capítulo, en Europa la única opción aprobada para su uso es FTC/TDF en pauta diaria.

4.5.2.3. Profilaxis pre-exposición (PrEP)

La profilaxis post-exposición (PEP) (49-52) es una estrategia efectiva para prevenir la infección por VIH en personas con riesgo de haberse expuesto a una fuente VIH en el entorno del chemsex. basada en la toma de tratamiento antirretroviral con 3 fármacos de forma diaria. Diversos estudios han demostrado que la PEP para el VIH puede reducir el riesgo de infección por el VIH en hasta el 80%. La PEP se debe iniciar lo antes posible después de una exposición potencial al virus, en las 72 horas posteriores a dicha exposición. La duración de la misma es de 28 días.

El mayor riesgo de transmisión es por sangre o fluidos que contengan sangre visible. También se consideran potencialmente infectantes el semen, las secreciones vaginales, los líquidos cefalorraquídeos, pleural, pericárdico, peritoneal, amniótico, y la leche humana. No se consideran infectantes la orina, heces, saliva, vómito, secreciones nasales, lágrimas, sudor ni esputo, si no contienen sangre visible. La estimación del riesgo de transmisión se basa en estudios observacionales y se modifica en gran medida por factores concurrentes. Como se ha mencionado previamente, la probabilidad de transmisión del VIH dependerá fundamentalmente de:

- Tipo de exposición sexual: Se considera que la exposición sexual tiene algún tipo de riesgo en caso de que se haya practicado sin preservativo, o con rotura o mal uso del mismo. En el caso de exposición traumática, con violencia, como ocurre en el caso de relaciones sexuales no consentidas o si se produce sangrado o menstruación el riesgo se incrementa considerablemente.
- Estado de la fuente: El riesgo se considera en general elevado si la fuente es VIH positiva, especialmente si su carga viral no es indetectable.
- Cantidad de virus inoculado: Cuando la enfermedad está avanzada, la fuente no está recibiendo TAR, y en la infección aguda, existe una elevada carga viral que incrementa el riesgo de transmisión.
- Individuo expuesto: La presencia de lesiones u otras infecciones de transmisión sexual en el individuo expuesto incrementan el riesgo de infección.

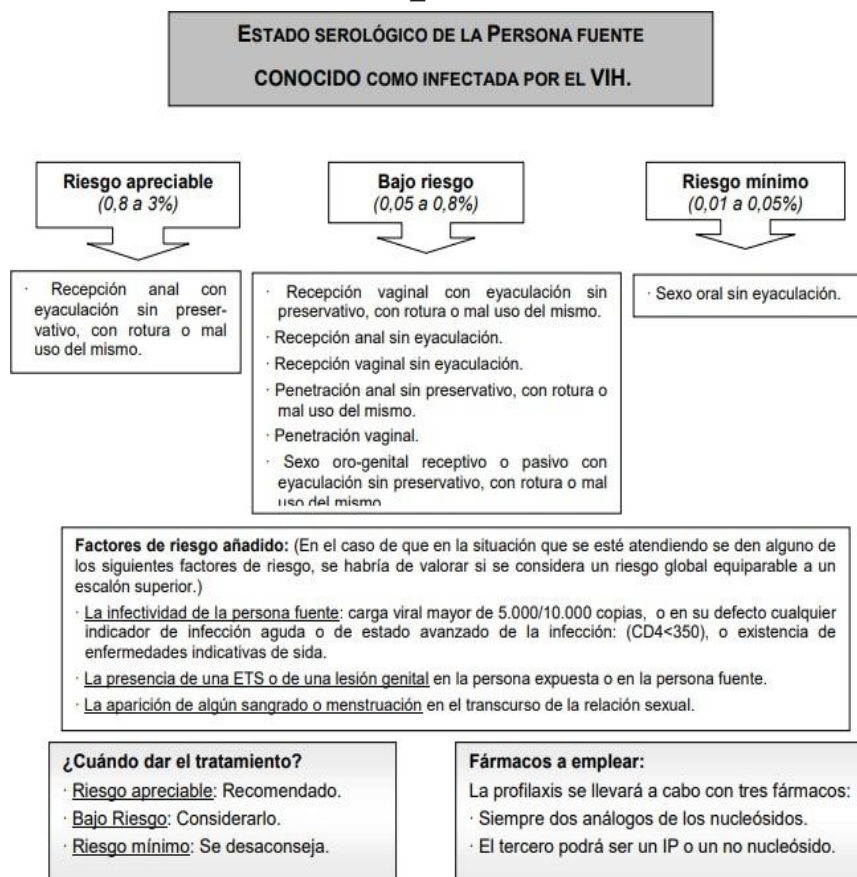
En función de estos cuatro factores se pueden establecer diversos grados de riesgo de infección por el VIH.

- a) Riesgo considerable, si se cumplen las tres condiciones siguientes se recomienda que la persona expuesta realice PEP:
 - Exposición de recto, vagina, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo.
 - Con fluidos potencialmente infectantes.
 - Y fuente VIH positiva con carga viral detectable (sin tratamiento).
- b) Riesgo a valorar individualmente, si se cumplen las tres condiciones siguientes.
 - Exposición de recto, vagina, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo.
 - Con fluidos potencialmente infectantes.
 - Y fuente con estado frente a VIH desconocido.

A este respecto, no siempre es posible conocer el estado de seropositividad de la fuente, por lo que la PPE se recomienda si la fuente tiene alta probabilidad de estar infectada por el VIH.

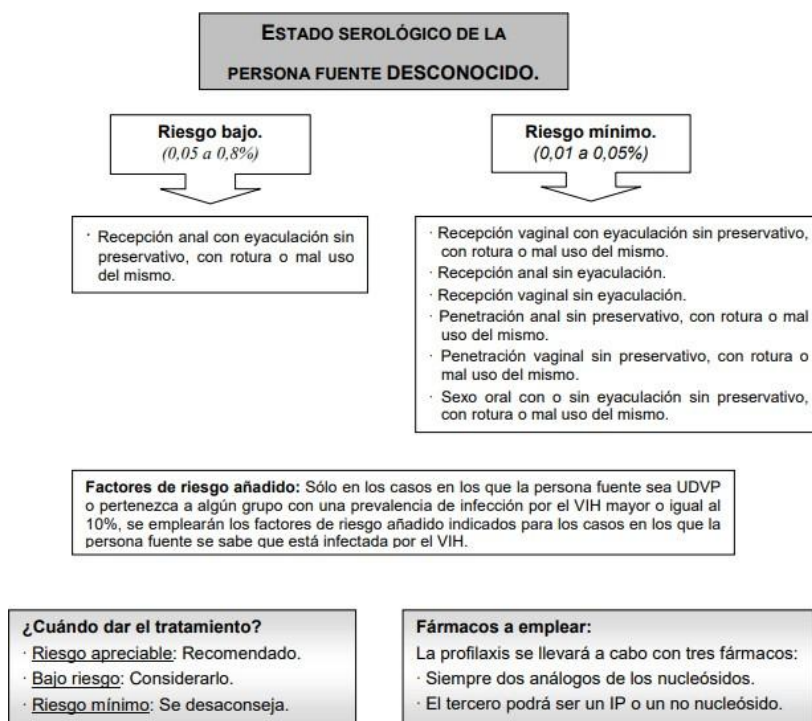
- c) Riesgo despreciable: En estos casos no se recomienda realizar PEP.
 - Cualquier tipo de exposición con fluidos no considerados como potencialmente infectantes, independientemente del estado de la fuente respecto al VIH.
 - Cualquier tipo de exposición con cualquier tipo de fluido de fuente VIH negativo.
- d) Sin riesgo considerable: En estas exposiciones no está indicado realizar PEP.
 - Besos.
 - Mordedura sin solución de continuidad.
 - Arañazo superficial con objeto afilado, incluidas agujas abandonadas.
 - Fluidos infectantes sobre piel intacta (0%).

FIGURA 2. ALGORITMO DE MANEJO EN FUNCIÓN DEL RIESGO RECOMENDADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD, FUENTE CON VIH POSITIVO. ADAPTADO DE: [HTTPS://WWW.SANIDAD.GOB.ES/CIUDADANOS/ENF/LESIONES/ENF/TRANSMISIBLES/SIDA/DOCS/GUIA_ACTUACION_PROFILAXI_S.PDF](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/ENF/LESIONES/ENF/TRANSMISIBLES/SIDA/DOCS/GUIA_ACTUACION_PROFILAXI_S.PDF)



Respecto a los antirretrovirales usados en la PEP, las pautas con 3 fármacos son las que ofrecen mayores probabilidades de prevenir la infección por VIH tras una exposición al VIH. A este respecto, es importante señalar que no existen estudios que comparen la eficacia de las terapias duales versus triple terapia; sin embargo, teniendo en cuenta la falta de experiencia clínica de las terapias duales en la PEP, la mejor tolerancia de los nuevos antirretrovirales y la posibilidad de transmisión de VIH con mutaciones de resistencia frente a algunos antirretrovirales, en la actualidad se recomienda el uso de la triple terapia.

FIGURA 3. ALGORITMO DE MANEJO EN FUNCIÓN DEL RIESGO RECOMENDADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD, FUENTE CON VIH DESCONOCIDO. ADAPTADO DE: [HTTPS://WWW.SANIDAD.GOB.ES/CIUDADANOS/ENFLESIONES/ENFTRANSMISIBLES/SIDA/DOCS/GUIA_ACTUACION_PROFILAXI S.PDF](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_ACTUACION_PROFILAXI_S.PDF)



Las pautas de elección para la PEP se basan en la combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITAN), generalmente TDF/FTC, asociados a un tercer fármaco de otra familia, generalmente inhibidores de la integrasa (p. ej., raltegravir, elvitegravir, dolutegravir, bictegravir). En general, se recomienda utilizar fármacos con buena tolerancia y menor número de interacciones, para mejorar la adherencia, la cumplimentación completa de la pauta y evitar interacciones con otros fármacos.

Estas estrategias hacen necesaria el trabajo conjunto y sincrónico de comunidad y administración para poder llegar a todos los colectivos y grupos poblacionales implicados.

4.5.3. Intervenciones psicosociales

El chemsex puede tener consecuencias negativas para la salud mental y emocional de las personas. A menudo está vinculado a problemas subyacentes como la soledad.

dad y la depresión. Intervenciones psicosociales, como la terapia cognitivo-conductual y el apoyo emocional, pueden ayudar a las personas a abordar estas cuestiones y reducir su participación en el chemsex. En ese sentido, se debe garantizar el acceso a servicios de salud mental y apoyo a aquellos que lo necesiten.

4.5.4. *Reducción de daños y suministro de material estéril*

El uso intravenoso de sustancias tóxicas en contextos sexuales (*slam*) requiere del desarrollo de programas de reducción de daños que a) faciliten información sobre el uso seguro de sustancias, b) ofrezcan recursos (como jeringas estériles, condones para minimizar los riesgos de adquisición del VIH...) y c) proporcionen apoyo psicológico que ayude y permita a los usuarios una deshabituación de dichas prácticas. En este sentido, podemos destacar dos estrategias de acción directa sobre la propia práctica de chemsex:

- Distribución de kits de reducción de daños: Proporcionar kits que incluyan preservativos, agujas limpias y material educativo sobre el chemsex en lugares de encuentro. Esto ayuda a minimizar los riesgos asociados con el consumo de drogas y las prácticas sexuales de riesgo.
- Programas de intercambio de jeringuillas: Implementar programas que permitan el intercambio seguro de jeringuillas para reducir el riesgo de transmisión del VIH a través del consumo habitual de drogas inyectables.

4.5.5 *Intervención a través de comunidades y organizaciones*

Las comunidades afectadas por el chemsex deben ser apoyadas por organizaciones locales y nacionales. Estas organizaciones pueden proporcionar recursos, asesoramiento y espacios seguros donde las personas puedan discutir abiertamente sus preocupaciones y recibir apoyo sin temor al estigma. En este sentido, es de gran valor la creación de redes de apoyo comunitario para ayudar a las personas a enfrentar a los desafíos asociados con el chemsex y promover prácticas sexuales más seguras.

- Grupos de Apoyo: Establecer grupos de apoyo comunitarios que ofrezcan un espacio seguro para que las personas compartan experiencias y obtengan apoyo emocional y práctico.
- Pares Educadores: Utilizar educadores que sean pares de la comunidad para difundir mensajes de prevención. La experiencia compartida puede aumentar la aceptación y comprensión de las medidas preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV*. 2014;1(1): e22–31.
2. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2015 Dec;91(8):564- 8.
3. Ayerdi Aguirrebengoa O, Vera Garcia M, Puerta López T, Clavo Escribano P, et al. Changes in the profile of newly HIV-diagnosed men who have sex with men, Madrid, 2014 to 2019. *Euro Surveill*. 2021;26(47):2001501.
4. Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W, Green S, Simms R, et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*. 2017 Mar;28(4):362-366.
5. Sewell J, Cambiano V, Miltz A, Speakman A, Lampe FC, Phillips A, Stuart D, Gilson R, Asboe D, Nwokolo N, Clarke A, Hart G, Rodger A. Changes in recreational drug use, drug use associated with chemsex, and HIV-related behaviours, among HIV-negative men who have sex with men in London and Brighton, 2013-2016. *Sex Transm Infect*. 2018;94(7):494-501.
6. Pathela P, Braunstein SL, Blank S, Schillinger JA. HIV incidence among men with and those without sexually transmitted rectal infections: estimates from matching against an HIV caseregistry. *Clin Infect Dis*. 2013; 57(8):1203–9.
7. Katz DA, Dombrowski JC, Bell TR, Kerani RP, Golden MR. HIV Incidence Among Men Who Have Sex With Men After Diagnosis With Sexually Transmitted Infections. *Sex Transm Dis*. 2016 Apr;43(4):249-54.
8. Wong NS, Kwan TH, Lee KCK, Lau JYC, Lee SS. Delineation of chemsex patterns of men who have sex with men in association with their sexual networks and linkage to HIV prevention. *Int J Drug Policy*. 2020;75:102591.
9. Dubov A, Galbo P Jr, Altice FL, Fraenkel L. Stigma and Shame Experiences by MSM Who Take PrEP for HIV Prevention: A Qualitative Study. *Am J Mens Health*. 2018;12(6):1843-1854.
10. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez MJ, et al. Sexualized Drug Use (Chemsex) Is Associated with High-Risk Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Infections in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *AIDS Patient Care STDS*. 2018;32(3):112-118.
11. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, et al. Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *PLoS One*. 2019;14(12):e0220272.

12. Hibbert MP, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK. *Sex Transm Infect.* 2019;95(5):342-50.
13. Parhami I, Fong TW, Siani A, Carlotti C, Khanlou H. Documentation of psychiatric disorders and related factors in a large sample population of HIV-positive patients in California. *AIDS Behav.* 2013;17(8):2792-801.5.
14. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, Marrazzo JM, Sonder GJB, Schwebke JR, Hoornenborg E, Peeling RW, Philip SS, Low N, Fairley CK. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(8):e235-e279.
15. Soriano V, Romero JD. Rebound in Sexually Transmitted Infections Following the Success of Antiretrovirals for HIV/AIDS. *AIDS Rev.* 2018;20(4):187-204.
16. Marks LR, Nolan NS, Liang SY, Durkin MJ, Weimer MB. Infectious Complications of Injection Drug Use. *Med Clin North Am.* 2022;106(1):187-200
17. González-Álvarez S, Madoz-Gúrpide A, Parro-Torres C, Hernández-Huerta D, Ochoa Mangado E. Relationship between alcohol consumption, whether linked to other substance use or not, and antiretroviral treatment adherence in HIV+ patients. *Adicciones.* 2019;31(1):8-17.
18. Glass TR, Sterne JAC, Schneider M-P, De Geest S, Nicca D, Furrer H, et al. Self-reported nonadherence to antiretroviral therapy as a predictor of viral failure and mortality. *AIDS Lond Engl.* 2015;29(16):2195-200.
19. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, Boffito M. Increasing use of 'party drugs' in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS.* 2015;29(13):1585-92.
20. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, et al. Increasing use of «party drugs» in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS.* 2015;29(13):1585–92.21. Bruce RD, Altice FL, Friedland GH. Pharmacokinetic drug interactions between drugs of abuse and antiretroviral medications: implications and management for clinical practice. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2008; 1(1):115–27.
22. Liverpool HIV Pharmacology Group (LHPG). HIV drug interactions webpage. Available from: <http://www.hiv-druginteractions.org/> (Consulta octubre 2023).
23. Papaseit E, Vázquez A, Pérez-Mañá C, Pujadas M, de la Torre R, et al. Surviving life-threatening MDMA (3,4-methylenedioxy-methamphetamine, ecstasy) toxicity caused by ritonavir (RTV). *Intensive Care Med* 2012; 38:1239–40.
24. Harrington RD, Woodward JA, Hooton TM, Horn JR. Life-threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and gamma-hydroxybutyrate. *Arch Intern Med* 1999; 159:2221–24.
25. Kumar S, Rao PSS, Earla R, Kumar A. Drug–drug interactions between antiretroviral therapies and drugs of abuse in HIV systems. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2015; 11:343–355.

26. Garín N, Zurita B, Velasco C. Impacto clínico del chemsex en personas con VIH. *Revista. Multidisciplinar del Sida. Monográficos*. 2017; 5(11):21-31
27. Speakman A, Rodger A, Phillips AN, Gilson R, Johnson M, et al. The 'Antiretrovirals, Sexual Transmission Risk and Attitudes' (ASTRA) study. Design, methods and participant characteristics. *PLoS One*. 2013;8(10):e77230.
28. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV*. 2014;1(1): e22–31.
29. Viswanathan S, Detels R, Mehta SH, Macatangay BJC, Kirk GD, et al. Level of Adherence and HIV RNA Suppression in the current era of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). *AIDS Behav*. 2015;19(4): 601-11.
30. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019;63:74-89.
31. Sewell J, Cambiano V, Speakman A, Lampe FC, Phillips A, et al. Changes in chemsex and sexual behaviour over time, among a cohort of MSM in London and Brighton: Findings from the AURAH2 study. *Int J Drug Policy*. 2019;68:54-61.
32. Bourne A, Weatherburn P. Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sex Transm Infect*. 2017;93(5):342-346.
33. Pérez Valero I, Iniesta Mármol C, González Baeza A, Belza Egozcue MJ, Garrido Fuentes J, Curto, Ramos J on behalf of the UIMP Chemsex Think Tank. Recomendaciones de expertos para la mejora del manejo del abordaje integral del fenómeno del chemsex en España. Merck Sharp & Dohme de España S.A.;2020.
34. Miltz AR, Rodger AJ, Sewell J, Gilson R, Allan S, et al. Recreational drug use and use of drugs associated with chemsex among HIV-negative and HIV-positive heterosexual men and women attending sexual health and HIV clinics in England. *Int J Drug Policy*. 2021;91:103101.
35. Soriano R. Abordaje del chemsex. Lecciones aprendidas. Temas de actualidad en adicciones. 2019. Disponible en: <http://cendocbogani.org/Archivos/Temas/abordatge-chemsex-llisonsapreses-2019.pdf> (consultado septiembre 2023).
36. Pakianathan MR, Lee MJ, Kelly B, Hegazi A. How to assess gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. *Sex Transm Infect*. 2016 Dec;92(8):568-70.
37. NEPTUNE clinical guidance: Guidance on the Clinical Management of Acute and chronic harms of club drugs an novel psychoactive substances. 2015 in https://www.drugsandalcohol.ie/24292/1/NEPTUNE-Guidance_on_clinical_managemen_of_club_drugs_and_nove_%20psychoactive_substances.pdf (consultado septiembre 2023).

38. Stuart D, Weymann J. Chemsex and care planning: One year in practice. *HIV Nurs.* 2015;15:24-8. Stuart D. 56 Dean Street's ChemSex Response. Disponible en: <https://www.dean.st/chemsex-care-plan/> (consultado septiembre 2023).
39. Soriano R. Prevención en el contexto del chemsex. *Rev Multidisc Sida Monográfico* 2019.;7(17).
40. Public Health England. Substance misuse services for men who have sex with men involved in chemsex. London; 2015. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a74bf61e5274a3f93b487db/Substance_misuse_services_for_men_who_have_sex_with_men_involved_in_chemsex.pdf (consultado febrero 2024).
41. Stuart D, et al. ChemSex: data on recreational drug use and sexual behavior in men who have sex with men (MSM) from a busy sexual health clinic in London, UK. Abstract BPD2/8 presentado en: 15th European AIDS Conference; 2015; Barcelona. Disponible en: https://www.natap.org/2015/EACS/EACS_65.htm (consultado febrero 2024).
42. Fernández-Dávila P. ChemSex en España: Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. *Rev Multidiscip Sida.* 2018;6(13):57-62.
43. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, et al; iPrEx Study Team. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010;363(27):2587-99.
44. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet.* 2016;387(10013):53-60.
45. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med.* 2012;367(5):399-410.
46. Molina JM, Capitant C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med.* 2015;373(23):2237-46.
47. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med* 2012;367:423-34.
48. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, et al; HPTN 083 Study Team. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. *N Engl J Med.* 2021;385(7):595-608.
49. Katz MH, Gerberding JL. The care of persons with recent sexual exposure to VIH. *Ann Intern Med.* 1998; 128: 306-312.
50. Bentz L, Enel P, Dunais B, et al. Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial. *AIDS Care.* 2010;22:1509-16.
51. Roland ME, Neilands TB, Krone MR, et al. A randomized noninferiority trial

- of standard versus enhanced risk reduction and adherence counseling for individuals receiving post-exposure prophylaxis following sexual exposures to HIV. Clin Infect Dis. 2011;53:76-83.
- 52, McAllister J, Read P, McNulty A, et al. Raltegravir-emtricitabine-tenofovir as HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in men who have sex with men: safety, tolerability and adherence. HIV Med.2014,15:13-22.

CAPÍTULO 5

SALUD SEXUAL Y SEXUALIDAD EN CHEMSEX

ALICIA GONZÁLEZ BAEZA, IOSU AZQUETA CHOCARRO Y MAR J. F. OLLERO

5.1. SEXUALIDAD, ERÓTICA, IDENTIDAD Y ORIENTACIÓN SEXUAL

Coloquialmente se ha utilizado la palabra sexo de manera reduccionista para hacer referencia a la identidad (ser hombre o mujer) o a determinadas conductas sexuales relacionadas con los genitales (1). Sin embargo, el sexo puede considerarse de forma más amplia, haciendo referencia a que todos «somos seres sexuados y no podemos no serlo» (2). El paradigma del Hecho Sexual Humano nos presenta ese modelo más amplio, proponiendo conceptos que van a ser la base de nuestra propuesta de intervención (3).

El modelo del Hecho Sexual Humano propone que en toda persona existe un proceso de sexuación mediante el cual se articula como ser sexuado (el sexo). Plantea además que existe un continuo intersexual por el cuál durante la sexuación el individuo adquiere, independientemente de su genitalidad, características consideradas masculinas o femeninas. Este proceso es interactivo y dinámico, estando influido tanto por elementos biológicos como ambientales, y conformándose de esta manera la identidad sexual del individuo. Por otra parte, define la sexualidad como la forma de sentir las vivencias personales e idiosincrásicas de cada sujeto sexuado. Así, la sexualidad hace referencia a cómo la persona vive su realidad de ser hombre o mujer y se siente orientada hacia los hombres y mujeres que le rodean, constituyendo esto último la orientación sexual (ej., heterosexual, homosexual, bisexual) (1). Otro concepto fundamental es el de erótica, que hace referencia es al conjunto de deseos, sensaciones, emociones y sentimientos que se producen entre sujetos sexuados.

Por su parte, la amatoria, se refiere al comportamiento o conductas de las personas, orientadas por las motivaciones y emociones propias de la erótica.

Durante el proceso de sexuación y conformación de la identidad sexual, desarrollo de la orientación sexual y de la sexualidad, algunas personas se encuentran con dificultades para expresar lo que sienten. Según Frago y Sáez (2004), pueden ocurrir discrepancias entre la identidad sentida y la asignada por el entorno, pudiendo algunas personas percibir que su identidad no es aceptada o aceptable. Algo similar ocurriría con las discrepancias entre lo esperado por el entorno y lo sentido en cuanto a la orientación sexual y/o la erótica, pudiendo llevar tiempo aceptar los propios sentimientos.

Una de las posibles consecuencias de crecer en ambientes que transmiten, por ejemplo, que la homosexualidad es algo inaceptable, es la internalización de la homofobia. La homofobia internalizada se ha definido como la introyección de las actitudes homófobas de la sociedad, por parte de una persona homosexual. Así, además de las actitudes negativas hacia la propia orientación sexual, la persona sentiría incomodidad hacia la homosexualidad en general, tendría dificultades para revelar su orientación sexual a otros, evitaría la relación con otras personas homosexuales y experimentaría malestar hacia la actividad sexual con personas del mismo sexo (4). Dicha internalización puede generar menor desarrollo de la identidad y orientación sexual, baja autoestima, menor autoconcepto, menor estabilidad emocional o niveles más altos de culpa asociada a su sexualidad (5).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la sociedad define qué eróticas son aceptables y cuáles no. Tradicionalmente, la erótica normativa ha sido aquella que ocurría entre parejas heterosexuales, casadas y con el fin de procrear, mientras que la erótica homosexual, la promiscuidad, el fetichismo, la prostitución, y en general cualquiera que se alejara de la visión reproductora o genésica, han sido socialmente rechazadas (6). En este sentido, las personas que tienen una erótica no normativa (fantasías, deseos o conductas sexuales consideradas socialmente poco apropiadas) pueden experimentar discrepancias entre lo sentido y lo normativo, sintiendo vergüenza o culpa ante sus propios deseos y conductas. Estas experiencias pueden impactar en la imagen que las personas tienen de sí mismas y hacer que se mantengan creencias erróneas sobre su propia sexualidad. Algunas personas además pueden llegar a utilizar drogas durante el sexo como estrategia para gestionar la vergüenza o culpa sentida.

En la misma línea, las concepciones predominantes de la cultura LGTBI+ del momento histórico en la que cada hombre gay o bisexual explora y desarrolla su sexualidad van a influir en cómo experimentan la erótica. Por ello, comprender cómo surge la cultura del sexo sin compromiso gay y sus concepciones predominantes van a ayudar a entender lo que algunos hombres que practican chemsex consideran normativo o no normativo. La cultura del sexo casual gay surgió con el objetivo de romper con las concepciones sobre la erótica normativa heterosexual predominante en la sociedad y con concepciones similares aplicadas a parejas del mismo sexo, las cuales

promovían una identidad homosexual homogénea (7). Así, dicha cultura propuso favorecer alternativas como la poligamia, el sexo como medio para obtener placer, el exhibicionismo, la hipersexualidad, la falta de compromiso o la no exclusividad sexual. Pese a los beneficios que supuso la ruptura con los valores sexuales heteronormativos predominantes, algunas personas critican que desde este posicionamiento se han ido también generando en determinados ambientes, concepciones estereotipadas de la sexualidad y la erótica con las que no todas las personas se sienten incluidas. De este modo, algunos hombres han desarrollado su identidad en ambientes que rechazan la pluma (plumofobia) o cualquier otra expresión de género, los cuerpos que se salen de un ideal (gordofobia) o a las personas de mayor edad (edadismo) (8,9).

Por otra parte, el nacimiento y la generalización de uso de las aplicaciones de citas para hombres gays y bisexuales ha contribuido a que se fomente una vivencia de la sexualidad estereotipada, basada en la exigencia y en la cultura del rechazo a ciertas características. Así, un estudio que analizó las aplicaciones Tinder y Grindr reportó una ausencia de masculinidades minoritarias o alternativas a la masculinidad hegemónica en los perfiles, y la especial importancia de lo físico (es decir, las imágenes que el usuario muestra) frente a lo textual (intercambio verbal) (9). Parece por tanto, que este tipo de aplicaciones tienden a reducir a diversidad sexual, encontrándose en ellas identidades y tipos de relaciones que se acercan a las formas tradicionales de la representación del género (10).

5.2. Principales dificultades y motivos de consulta en la esfera sexual

5.2.1. *Conductas sexuales de riesgo y adquisición de infecciones de transmisión sexual*

Como ha sido recurrentemente reportado, las personas que practican chemsex presentan con frecuencia conductas sexuales que suponen un riesgo para la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITSs). Específicamente, se han encontrado altas tasas de sexo anal sin preservativo (30-38%) en hombres gays y bisexuales que practican chemsex (11,12), pareciendo ser más elevada la frecuencia en aquellos hombres con VIH (13,14). Las ITSs también son frecuentes entre los hombres gays y bisexuales que practican chemsex, siendo la sífilis, gonorrea y clamidia las más prevalentes (15,16). La infección por virus de hepatitis C también parece darse en este contexto, refiriendo en una cohorte española, haber practicado chemsex el 57% de los hombres recién diagnosticados de dicha infección (17).

Más allá de las altas tasas de conductas sexuales de riesgo, a lo largo de este capítulo vamos a intentar entender por qué las diferentes personas pueden presentar estas conductas. Entre otros factores, algunos estudios han relacionado este tipo de conductas con una mayor homofobia internalizada, historia de trauma y abuso sexual, mayor distrés emocional o estigma por VIH (18–20). De este modo, algunas

personas utilizan el sexo y/o las drogas como estrategias de evitación del malestar asociado a diferentes experiencias vitales (21). Así, algunos hombres con VIH que practican chemsex refieren hacerlo para reducir el miedo a transmitir la infección y otros, refieren que las drogas les ayudan a gestionar emociones como vergüenza o culpa al realizar conductas sexuales estigmatizadas (22).

Además, tenemos que tener en cuenta que las drogas en sí reducen la percepción de riesgo, predisponiendo a realizar prácticas sexuales sin evaluar sus posibles consecuencias (23). Por otra parte, la presión social de determinados ambientes en los que algunas prácticas sexuales están normalizadas puede provocar prácticas con riesgo, especialmente en personas que tienen dificultades de negociación (24). Así, dificultades emocionales asociadas a decir «no» y la falta de habilidades interpersonales de comunicación o negociación pueden también desencadenar a desencadenar conductas sexuales con riesgo. Dependiendo de la persona, dichas dificultades pueden expresarse en todos los contextos o en contextos específicos, teniendo más riesgo de presentarse estando bajo los efectos de las drogas.

5.2.2. *Dificultades con el consentimiento y los límites sexuales*

El consentimiento sexual tiene diversas dimensiones de análisis y su definición depende del contexto en el que se aplica. Sin embargo, sabemos que el consentimiento sexual implica la capacidad de consentir (25), en este caso, acceder a realizar una práctica sexual de un modo determinado en un momento dado. El fenómeno del consentimiento tiene una mayor complejidad en contextos de chemsex, ya que algunas personas consideran que el hecho de participar en las sesiones implica en sí consentir de todo lo que allí ocurra (26). Esta generalización del consentimiento hace que algunos hombres realicen prácticas sexuales con otras personas cuando éstas tienen alterada su capacidad de consentir, por ejemplo, realizando penetraciones anales a personas que con bajos niveles de conciencia por intoxicación. Dicha generalización provoca, además, que hombres que no hubieran consentido esas prácticas de haber tenido sus capacidades preservadas, minimicen lo ocurrido y desculpabilicen a los agresores, culpabilizándose a sí mismos por considerar que consintieron de manera generalizada.

Aunque los datos son escasos, algunos estudios han relacionado la práctica de chemsex con problemas de consentimiento. Así, Wilkerson et al. (2021) encontraron que las personas que habían practicado chemsex tenían mayor probabilidad de haber sufrido violencia sexual (27). En otro estudio reciente, el 82% de los hombres que lo practicaron refirió haber mantenido relaciones sexuales sin consentimiento en alguna ocasión y no haber respetado los límites de los demás ni los suyos propios durante las sesiones (28). Además, Duckler et al. (2021) encontraron que el 21% de las personas que habían practicado chemsex referían haber vivido experiencias sexuales no consentidas, pudiendo ser la frecuencia mayor dado que el 41% refirió tener problemas para recordar parte de lo sucedido durante las sesiones (29).

Más allá de las dificultades con el consentimiento, los hombres que practican chemsex pueden transgredir sus propios límites por la presión social basada en las concepciones predominantes de determinados contextos o por la presión que pueden ejercer sus propias creencias internalizadas. De este modo, la presión social basada en la valoración de determinados tipos de cuerpos, rasgos físicos y normas de masculinidad pueden contribuir a reducir la autoestima de aquellos que no pertenecen a la norma deseada (30). Hay que considerar que no se pertenece a la norma deseada puede hacer que algunas personas se expongan a determinadas situaciones sexuales desde una posición de sumisión y negación de sus propios deseos y límites. De manera similar, la persona puede tener creencias internalizadas basadas en esas normas deseadas en función de las experiencias previas que haya tenido, las cuales pueden influir en la realización de prácticas sexuales no deseadas. Por ejemplo, hay hombres que refieren que por el hecho de ser gais tienen que estar siempre disponibles para tener relaciones sexuales, tener siempre ganas o deseo, y que ese deseo debe ser siempre muy alto o tener muchas relaciones sexuales. Esas creencias interiorizadas pueden traducirse en, por ejemplo, asumir que una vez que han quedado con otro hombre tienen que mantener relaciones, aunque en ese momento no tengan deseo sexual o la persona con la que han quedado no les resulte sexualmente atractiva. En otros casos, las personas pueden no ser selectivas a la hora de elegir parejas sexuales por creer que deben mantener muchas relaciones, teniendo por ello con frecuencia encuentros insatisfactorios. Además, la ausencia de selectividad hace que algunos hombres sean menos capaces de identificar riesgos y se expongan a situaciones en las que su consentimiento puede ser vulnerado.

Como hemos visto, existe una relación bidireccional entre la autoestima y el respeto de límites, de manera que, una mayor autoestima implica una mayor capacidad para comunicar los propios deseos y respetar los ajenos. Además, una baja autoestima puede ser consecuencia de dificultades con la identidad, homofobia internalizada o el propio rechazo a su erótica. Así, los hombres con baja autoestima pueden presentar mayor dificultad para negociar las prácticas sexuales que desea en determinados contextos. De la misma manera, acceder frecuentemente a realizar conductas sexuales no deseadas, o encontrar que bajo los efectos de las drogas no se ha respetado el límite de otra persona o los suyos propios, puede dañar el autoconcepto y favorecer una menor autoestima, dificultando negociaciones exitosas en el futuro.

5.2.3. *Problemas en la respuesta sexual*

Las principales dificultades sexuales reportadas por hombres gais son la falta de deseo sexual y las dificultades de erección (31,32). Otro problema que genera dificultades sexuales es la ansiedad de ejecución, la cual se caracteriza por anticipar que se va a tener problemas de respuesta sexual durante las relaciones. Así, esta ansiedad anticipatoria puede generar problemas de erección, eyaculación precoz o eya-

culación retardada. Dichas dificultades son también habitualmente reportadas por hombres que practican chemsex, refiriendo algunos de ellos utilizar las drogas para reducir la ansiedad de ejecución, aumentar el deseo sexual o prolongar la erección en el tiempo (8). Algunas personas refieren conseguir de este modo disminuir su ansiedad de ejecución, pero mantener dificultades de erección durante las sesiones.

Algunos hombres que practican chemsex refieren que las propias drogas consumidas pueden causarles problemas con la respuesta sexual. Los estudios han reportado tanto el efecto positivo de algunas drogas sobre la disfunción sexual (33,34) como problemas de respuesta sexual generados por el propio efecto de las sustancias (34,35). Así, por ejemplo, algunos autores muestran como el MDMA puede tanto potenciar como generar problemas de erección (34). También se han encontrado problemas de erección y eyaculación retardada con usos prolongados de metanfetaminas (36). Además, algunos estudios han mostrado que en torno al 16% de los hombres que practicaron chemsex refieren tener dificultades para mantener relaciones sexuales sin sustancias (37), siendo este un indicador de consumo problemático de drogas (38). En definitiva, aunque el efecto de las drogas utilizadas durante las sesiones sobre la respuesta sexual no está claro y debe seguir investigándose, es necesario considerarlo como un potencial facilitador de los problemas de respuesta sexual en estos casos.

Además, otros muchos factores pueden originar problemas en la respuesta sexual en hombres. Algunos de ellos son, problemas hormonales, el uso de determinados fármacos, la educación sexual restrictiva, una orientación sexual no aceptada, problemas con la imagen corporal, creencias culturales, experiencias traumáticas previas o exposición a estrés continuado (39). Además, estar experimentando cuadros de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, adicciones a sustancias o problemas de autoestima también puede generar dificultades (40).

Más allá de los factores reportados por la bibliografía, específicamente en chemsex, identificamos de nuevo cómo determinadas creencias internalizadas sobre la sexualidad se relacionan con las dificultades sexuales experimentadas. Así, algunos hombres refieren no tener «tanto deseo sexual como deberían por ser hombre», sintiéndose por ello fracasados. Otros, presentan un concepto estático de deseo «el deseo o se tiene o no se tiene», que hace que no se impliquen proactivamente en situaciones que puedan generarlo y no promuevan su autoconocimiento. Otra creencia no ajustada habitualmente identificada es «debo un rendimiento sexual extraordinario, tanto en duración de la respuesta sexual como en potencia». Dicho rendimiento sexual extraordinario suele significar para la persona tener erecciones potentes y prolongadas el tiempo, pudiendo la propia creencia generar ansiedad de ejecución. Esta creencia además puede relacionarse en algunos casos con la búsqueda de un alto número de parejas sexuales, la no selectividad previamente comentada y con la realización de prácticas no deseadas, entre ellas conductas sexuales de riesgo. Además, las personas que no son capaces de tener erecciones tan potentes y prolongadas en el tiempo como consideran que deberían tener, se sienten sexualmente menos valiosos,

afectando estas creencias a su autoconcepto y autoestima. Por otra parte, la interacción de estas creencias con los estereotipos previamente comentados que rechazan las masculinidades minoritarias y las eróticas alternativas puede hacer que algunos hombres aumenten su presión al pensar que sólo si tienen un rendimiento extraordinario podrán estar con hombres con las características más valoradas.

La ansiedad de ejecución también puede estar provocada directamente con la realización de prácticas que se salen de la norma y de la erótica normativa. Así, la vergüenza o culpa experimentada ante la realización de prácticas no normativas puede generar ansiedad dificultando la respuesta sexual. En estos casos, la ansiedad de ejecución y sus consecuencias se hacen más evidentes en contextos en los que se realizan prácticas estigmatizadas. Así, por ejemplo, ente algunos hombres gais ser penetrados analmente es una de las práctica menos legítima o valiosa, por considerarse menos masculina. Por ello, algunos hombres presentan ansiedad que dificulta la ejecución y el disfrute durante dicha práctica. De manera similar, los hombres que tienen homofobia internalizada pueden considerar muchas prácticas como inaceptables o «sucias», sintiendo vergüenza o culpa y experimentado por ello distintas dificultades sexuales.

Más allá de las creencias actuales, las dificultades sexuales de las personas pueden relacionarse con su historia sexual. De este modo, los hombres que han ocultado su sexualidad desde su origen y han tenido que esconder esa parte de su identidad en determinados contextos, generalmente no han tenido muchas experiencias sexuales desde un estado de calma que les haya permitido deleitarse en el disfrute. Además, algunos hombres se han expuesto desde sus primeros encuentros sexuales a situaciones que requerían tener una respuesta sexual urgente por miedo a ser descubiertos (por ejemplo, relaciones en baños públicos u otras zonas públicas). En estos casos, una dificultad de eyaculación precoz puede deberse al aprendizaje previo, presentándose la respuesta precoz actualmente en situaciones en las que la urgencia no es necesaria. Además, por su propia historia de aprendizaje, algunos hombres pueden no buscar proactivamente contextos de calma, en lo que se den permiso para deleitarse en el disfrute, no produciéndose así nuevas experiencias de aprendizaje.

Por último, hay que tener en cuenta que, cualquier aspecto no aceptado por la persona va a ir asociado a creencias y emociones que pueden dificultar la respuesta y la satisfacción sexual. Por ejemplo, la no aceptación de su cuerpo o partes de éste, de su raza, de su edad o de su estado serológico entre otros, va a poder generar ansiedad de ejecución en los encuentros sexuales. Específicamente, algunos hombres con VIH pueden experimentar miedo a transmitir el virus, vergüenza por su estado serológico o miedo a que se descubra su condición, generando todo ello un estado emocional negativo. Dicho estado emocional puede provocar generar disminución del deseo sexual o ansiedad anticipatoria que dificulta la respuesta y satisfacción experimentada (41).

5.2.4. *Problemas con la intimidad y la identidad sexual.*

En relación a los problemas de intimidad, el rechazo vivido en etapas tempranas, incluyendo aquel por pertenecer a una minoría sexual por parte de iguales, parece predisponer al desarrollo de estilos de apego inseguro en hombres gays (42). Así, las personas con estilos de apego inseguro presentan dificultad para establecer vínculos personales profundos y manejar la intimidad física y emocional (43). Algunos autores han relacionado el estilo de apego con el comportamiento sexual de las personas. De este modo, las personas con apego inseguro preocupado, que requieren las relaciones interpersonales para conseguir aprobación y afecto, parecen presentar más ansiedad de ejecución durante los encuentros sexuales, menos habilidades de negociación en dichos contextos o y/o una menor satisfacción sexual (44–46). Por otro lado, las personas con estilo inseguro evitativo tienden a evitar la intimidad durante los encuentros sexuales. Dicha evitación va acompañada de creencias como «no necesito una pareja para sentirme bien», «el amor no existe, es un cuento que nos han contado desde pequeños, pero no es real», «no quiero sentirme atado», «yo soy la única persona con la que puedo contar si tengo problemas» o «nadie va a estar para nadie para siempre». Las personas con este estilo de apego parecen tener menor deseo y satisfacción sexual (47), utilizar más el sexo como una estrategia para reducir estrés (43) y tener más relaciones casuales sin compromiso (48). Además, el apego evitativo en hombres gays se ha asociado con un mayor número de conductas sexuales de riesgo (49). Específicamente en hombres gays que practican chemsex con problemas de adicción a las drogas consumidas, se han reportado altas tasas de apego inseguro evitativo (50).

Además, las dificultades de intimidad pueden relacionarse con creencias internalizadas de lo que supone ser sexualmente un hombre gay, la falta de referentes gays en su entorno en los momentos en que los que empieza a sentir su sexualidad o el uso de aplicaciones de citas como medio para acceder a los primeros encuentros eróticos. Por todo ello, la exposición a situaciones genuinas de intimidad puede haber sido limitada, provocando que la persona tenga dificultades para exponerse a ellas, evitándolas o teniendo dificultades para gestionarlas.

Relacionando muchos de los aspectos previamente comentados, Jaspal (2022) afirma que estar en ambientes estresantes en los que predomina la heteronormatividad, el rechazo, el juicio y prejuicio, puede amenazar la identidad de algunos hombres gays o bisexuales, pudiendo experimentar por ello, problemas para desarrollar una identidad sexual positiva. Algo similar ocurriría, en ambientes que rechazan determinadas características de las personas o eróticas específicas entre los propios hombres gays o bisexuales. Dichos ambientes son amenazantes para los hombres que no se ajustan a los estereotipos normativos. Por ello Jaspal (2022) considera que, en estos casos, los ambientes en los que se practica chemsex pueden atenuar las amenazas, y ser contextos seguros en los que desarrollar la propia sexualidad y erótica. Esto hace que algunas personas experimenten dificultades para abandonar las prácti-

cas de chemsex por la dificultad de construir y expresar una identidad sexual positiva en contextos en los que hay ausencia de sustancias (51).

5.3. EVALUACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL

Como hemos visto en los apartados previos, las dificultades relacionadas con la sexualidad y salud sexual de los hombres que practican chemsex pueden ser diversas y estar asociadas a múltiples factores causales. Por ello, si queremos mejorar la salud sexual de estas personas debemos realizar una evaluación profunda que nos ayude a identificar los factores clave de cada caso. Por tanto, el objetivo principal de la evaluación de la sexualidad en los hombres que practican chemsex debe ser identificar los factores que están interfiriendo con una sexualidad saludable y satisfactoria. Además, la evaluación nos va a permitir identificar factores relacionados con las dificultades que algunas personas tienen para abandonar la práctica de chemsex pese a experimentar consecuencias negativas asociadas como ITSs o problemas relacionados con las drogas. Sólo desde una evaluación amplia vamos a poder diseñar intervenciones personalizadas para cada caso.

En base a los factores descritos en los puntos anteriores, proponemos la evaluación de la sexualidad en hombres gais o bisexuales que practican chemsex en varias fases. La primera fase o fase de encuadre estará orientada a crear un marco en el que se explique con qué objetivos se va a realizar dicha evaluación y se cree un clima de confianza. En la segunda fase se explorarán las prácticas sexuales que presentadas para identificar posibles problemas relacionados con la sexualidad y salud sexual. En una tercera fase, se profundizará en la evaluación de los factores que pueden estar relacionados con los problemas detectados. A continuación, detallamos cada una de las fases.

Durante la Fase 1 o de encuadre se debe explicar a la persona por qué y para qué vamos a realizar la evaluación. Este encuadre es necesario, sobre todo cuando la evaluación no se realiza en consultas específicas sexológicas, ya que van a hacerse preguntas sobre aspectos de los que la persona habitualmente no habla con profesionales sanitarios, que pueden ir asociados a estigma, y ante los cuales se pueden experimentar sentimientos de vergüenza, miedo o culpa. En este momento, el profesional debe tener una actitud empática, de no juicio y transmitir que uno de los objetivos que tiene es entender cómo la persona está viviendo todo lo que ocurre en torno a su sexualidad y conocer las dificultades que experimenta.

TABLA 1. EJEMPLOS DE FRASES RELACIONADAS CON EL ENCUADRE.

Profesional y contexto	Mensajes y frases
Médico o enfermera de infecciosas	– Ahora me gustaría hacerte unas preguntas relacionadas con tu sexualidad. A algunas personas les cuesta hablar de temas tan íntimos con los médicos o enfermeras, y no me extraña porque es un tema en el que todavía existen muchos tabús y las personas se pueden sentir juzgadas por algunos profesionales. – Yo no te voy a juzgar, lo que quiero es hacerte algunas preguntas para ver de qué modo se ha producido esta infección y sobre todo para comprender si estás teniendo alguna dificultad en la que yo u otros compañeros podamos ayudarte. – Si alguna pregunta te resulta difícil de responder o no quieres contestarla puedes decírmelo, porque lo importante es que podamos hablar con sinceridad para pensar juntos cuáles son los problemas que puedes tener y las posibles soluciones. – Lo que quiero con las preguntas que te voy a hacer es saber cómo has podido infectarte y ver si estás teniendo alguna dificultad para cuidarte en la esfera sexual. Me gustaría también darte información que pueda ayudarte a cuidarte y si vemos que te puede venir bien algún otro tipo de intervención te puedo recomendar otros profesionales que podrían ayudarte.
Profesionales especializados en chemsex (psicólogos, sexólogos etc.)	– Ahora te voy a hacer preguntas específicas sobre tu sexualidad, cómo la estás viviendo y cómo la has vivido desde que eras pequeño. Vamos a ir explorando distintos aspectos que son los que en mi experiencia más problemas generan en los hombres que practican chemsex. Lo que quiero es que juntos podemos comprender y tomar conciencia de cuáles son tus principales dificultades en el área sexual. – ¿Crees que te puede resultar difícil hablar conmigo de estos temas o crees que eres capaz de contarme detalles y ejemplos sin problema? Si en algún momento ves que te cuesta responderme a alguna pregunta puedes decírmelo y vemos qué es lo que te está costando más. Si no estás cómodo y quieres parar o que no te haga preguntas sobre algún aspecto concreto puedes decírmelo.

Después de realizar el encuadre, durante la Fase 2 proponemos explorar las prácticas sexuales y posibles dificultades de salud sexual actual. Para facilitar la evaluación ésta puede dividirse en dos áreas principales: prácticas sexuales sin drogas y con drogas.

- Prácticas sexuales sin drogas. Durante la evaluación se puede preguntar a la persona sobre su vida sexual general, qué tipo de prácticas sexuales realiza y quién es o son sus parejas sexuales, su nivel de satisfacción general y específico para cada práctica. Puede evaluarse si existen riesgos asociados a las prácticas descritas y los autocuidados realizados. También si experimenta algún

tipo de problema relacionado con su respuesta sexual (ansiedad de ejecución, deseo, erección, eyaculación precoz o retardada) y motivaciones por las que se realizan las distintas prácticas (búsqueda de placer, desinhibición, gestión de estrés, distrés relacionado con su orientación, distrés por VIH, etc.) En este momento, puede explorarse qué espera mejorar la persona en relación con sus prácticas sexuales o salud sexual (objetivos).

- Prácticas sexuales con drogas. Además, va a ser fundamental explorar los mismos aspectos previamente comentados (tipo de prácticas, riesgos asociados y autocuidados, parejas sexuales, satisfacción, problemas de respuesta sexual o motivaciones), cuando la persona está bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva, incluido el alcohol, y específicamente durante las sesiones de chemsex. En este momento de la evaluación debemos hacer preguntas que nos permitan identificar diferencias entre las prácticas sexuales realizadas con y sin drogas, pudiendo ya en algunos casos identificar motivaciones para realizar chemsex y factores relacionados con las dificultades experimentadas.

Para favorecer el recuerdo, va a ser importante limitar el periodo temporal por el que se pregunta (último mes, 3 meses, 6 meses o un año, dependiendo del caso y de nuestros objetivos) y pedir a la persona que ponga ejemplos de situaciones concretas en caso de que tengamos dudas sobre las respuestas dadas. Para favorecer la calidad de la evaluación también se recomienda empezar con preguntas generales para después ir planteando preguntas más específicas.

TABLA 2. EJEMPLO DE PREGUNTAS PARA EXPLORAR PRÁCTICAS SEXUALES Y OBJETIVOS DE LA PERSONA

– En general, ¿cómo consideras tu vida sexual? ¿dirías que tu vida sexual actual es satisfactoria? ¿en qué grado del 0 al 10 (siendo 0 mínima satisfacción y 10 máxima)? ¿en comparación con otras épocas de tu vida cómo de satisfactoria dirías que es tu vida sexual actual?
– Por ejemplo, ¿en el último año aproximadamente con cuántas personas has tenido relaciones sexuales? Y para que yo me haga una idea, ¿en el último mes con cuántas personas?
– En los últimos 3 meses, ¿las relaciones que has tenido han sido en sesiones de chemsex o también fuera de sesiones?
– Fuera de las sesiones de chemsex, y cuando no consumes ninguna sustancia, ¿qué tipo de sexo practicas? ¿cuáles son las prácticas que más haces? (preguntar por otras prácticas que pueden implicar riesgos para la salud para evaluar si las realiza en ocasiones o nunca)
– ¿Son diferentes las prácticas que haces durante las sesiones de chemsex y las de otros contextos? ¿en qué se diferencian? ¿por qué crees que realizas prácticas diferentes?

- Del 0 al 10, siendo 0 mínimo y 10 máximo, ¿cuál dirías que es el nivel de satisfacción medio que tienes de con tus relaciones sexuales tras las sesiones de chemsex? ¿cuál es el nivel de satisfacción medio cuando tienes relaciones sin estar bajo el efecto de las sustancias? ¿cuáles son las situaciones que más satisfacción te generan? ¿me puedes describir tu sesión ideal en términos de satisfacción?
- En tus últimos encuentros sexuales ¿has tenido dificultades sexuales como bajo deseo sexual, dificultades de erección, eyaculación precoz o eyaculación retardada en tus encuentros sexuales? ¿dichas dificultades se dan sólo cuando practicas chemsex o también cuando tienes relaciones sin estar bajo el efecto de las drogas? ¿por qué crees que se producen esas dificultades?
- ¿Hay algo que te gustaría cambiar de las prácticas que realizas durante las sesiones de chemsex? ¿y de tus prácticas sexuales cuando tienes relaciones sin estar bajo el efecto de drogas?
- La primera vez que practicaste chemsex, ¿qué crees que buscabas o esperabas encontrar? En relación con tu sexualidad, ¿qué encontraste? ¿qué experimentaste? este tipo de cosas las sigues experimentando en las sesiones?

Por último, se propone la Fase 3 para profundizar en la exploración de los factores asociados con las prácticas, así como las emociones consecuentes y el impacto de las prácticas realizadas en la autoestima e identidad de la persona. Esta tercera fase supone además una oportunidad para explorar distintos aspectos de la sexualidad de la persona desde una perspectiva histórica que va a permitir una mayor comprensión de las vivencias actuales. Las áreas propuestas a evaluar son:

- Identidad y orientación sexual. Es importante evaluar cómo la persona se siente actualmente en relación con su identidad sexual (p.ej., hombre, mujer, no binario) y su orientación sexual (p.ej., homosexual, bisexual, heterosexual). En este punto va a ser necesario identificar si existen dificultades relacionadas con su identidad y orientación y, explorar la relación que dichas dificultades pueden tener con experiencias de rechazo más o menos explícitas o sutiles experimentadas en los diferentes contextos en los que ha desarrollado su identidad y su sexualidad. Relacionado con las experiencias previas y sus sentimientos actuales, debemos evaluar las creencias internalizadas actuales. Así, por ejemplo, vamos a encontrar hombres que han sufrido experiencias de rechazo a su orientación en el ámbito familiar o escolar, que han ocultado aspectos relacionados con su sexualidad desde etapas tempranas, y que tienen creencias internalizadas negativas más o menos explícitas. En ocasiones vamos a encontrar ideas generales como «no sé por qué pero no me acabo de sentir relajado con otro hombre en la cama» o «no me termino de sentir normal» bajo las cuales estarían ideas relacionadas con la homofobia como «las relaciones entre dos personas del mismo sexo son menos naturales que las relaciones entre personas de distinto sexo», «aunque me siento atraído por hombres no debería tener relaciones con ellos» o «determinadas prácticas sexuales, como ser penetrado, son poco masculinas».

TABLA 3. EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA EXPLORAR ORIENTACIÓN SEXUAL.

- ¿Recuerdas las primeras veces que te sentiste atraído por otros hombres? ¿Qué sentías en esos momentos? ¿Vivías aquellos sentimientos como algo bueno o algo malo?
- ¿Has hablado con tu familia (padres, hermanos) de tu orientación? Si nunca has hablado, ¿por qué crees que ha sido?, ¿crees que ellos saben que eres homosexual o bisexual? ¿Cómo te sientes tú al no haber hablado nunca de esto con ellos? ¿qué crees que piensan ellos sobre las personas homosexuales? ¿te has sentido de algún modo rechazado por ellos?
- Si has hablado con tu familia de tu orientación, ¿cómo fue la primera o primeras veces que hablaste de esto con ellos?, ¿cómo reaccionaron?, ¿qué crees que pensaban ellos sobre la homosexualidad antes de tu decirselo?, ¿qué actitud mostraban ellos ante personas homosexuales (entorno, televisión...)?
- ¿Cómo viviste tu orientación sexual en el colegio e instituto?, ¿Crees que alguno de tus compañeros o profesores te rechazaron de alguna manera por ser homosexual? ¿qué crees que es lo que más rechazaban o lo que menos les gustaba de ti? ¿te viene a la cabeza alguna situación en la que te sentiste rechazado por alguno de ellos?
- En tu entorno, ¿conociste algún hombre homosexual durante tu infancia y adolescencia? ¿qué relación tenías con esta persona? ¿fue un referente para ti en alguna medida?
- Para personas que han tenido experiencias de rechazo: ¿hubo excepciones?, ¿hubo personas en tu familia o en el colegio que te mostraron su aceptación total y que te transmitieron mensajes positivos en relación con la homosexualidad?, ¿fue diferente después de tu adolescencia?
- ¿Cómo ves tu ahora a los hombres homosexuales? ¿crees o sientes que alguna de las ideas contrarias a la homosexualidad que tenían algunas personas de tu entorno las mantienes?, ¿hay alguna característica de algunas personas homosexuales que no te gusten?, ¿qué crees tú a cerca de las personas homosexuales al compararlos con los heterosexuales?
- Te puedo poner algunos ejemplos para que me digas qué crees a cerca de estas frases: no me termino de sentir relajado o cómodo cuando tengo relaciones con otros hombres; soy homosexual pero muy normalito, no como esos que están pensando en tener relaciones todo el día; las personas gais sexualmente no son muy normales; me gustaría ser un hombre heterosexual; a veces tengo relaciones con hombres, pero después me siento como sucio y me gustaría no haberlas tenido.

- Sexualidad normativa y no normativa. Además de la vivencia de su orientación, la evaluación debe incluir preguntas encaminadas a evaluar las creencias sobre erótica y sus conductas asociadas. Desde lo referido en la fase 2, debemos identificar tanto las prácticas sexuales realizadas como las deseadas, explorando qué emociones se asocian a cada una de ellas. En este punto, va a ser relevante explorar si existen emociones como miedo, culpa o vergüenza asociadas a prácticas específicas. También se debe explorar si existen creencias internalizadas de rechazo hacia prácticas no normativas, sus contextos de procedencia dentro de la historia de la persona y el grado de interiorización de cada creencia. En este punto, debemos explorar si las diferentes prácticas previamente reportadas en contextos de chemsex y libres de drogas se relacionan

o no con el rechazo a eróticas no normativas. Así, por ejemplo, encontramos algunos hombres que sólo «se permiten» realizar prácticas no normativas en contexto de chemsex, por facilitar las drogas la desinhibición, mientras otros realizan dichas prácticas como consecuencia del consumo, sintiéndose «sucios» tras las sesiones. También hay que explorar si han existido experiencias sexuales traumáticas previas y si el rechazo a ciertas prácticas se relaciona con ello, en cuyo caso se requerirá un abordaje psicológico para el procesamiento del trauma antes de llevar a cabo otro tipo de intervenciones.

TABLA 4. EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA EXPLORAR ERÓTICA NORMATIVA Y NO NORMATIVA

- A parte de las prácticas sexuales de las que hemos hablado antes, ¿hay algún otro tipo de práctica que te gustaría hacer?, ¿alguna práctica que te hubiera gustado hacer, pero no te atreviste o que te gustaría atreverte a probar?, ¿hay alguna práctica que hayas hecho en algún momento pero que luego no la hayas repetido?, - Si es así, ¿por qué crees que no haces eso que te gustaría o porque si lo hiciste y en el momento lo disfrutaste luego no lo has repetido?, ¿cómo crees que te sentirías después si lo hicieras?
- Algunos chicos nos cuentan que piensan que hay prácticas sexuales de primera y de segunda, más o menos valiosas (por ejemplo, realizar penetración anal vs. ser penetrado analmente o recibir sexo oral vs. realizar sexo oral), ¿qué piensas tú sobre esto?
- En tu caso, ¿qué prácticas consideras como más o menos valiosas?, ¿por qué crees que consideras esto, de dónde pueden venir estas ideas? ¿crees que esta idea es algo generalizado entre la mayoría de los chicos gais o la mayoría de los chicos que conoces? ¿crees que puede estar relacionado con mensajes familiares, religiosos, de tus iguales que recibiste?
- Si tienes encuentros sexuales en los que no se dan las prácticas que consideradas más valiosas, ¿cómo consideras esos encuentros?, ¿son menos satisfactorios?, ¿te sientes peor después por el hecho de que no se hayan producido?
- ¿Podrías ordenar todas prácticas sexuales de las que hemos ido hablando de «más a menos buenas», «más o menos aceptables», «más o menos sucias»? ¿se te ocurre alguna práctica más que no esté en la lista?, ¿dónde la situarías?
- ¿Crees que a diferencia de cuando no consumes drogas, realizas alguna de estas prácticas «menos buenas» durante las sesiones de chemsex?, ¿crees que una de las razones de practicar chemsex es conseguir desinhibirte y hacer estas prácticas que de otro modo no harías?, ¿crees que durante las sesiones de chemsex haces prácticas que no tenías planeado hacer y te sientes mal después por haberlas realizado?

- Dificultades con el consentimiento y los límites sexuales. Es importante evaluar si la persona ha sido víctima de violencia sexual durante las sesiones de chemsex. Durante dicha evaluación debemos poner ejemplos de situaciones concretas de abuso sexual ya que es habitual que la persona minimice o disculpe al agresor por el hecho de haber decidido involucrarse en sesiones de sexo grupal bajo los efectos de las drogas. En caso de haber existido situacio-

nes de violencia sexual, deben explorarse las consecuencias que el episodio ha tenido sobre la salud mental de la persona, y la posible relación con episodios de abuso previos, para valorar si se precisa una intervención psicológica específica que permita procesar el trauma.

Además, se debe evaluar cuáles son los deseos y los límites sexuales de la persona y qué características tienen las situaciones en las que no respeta sus propios límites. Debe explorarse también si los límites son los mismos en las sesiones de chemsex y de sexo sin drogas y si respeta los límites de los demás. Asimismo, se deben identificar creencias que favorecen la realización de conductas sexuales no deseadas, cuáles son las habilidades de negociación de la persona, en qué situaciones sus habilidades pueden verse bloqueadas y las consecuencias emocionales tras realizar conductas sexuales no deseadas.

TABLA 5. EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA EXPLORAR PROBLEMAS CON EL CONSENTIMIENTO Y LOS LÍMITES SEXUALES.

- Algunos chicos nos cuentan que durante las sesiones de chemsex se producen agresiones sexuales, ¿en tu experiencia esto es así? ¿qué cosas dirías que ocurren en este sentido?
- Cuando estamos hablando de esto, ¿qué situaciones dirías tú que son agresiones sexuales?, ¿hay otras situaciones que se den en las sesiones en las que una persona realiza alguna práctica sin consentimiento de quien la recibe?
- Durante las sesiones de chemsex, ¿alguna vez te has sentido agredido sexualmente?, ¿has vivido alguna de esas situaciones en las que no has consentido alguna práctica?
- Algunos chicos nos cuentan que tienen la sensación de que otros continuaron haciendo prácticas con ellos pese a encontrarse prácticamente inconscientes, ¿te ha pasado algo parecido alguna vez?, ¿cómo te sentiste al darte cuenta de que esto había podido pasar?, ¿cómo te sentiste los días siguientes a que ocurriera?
- ¿Qué hiciste después de sufrir la agresión?, ¿lo denunciaste?, ¿has podido hablar de esto con alguien de tu entorno?, ¿cómo te sientes desde que esto pasó?, ¿piensas en ello recurrentemente o evitas pensar en ello cuando te viene a la cabeza?, ¿sientes ansiedad u otro tipo de emociones cuando piensas en ello?
- Cuando hablamos de sexo todos tenemos unas prácticas que nos gustan y otras que consideramos límites, decimos eso sí que no lo quiero, ese límite no quiero pasarlo. ¿Cuáles son tus límites?, ¿son diferentes tus límites cuando practicas sexo sobrio y cuando practicas chemsex?, ¿alguna vez has pasado tus límites durante las sesiones?, ¿qué es lo que te hace sobrepasar tus límites (personas con características más valoradas, sustancias concretas, un mayor número de participantes en el grupo etc.)?
- ¿Alguna vez has sentido que has vulnerado los límites de otras personas?, ¿qué has seguido o insistido en hacer alguna práctica que te gustaba pese a que la otra persona te haya dicho que no quería realizarlo o te ha mostrado su incomodidad?, ¿esto te pasa habitualmente?, ¿te pasa en situaciones en las que no has consumido drogas?, ¿por qué crees que te pasa, con qué lo relacionas?
- ¿Es más frecuente que te pase en las sesiones de chemsex?, ¿por qué crees que es más frecuente?, ¿Qué cosas de la situación crees que te ha llevado a no respetar los límites de otros?

- ¿Qué haces o dices cuando una persona quiere hacer alguna práctica que tu no quieres?, ¿tienes dificultades para negociar si no deseas hacer algo de lo que te proponen?, ¿en qué situaciones te resulta más difícil negociar (personas con características más valoradas, con personas con las que me siento inferior, personas con las que he quedado por aplicaciones, sustancias concretas o más policonsumo etc.)?, ¿sientes que te gusta pedir lo que te gusta a tus parejas sexuales?
- ¿Cómo te sientes después de las sesiones en las que no has respetado tus propios límites o no has sido capaz de negociar cuando te han propuesto hacer algo que no te gusta?, ¿cómo te afecta esto?
- ¿Es más frecuente que te pase en las sesiones de chemsex?, ¿por qué crees que es más frecuente?, ¿Qué cosas de la situación crees que te ha llevado a no respetar los límites de otros?
- ¿Qué haces o dices cuando una persona quiere hacer alguna práctica que tu no quieres?, ¿tienes dificultades para negociar si no deseas hacer algo de lo que te proponen?, ¿en qué situaciones te resulta más difícil negociar (personas con características más valoradas, con personas con las que me siento inferior, personas con las que he quedado por aplicaciones, sustancias concretas o más policonsumo etc.)?, ¿sientes que te gusta pedir lo que te gusta a tus parejas sexuales?
- ¿Cómo te sientes después de las sesiones en las que no has respetado tus propios límites o no has sido capaz de negociar cuando te han propuesto hacer algo que no te gusta?, ¿cómo te afecta esto?

- Dificultades en la respuesta sexual. Aunque estas dificultades puedan ser exploradas también en la fase previa, por estar relacionadas en ocasiones con los propios motivos de consulta, durante esta tercera fase debemos explorar los factores asociados a dichas dificultades, así como sus consecuencias. En este momento va a ser fundamental evaluar el tipo de educación sexual que la persona ha recibido a lo largo de su vida y las creencias consecuentes que ha internalizado en lo referente a los encuentros y respuesta sexual. Debemos identificar creencias desajustadas que puedan estar provocando ansiedad ante la ejecución de la respuesta. También hay que evaluar las consecuencias que las creencias y las prácticas asociadas tiene sobre la autoestima de la persona. Es necesario explorar si existen diferencias en ansiedad de ejecución, deseo, erección y eyaculación cuando la persona practica chemsex y cuando practica sexo sin drogas, así como los factores que pueden explicar esas diferencias (efecto de las drogas, mayor presión por sexo grupal o por características de los participantes, interferencia con mayor o menor intimidad de los encuentros sexuales etc.).

**TABLA 6. EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA EXPLORAR PROBLEMAS
DE RESPUESTA SEXUAL**

- ¿Recuerdas haber hablado de sexo con tus padres o con alguna persona mayor de tu entorno durante tu infancia?, ¿y durante tu adolescencia?
- ¿quiénes han sido las primeras personas con las que has hablado de sexo?, ¿qué tipo de mensajes se transmitían en casa sobre el sexo?
- ¿Alguna vez has visto pornografía?, ¿a qué edad empezaste a ver pornografía?, ¿cómo son las relaciones sexuales en las escenas pornográficas?, ¿cómo es el deseo, la erección, la eyaculación de los actores porno que has visto?, ¿cuándo eras adolescente tu principal fuente de aprendizaje sexual fue la pornografía?
- ¿Consideras que tienes problemas durante el sexo?, ¿qué tipo de problemas?
- Si se identifican creencias desajustadas, ¿dónde crees que aprendiste esto (ej. que deberías tener una respuesta sexual extraordinaria)?
- ¿Crees que la ansiedad que sientes en ocasiones es más fuerte cuando quieres hacer alguna de las prácticas que hemos comentado antes como de segunda categoría?, ¿puede ser que la vergüenza que sientes antes de hacer estas prácticas te haga más difícil tener una respuesta sexual como la que deseas (o tener una erección potente o mantenida)?
- ¿Puede ser que la ansiedad que sientes y que hace difícil mantener la erección tenga que ver con las dificultades de aceptación de tu orientación de las que hemos hablado antes?, ¿es posible que el hecho de no sentirte del todo cómodo cuando te acuestas con otro hombre pueda dificultar la erección?
- ¿Crees que la ansiedad que sientes y que te hace difícil disfrutar y/o mantener una erección tiene que ver con el miedo que sientes ante la posibilidad de infectar a otra persona o por que se descubra tu estatus serológico?, ¿sientes vergüenza antes o durante las relaciones sexuales por mostrar tu cuerpo o alguna parte de este?, ¿hay algún otro motivo por el que sientas vergüenza o ansiedad durante los encuentros sexuales?
- ¿Cómo fueron tus primeras experiencias sexuales?, ¿con quién tuviste sexo por primera vez y cómo te sentiste después de ese encuentro?
- Hay personas que nos cuentan que en sus primeros encuentros sexuales e incluso posteriormente han tenido que ocultarse, teniendo muchas veces las prisas por terminar para no ser descubiertos, ¿tú has tenido esta sensación en alguna época de tu vida?
- Las dificultades que me cuentas, ¿las presentas igualmente cuando practicas chemsex y cuando tienes sexo sobrio? Aunque puedan estar presentes en los dos tipos de situaciones, ¿hay alguna diferencia?

- Las dificultades que me cuentas, ¿las presentas igualmente cuando practicas chemsex y cuando tienes sexo sobrio? Aunque puedan estar presentes en los dos tipos de situaciones, ¿hay alguna diferencia?
- Intimidad e identidad. Por último, durante la evaluación debemos explorar cuál es el estilo de apego predominante en la persona y cómo estos patrones de comportamiento afectan al modo de implicarse en las relaciones íntimas. Específicamente, la evaluación debe ir encaminada a explorar patrones de apego evitativo o preocupado, así como su relación con la práctica de chemsex. Debemos explorar en qué contextos se han ido estableciendo los patrones de apego, así como otros factores que hayan dificultado exponerse a situaciones

de intimidad genuina o segura. Debemos explorar también qué papel juega el sexo en la identidad de la persona y en su autoestima, así como las creencias que forman parte de su identidad sexual. Por último, la evaluación debe permitirnos identificar si la práctica de chemsex supone una amenaza a la identidad de la persona, por ejemplo, sintiéndose menos valioso o fracasado tras participar en ellas, o por el contrario la realización de chemsex se refuerza por constituir un contexto seguro en que la persona ve protegida su autoestima y su identidad.

TABLA 7. EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA EXPLORAR INTIMIDAD E IDENTIDAD.

- ¿Has tenido pareja a lo largo de tu vida?, ¿Cuándo has estado en pareja cómo te has sentido?, ¿has sentido que podías confiar en tus parejas?, ¿generalmente te sientes cómodo abriéndote con tus parejas y contándoles cómo te sientes en la relación?, ¿te enfadas o te sientes triste si tu pareja no responde rápido a lo que le pides?, ¿sientes que buscas comprobar continuamente que en tu pareja todo va bien y le pides que te lo demuestre continuamente?, ¿temes con frecuencia que tu relación se acabe y te tranquilizas cuando tu pareja te dice que te quiere y que no hay ningún problema?
- ¿Te gustaría poder ser más afectivo y cercano con tus parejas, pero normalmente marcas distancia o te cierras cuando la relación parece que avanza?, ¿sientes que de alguna manera has huido cuando tus relaciones han ido a más o ves que podrían ir a más?
- ¿Normalmente has sentido que tus parejas no se implicaban tanto como tú en la relación y has deseado que se implicaran más?, ¿te sientes cómodo cuando estás en una relación en la que hay mucho afecto e intimidad?, ¿muestras a tus parejas normalmente cómo te sientes?
- ¿Qué grado de conexión sientes con tus parejas sexuales cuando tienes sexo sin drogas? Normalmente, en tus encuentros sexuales ¿sientes conexión, afecto, intimidad o te mantienes emocionalmente distante?
- ¿Es diferente el grado de conexión o afectividad que sientes durante las sesiones de chemsex?
- Algunas personas cuentan cómo durante las sesiones y en parte por el efecto de las drogas sienten una mayor conexión y afectividad, encontrando esto en las sesiones y no en otro tipo de encuentros sin drogas. Por el contrario, otras personas cuentan que durante las sesiones tienen menos necesidad de conectar emocionalmente con las parejas sexuales. ¿Qué dirías que ocurre en tu caso?
- ¿Cómo te sientes contigo mismo?, ¿te gusta quién eres?, ¿qué destacarías como aspectos positivos y negativos tuyos?, ¿te has sentido de modo diferente en otras etapas de tu vida?, ¿en qué etapas dirías que te has sentido mejor contigo mismo y por qué?
- ¿Qué papel crees que tiene el sexo en quién tu eres?, ¿es parte importante de tu autoestima? Si tuvieras que definirte sexualmente hablando, ¿cómo lo harías? Por ejemplo, dirías soy una persona...
- ¿Crees que las sesiones de chemsex o algunas cosas que suceden en ellas te hacen sentirte mejor, más capaz, más valioso en algún sentido?, ¿te sientes protegido de algo durante las sesiones?
- ¿Crees que las sesiones de chemsex o algunas cosas que suceden en ellas te hacen sentirte peor persona o menos valioso en algún sentido?

Nuestra propuesta de modelo pretende ser flexible, pudiendo variar en función del motivo de consulta que traiga la persona y los objetivos del profesional que esté realizando la evaluación. Además, es importante adaptar el orden en que se exploran las distintas áreas o factores partiendo de la demanda inicial de los usuarios. El evaluador debe hacer explícito que la demanda y objetivos de la persona han sido escuchados y vincularlos en la medida de lo posible al resto de la evaluación para progresivamente ir explorando todas las áreas y factores.

Por otra parte, la evaluación no debe considerarse un proceso estático en el que el evaluador únicamente obtiene información relevante. En una buena evaluación deben hacerse las preguntas adecuadas, siempre con el objetivo de crear una versión compartida entre el usuario y el profesional de lo que le está pasando. Se recomienda pedir ejemplos continuamente para entender en profundidad lo que ocurre y ayudar a la persona a reformular lo que cuenta desde nuestros conocimientos y experiencia para llegar a interpretaciones compartidas. Así, la evaluación debe ser un proceso dinámico que ayude a generar hipótesis junto con el usuario sobre cuáles son los factores que desencadenan y mantienen determinadas prácticas y a establecer objetivos compartidos de mejora. Una buena evaluación además es de por sí terapéutica por ser muchas veces el primer momento en el que la persona toma conciencia de la relación entre determinados factores y su conducta y/o emociones. También es un momento ideal para hacer explícitos factores asociados a conductas saludables, satisfacción sexual y recursos personales presentes o expresados en situaciones pasadas. Rescatar dichos recursos va a potenciar el papel activo del usuario como agente de cambio y aumentará su percepción de autoeficacia para afrontar los objetivos que favorezcan a su sexualidad, salud sexual y autocuidados.

Por último, hay que tener en cuenta que la evaluación puede intercalarse con pequeñas intervenciones, en las que el profesional transmita mensajes de salud y valore cómo se posiciona la persona respecto ante estos mensajes.

5.4. INTERVENCIÓN EN SEXUALIDAD Y SALUD SEXUAL

Pocos estudios han probado la eficacia de intervenciones diseñadas con objetivo de mejorar la sexualidad y salud sexual en personas que practican chemsex. Sin embargo, distintos programas llevados a cabo en entornos hospitalarios o centros comunitarios han incluido intervenciones sobre alguno o varios aspecto de la esfera sexual entre hombres que practican chemsex (52–54). Entre ellos, encontramos programas específicos para la prevención de ITSs y promoción de conducta sexual saludable y, programas más amplios para intervenir en la sexualidad de los usuarios. Generalmente, el primer tipo de programa se desarrolla en recursos hospitalarios o extrahospitalarios con profesionales no especializados en sexualidad y chemsex, y el segundo en recursos extrahospitalarios o comunitarios en los que hay profesionales expertos en sexualidad y chemsex.

Uno de los objetivos principales de los programas específicos es detectar y prevenir infecciones que pueden transmitirse por vía sexual. Así, se ha propuesto realizar cribados frecuentes de ITSs entre las personas que tienen prácticas de alto riesgo para su detección y tratamiento precoz. Dichos cribados pretenden evitar complicaciones físicas entre quienes presentan la infección y cortar la cadena de transmisión. También, se ha recomendado utilizar profilaxis pre-exposición (PrEP) en personas con prácticas de alto riesgo para prevenir la infección por VIH, como parte de intervenciones que además incluyan cribado frecuente de ITSs, promoción del uso de preservativo o abordaje de problemas relacionados (55).

Una de las dificultades que en ocasiones se encuentran los profesionales de programas específicos, es que, muchos usuarios no cambian las prácticas sexuales tras la intervención. Esto ocurre cuando la intervención se limita a detectar las prácticas sexuales de riesgo, tratar las infecciones, transmitir información sobre los riesgos asociados y recomendar conductas de autocuidados. Además, la limitación es mayor cuando la intervención se realiza una única vez. Tiene sentido que este tipo de abordaje no sea suficiente ya que, como hemos visto, las prácticas sexuales más allá de con la desinformación pueden relacionarse con muchos otros factores que no se están explicitando. Consideramos que para que estos programas de cribado y prevención de ITSs sean eficaces deben tener un cierto grado de estructura, y pese a que los profesionales sanitarios no sean expertos en sexología, sí tengan formación específica. En cuanto a la formación, se deben tener ciertas competencias en relación al colectivo LGTBI+ y al fenómeno de chemsex, siendo capaces de utilizar términos específicos o conociendo las creencias o normas sociales mayoritarias que pueden afectar a las prácticas sexuales de los usuarios (56–58). Además, por haber sido estrategias que han demostrado su eficacia en la modificación de prácticas sexuales de riesgo, es recomendable que los profesionales de estos recursos puedan estar formados en *counselling* y técnicas motivacionales (59). Dicha formación va a permitir al profesional evaluar e intervenir desde una actitud de no juicio, validar la experiencia emocional de la persona, transmitir que se comprenden los factores que llevan a las conductas y facilitar que la persona tome conciencia de los riesgos asociados a sus conductas y de los beneficios si aumentara su autocuidado. Para ello, además, específicamente en chemsex, el profesional debe tomar conciencia de sus prejuicios sobre la sexualidad general, la homosexualidad en particular y las personas que consumen drogas para evitar que éstos afecten a sus intervenciones. Por último, si las intervenciones tienen el objetivo de instaurar conductas saludables no pueden ser únicas en el tiempo, siendo necesario realizar seguimientos que ayuden a la persona a tener mayor conciencia de sus dificultades, identificar nuevas barreras o reforzar avances.

Por otra parte, los programas más amplios previamente comentados, pretenden abordar factores como los previamente presentados para mejorar la sexualidad y salud sexual de los usuarios. Este tipo de intervenciones pueden ser individuales, centrándose en las áreas con mayores dificultades identificadas durante la evaluación

o, grupales, en cuyo caso se recomienda el abordaje del máximo número de factores posibles en función del tiempo y los recursos disponibles. A continuación, a partir del programa desarrollado por Curto et al. (2019) en la ONG Apoyo Positivo (52) y otros factores incluidos en el presente capítulo, presentamos nuestra propuesta de intervención:

- Aumentando la conciencia y fomentando la motivación para el cambio. En las primeras sesiones es necesario que la persona tome conciencia de cuáles son sus dificultades, el origen de éstas, cómo se están manteniendo y cómo se relacionan con sus objetivos personales. En relación con los objetivos que la persona se plantea, suele ser positivo dedicar un espacio a explicitarlos, ajustarlos para que sean realistas, dividirlos en metas a corto y largo plazo, y reflexionar sobre los pros y contras del cambio. En intervenciones individuales, el propio proceso de evaluación va a servir para que la persona tome conciencia de los factores implicados en sus problemas y explicita los objetivos que se plantea, que desea y que asume como propios. Si la intervención es grupal, pueden dedicarse las primeras sesiones a presentar las diferentes dificultades sexuales a las que suelen enfrentarse las personas que practican chemsex (identidad sexual, orientación del deseo, consentimiento, eróticas, respuesta sexual, intimidad, autoestima, autocuidado), proponiéndose dinámicas que ayuden a cada participante a reformular e identificar las dificultades y factores relacionados más relevantes en su caso. En este punto va a ser relevante que cada participante descubra qué papel juega el chemsex, las sesiones o determinadas características de éstas en su vivencia de la sexualidad y sus dificultades.
- Abordando la identidad y orientación sexual. El objetivo de estas sesiones es que cada persona tome conciencia de cómo experimentan su identidad y orientación, identifique sus creencias internalizadas relacionadas, las situaciones de discrepancia vividas, y la relación de todo ello con las dificultades presentadas. Para ello, se puede trabajar con los conceptos presentados por el modelo del Hecho Sexual Humano (3), en el que se plantea la identidad y la orientación como un continuo en el que todas las experiencias y vivencias tienen cabida. También pueden presentarse los principales resultados de estudios como los comentados previamente que muestra la poca diversidad existente en los perfiles de las aplicaciones de citas (9,10), o revisarse perfiles de dichas aplicaciones para que las personas analicen la ausencia de masculinidades minoritarias o alternativas. En estas sesiones también se propondrán dinámicas para que la persona identifique si presenta o ha presentado homofobia internalizada y el impacto que ello tiene en sus dificultades o en la satisfacción con su sexualidad.
- Abordando las eróticas normativas y no normativas. El objetivo de estas sesiones es que cada persona tome conciencia de cuáles son las prácticas que realiza y desea, y cuáles podrían llegar a ser deseables o no deseables para

ellos, independientemente de que sean normativas o no normativas. Dicha toma de conciencia pretende ayudar a que las personas vivan mejor todo tipo de deseos y prácticas, así como a que identifiquen las prácticas que no desean hacer y sus límites. Se puede trabajar desde conceptos desarrollados por la antropóloga Gayle Rubin (6), presentando diferentes eróticas y prácticas posibles para que la persona analice si forman parte de la erótica normativa históricamente considerada deseable o de la no normativa. Se facilitará además que identifiquen sus creencias internalizadas y emociones ante cada tipo de erótica y práctica, así como el origen de dichas creencias. También que identifiquen qué relación tiene el consumo de drogas durante el sexo o la práctica de chemsex con dichas creencias y emociones. Tras este proceso de toma de conciencia se pretende que la persona pueda explorar la erótica y las prácticas que más le interesen, dejando de buscar una sexualidad normativa y continuando así, desarrollando su identidad sexual.

- Abordando la intimidad y las relaciones románticas. El objetivo de estas sesiones es que la persona identifique si presenta algún tipo de dificultad relacionado con la intimidad y si se relaciona con la presencia de patrones de apego evitativo o preocupado. En caso de existir esos patrones recurrentes se debe promover que se tome conciencia de las consecuencias que éstos tienen y la posible interferencia con sus objetivos vitales. Además, se pretende explorar la relación del chemsex y la búsqueda o evitación de intimidad. Durante estas sesiones pueden presentarse las características principales del modelo de apego de Bowlby (60) y específicamente cómo se expresan en las relaciones románticas y/o sexuales, identificando cada persona cómo se posiciona ante las relaciones y si esto le lleva a cumplir objetivos y tener encuentros afectivo-sexuales satisfactorios. Además, se reflexionará sobre el impacto de otras experiencias en la vivencia actual de la intimidad como la ausencia o presencia de referentes gays durante la infancia y adolescencia, las creencias internalizadas sobre las relaciones interpersonales y/o románticas o el uso de aplicaciones de citas.
- Abordando las dificultades con la respuesta sexual. El objetivo de estas sesiones es que la persona tome conciencia de las dificultades de respuesta sexual que presenta y los posibles factores relacionados en su caso. Para ello, se definirán los distintos tipos de dificultades de respuesta sexual (ansiedad de ejecución, deseo, mantenimiento de la erección, eyaculación precoz o retardada) así como las posibles causas (históricas y actuales) que pueden estar generandolos. Se reflexionará específicamente sobre el efecto en la respuesta sexual que tienen las drogas consumidas, las creencias internalizadas desajustadas, la homofobia internalizada, el estigma internalizado por VIH, la no aceptación de alguna parte de sí mismo o las vivencias sobre eróticas normativas y no normativas sobre la respuesta sexual. Durante estas sesiones va a ser importante promover la exposición a nuevas situaciones en las que la persona pueda experimentar calma, deleitarse en la satisfacción sexual y exponerse a

personas o aspectos contextuales que disparen el deseo, explorando los aceleradores y frenos personales del deseo.

- Abordando dificultades con el consentimiento y los límites sexuales. Durante estas sesiones se pretende que la persona tome conciencia de si han existido situaciones de vulneración de consentimiento en las sesiones o de sus propios límites sexuales o de otros. También, se pretende prevenir situaciones de no consentimiento o ruptura de límites en el futuro, promoviendo la toma de conciencia de las consecuencias que esto tiene o puede tener. Para ello, se reflexionará sobre lo que cada uno considera vulneración o no de consentimiento, aportándose ejemplos concretos de situaciones durante las sesiones. Además, se pueden plantear estrategia de reducción de riesgos en este sentido, como pactar previamente las situaciones no consentidas o ir a las sesiones con alguna persona de su confianza. Por otra parte, se identificarán situaciones en las que la ruptura de límites es más probable para cada persona, su relación con la falta de habilidades de negociación, con características contextuales específicas o con creencias propias como «tengo que hacerlo porque ya he quedado». Durante estas sesiones se podrán instaurar nuevas habilidades de comunicación y negociación, identificando las situaciones más problemáticas para la persona y practicando por ejemplo mediante *role-playing*. Se podrán entrenar habilidades comunicativas para expresar el deseo o asertividad ante peticiones no deseadas.
- Integrando contenidos, promoviendo cambios y exposición a nuevas situaciones. Una vez trabajado cada uno de los aspectos presentados, se recomienda realizar varias sesiones en las que se permita que la persona profundice en la relación que los diferentes factores tienen en sus dificultades y cómo se vinculan con sus objetivos personales. Además, se debe facilitar que la persona se plantee objetivos a corto y medio plazo a llevar a cabo cuando finalicen las intervenciones, las dificultades que prevé que pueden ocurrir, así como los modos de afrontarlas. Durante estas sesiones, cada persona puede pensar en situaciones sexuales a las que desearía exponerse, organizarlas en función del nivel de dificultad percibido, por ejemplo, del 0 al 10, e ir exponiéndose a ellas progresivamente. Se recomienda, además, hacer sesiones de seguimiento, por ejemplo, después de un mes y 3 o 6 de haber finalizado la intervención para revisar con la persona los avances y dificultades experimentados, así como para que se proponga nuevas metas.

Como puede observarse, el programa propuesto ha sido diseñado para hombres que ya practican chemsex. No obstante, podría adaptarse el contenido para desarrollar programas de prevención primaria, pudiendo aplicarse, por ejemplo, a todos los jóvenes de una determinada edad, independientemente de su orientación sexual u otras variables. En este caso los contenidos deberían desarrollarse con el objetivo de fomentar la diversidad sexual, previniendo el desarrollo de estigma, discriminación o estigma internalizado futuro. Además, promoverían la educación afectiva-sexual y

la vivencia de una sexualidad saludable. También, de manera preventiva se podrían desarrollar programas para chicos gais jóvenes que no practican chemsex pero que usan aplicaciones de citas o frecuentan ambientes en los que el consumo de drogas durante el sexo está normalizado. En este caso, los contenidos, aunque adaptados, podrían ser similares a los presentados en nuestra propuesta.

5.5. CONCLUSIONES

Los hombres gais y bisexuales que practican chemsex pueden tener dificultades relacionados con su sexualidad y salud sexual que deben ser identificadas y abordadas. En ocasiones estas personas no transmiten sus dificultades a los profesionales sanitarios por miedo a sentirse juzgados o rechazados. Además, los profesionales sanitarios que no tienen las competencias específicas que facilitan la comunicación y el aumento de autocuidados de estos usuarios, pueden sentir que sus intervenciones no son útiles. Por ello, todo profesional que trabaje con esta población debe tener formación que le ayude a entender la sexualidad y salud sexual en un sentido más amplio y que facilite una comunicación de calidad, que vaya más allá de la mera transmisión de lo que la persona debería hacer para cuidarse. Además, entender las dificultades actuales desde la biografía o historia sexual de cada persona va a favorecer una actitud más empática y libre de juicio por parte de los profesionales y va a permitir diseñar intervenciones individualizadas. Por último, aunque se necesitan estudios que evalúen la eficacia de las intervenciones en sexualidad en hombres gais o bisexuales que practican chemsex, contamos con cierta evidencia de cómo determinados factores impactan en la salud sexual de estas personas. Esa evidencia, junto a los resultados satisfactorios de intervenciones existentes habitualmente aplicadas en recursos comunitarios, debe llevarnos a desarrollar programas que aborden específicamente la sexualidad y a probar su eficacia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frago S, Sáez S. Sexo y sexualidad: la identidad sexual. *Sal de dudas*. 2004;2:117-28.
2. Sexo, más que placer y reproducción [Internet]. Para Todos La 2. 2011. Disponible en: <https://www.rtve.es/play/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-efigenio-amezua/1071800/>
3. Amezúa E. El sexo: Historia de una idea. *Revista española de sexología* [Internet]. 2003; Disponible en: http://www.sexologiaysociedad.com/RES_115_116.pdf
4. Newcomb ME, Mustanski B. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(8):1019-29.

5. Rowen CJ, Malcolm JP. Correlates of Internalized Homophobia and Homosexual Identity Formation in a Sample of Gay Men. *Journal of Homosexuality*. 2003;43(2):77- 92.
6. Rubin G. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. *Placer y peligro Explorando la sexualidad femenina*. 1989;113:190.
7. Rojas Herra LA. Buscando el «amor» en el lugar equivocado: Prácticas sexuales disidentes entre hombres como mecanismos de producción de espacio homoerótico y configuración de identidades sexuales indómitas. *La ventana Revista de estudios de género*. 2019;6(49):9-44.
8. Vibe A. Los pilares de la erótica y el Chemsex [Internet]. *Apoyo Positivo*. 2022. Disponible en: https://apoyopositivo.org/blog/pilares_erotica_chemsex/
9. Caballero-Gálvez AA. Masculinidades virtuales. Un estudio comparado del cuerpo gay a través de Grindr y Tinder. *Estudios LGBTQ+, Comunicación y Cultura*. 2021;1(1):91-101.
10. Caballero-Gálvez AA, Herrero-Jiménez B. Representaciones De Género En Las Redes Móviles De Contactos: Cuerpo E Identidad En «Adopta Un Tío». *Prisma Social*. 2017;31-56.
11. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2015;91(8):564-8.
12. Melendez-Torres GJ, Hickson F, Reid D, Weatherburn P, Bonell C. Nested Event- Level Case-Control Study of Drug Use and Sexual Outcomes in Multipartner Encounters Reported by Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav*. 2016;20(3):646- 54.
13. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, Tellez-Molina MJ, et al. Drug-related and psychopathological symptoms in HIV- positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *PLOS ONE*. 2019;14(12):e0220272.
14. Pufall E, Kall M, Shahmanesh M, Nardone A, Gilson R, Delpech V, et al. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Medicine*. 2018;19(4):261-70.
15. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez MJ, Sanz J, et al. Sexualized Drug Use (Chemsex) Is Associated with High-Risk Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Infections in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *AIDS Patient Care and STDs*. 2018;32(3):112-8.
16. MacGregor L, Kohli M, Looker KJ, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ, et al. Chemsex and diagnoses of syphilis, gonorrhoea and chlamydia among men who have sex with men in the UK: a multivariable prediction model using causal inference methodology. *Sex Transm Infect*. 2021;97(4):282-9.

17. Martín-Carbonero L, Gutierrez Á, Bisbal O, Vergas J, González-Baeza A, Rodríguez Martín C, et al. Recently acquired hepatitis C: Epidemiological characteristics and treatment response in a large cohort of MSM living with HIV in Madrid. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica* (English ed) [Internet]. 2023; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2529993X23002587>
18. Szymanski DM, Kashubeck-West S, Meyer J. Internalized Heterosexism: Measurement, Psychosocial Correlates, and Research Directions. *The Counseling Psychologist*. 2008;36(4):525-74.
19. Boroughs MS, Valentine SE, Ironson GH, Shipherd JC, Safren SA, Taylor SW, et al. Complexity of Childhood Sexual Abuse: Predictors of Current Post-Traumatic Stress Disorder, Mood Disorders, Substance Use, and Sexual Risk Behavior Among Adult Men Who Have Sex with Men. *Arch Sex Behav*. 2015;44(7):1891-902.
20. Leluțiu-Weinberger C, Rendina HJ, Mirandola M, Gios L, Folch C, Rafila A, et al. The Role of Gay-Related Stigma in HIV-Risk Behavior Among Sexual Minority Men in Europe. *AIDS Behav*. 2019;23(3):684-94.
21. Jaspal R. Enhancing sexual health, self-identity and wellbeing among men who have sex with men: A guide for practitioners [Internet]. Jessica Kingsley Publishers; 2018. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=NNdFDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&dq=Jaspal,+R.+\(2018\).+Enhancing+sexual+health,+self-identity+and+wellbeing++among+men+who+have+sex+with+men:+a+guide+for+practitioners.+Jessica++Kingsley+Publishers.&ots=wigdThAcg&sig=YySG97vgezeo5LoiPciNuxqTUCK](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=NNdFDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP2&dq=Jaspal,+R.+(2018).+Enhancing+sexual+health,+self-identity+and+wellbeing++among+men+who+have+sex+with+men:+a+guide+for+practitioners.+Jessica++Kingsley+Publishers.&ots=wigdThAcg&sig=YySG97vgezeo5LoiPciNuxqTUCK)
22. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually transmitted infections*. 2017;93(3):203-06.
23. Celentano DD, Valleroy LA, Sifakis F, MacKellar DA, Hylton J, Thiede H, et al. Associations Between Substance Use and Sexual Risk Among Very Young Men Who Have Sex With Men. *Sexually Transmitted Diseases*. 2006;33(4):265.
24. Smith LA, Kolokotroni KZ, Turner-Moore T. Making and Communicating Decisions About Sexual Consent During Drug-Involved Sex: A Thematic Synthesis. *J Sex Res*. 2021;58(4):469-87.
25. Pérez Hernández Y. Consentimiento sexual: un análisis con perspectiva de género. *Revista mexicana de sociología*. 2016;78(4):741-67.
26. Fernández-Dávila P. ¿Se puede hablar realmente de actos de «violencia sexual» en los contextos de chemsex? Reflexiones desde los entendimientos de los hombres que practican ChemSex y la cultura sexual gay.[Can we really talk about sexual violence in the chemsex scene? Reflections from the chemsex users' understandings and the gay sex culture]. *Health and Addictions*. 2021;21(1):124-37.

27. Wilkerson JM, Di Paola A, Nieto D, Schick V, Latini DM, Braun-Harvey D, et al. Sexual Violence and Chemsex among Substance-Using Sexual and Gender Minorities in Texas. *Subst Use Misuse*. 2021;56(14):2141-50.
28. Platteau T, Herrijgers C, Florence E, Poels K, Verboon P, Apers L, et al. Drug behaviors, sexually transmitted infection prevention, and sexual consent during chemsex: insights generated in the Budd app after each chemsex session. *Front Public Health*. 2023;11:1160087.
29. Drückler S, Speulman J, van Rooijen M, De Vries HJC. Sexual consent and chemsex: a quantitative study on sexualised drug use and non-consensual sex among men who have sex with men in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Infect*. 2021;97(4):268-75.
30. Evans K. The psychological roots of chemsex and how understanding the full picture can help us create meaningful support. *Drugs and Alcohol Today*. 2019;19(1):36-41.
31. Rossi R, Dean J. Sexual orientation. The EFS and ESSM syllabus of clinical sexology Amsterdam: Medix. 2013;278-301.
32. Lau JTF, Kim JH, Tsui HY. Prevalence and Sociocultural Predictors of Sexual Dysfunction among Chinese Men Who Have Sex with Men in Hong Kong. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008;5(12):2766-79.
33. Ghadigaonkar DS, Murthy P. Sexual Dysfunction in Persons With Substance Use Disorders. *Journal of Psychosexual Health*. 2019;1(2):117-21.
34. Jiann BP. Erectile Dysfunction Associated with Psychoactive Substances. *Chonnam Medical Journal*. 2008;44(3):117-24.
35. Lawn W, Aldridge A, Xia R, Winstock AR. Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual, and Bisexual Men and Women: An Online, Cross-Sectional «Global Drug Survey» Report. *The Journal of Sexual Medicine*. 2019;16(5):721-32.
36. Peugh J, Belenko S. Alcohol, drugs and sexual function: a review. *J Psychoactive Drugs*. 2001;33(3):223-32.
37. Íncera D, Gámez M, Ibarguchi L, García A, Zaro I, Alonso A. APROXIMACIÓN AL CHEMSEX 2021: Encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombre GBHSH. Madrid: Apoyo Positivo e Imagina más [Internet]. 2022; Disponible en: <https://apoyopositivo.org/estudiochemsex2021/>
38. Ollero MJF, Dolengevich-Segal H, Sanchez-Conde M, Cabello A, Pérez-Valero I, Vergas J, et al. Drug related problems in gay and bisexual men living with HIV engaged in sexualized drug use: prevalence and warning signs. 2023. Disponible en: <https://www.abstractserver.com/eacsabstractarchive/>
39. Blanco E de D, Navarro AD, Zuasnábar LR. Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Revista Sexología y Sociedad* [Internet]. 2016 ;22(2). Disponible en: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/602>

40. Aswathy JB. Psychological Factors behind Erectile Dysfunction. 2022 ; Disponible en: https://journalspress.com/LJRHSS_Volume22/Psychological-Factors- behind-Erectile-Dysfunction.pdf
41. De Vincentis S, Tartaro G, Rochira V, Santi D. HIV and Sexual Dysfunction in Men. *J Clin Med*. 2021;10(5):1088.
42. Landolt MA, Bartholomew K, Saffrey C, Oram D, Perlman D. Gender Nonconformity, Childhood Rejection, and Adult Attachment: A Study of Gay Men. *Arch Sex Behav*. 2004;33(2):117-28.
43. Davis D, Shaver PR, Vernon ML. Attachment style and subjective motivations for sex. *Pers Soc Psychol Bull*. 2004;30(8):1076-90.
44. Feeney JA, Peterson C, Gallois C, Terry DJ. Attachment style as a predictor of sexual attitudes and behavior in late Adolescence. *Psychology & Health*. 2000;14(6):1105-22.
45. Davis D, Shaver PR, Widaman KF, Vernon ML, Follette WC, Beitz K. «I can't get no satisfaction»: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*. 2006;13(4):465-83.
46. Calvillo C, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada., Sánchez-Fuentes MDM, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de la Costa, Sierra JC, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC). Revisión sistemática sobre la satisfacción sexual en parejas del mismo sexo. *Rev iberoam psicol salud*. 2018;9(1):115.
47. Mark KP, Vowels LM, Murray SH. The Impact of Attachment Style on Sexual Satisfaction and Sexual Desire in a Sexually Diverse Sample. *J Sex Marital Ther*. 2018;44(5):450-8.
48. Brennan KA, Shaver PR. Dimensions of Adult Attachment, Affect Regulation, and Romantic Relationship Functioning. *Pers Soc Psychol Bull*. 1995;21(3):267-83.
49. Cook SH, Watkins DC, Calebs BJ, Wilson PA. Attachment orientation and sexual risk behaviour among young Black gay and bisexual men. *Psychology & Sexuality*. 2016;7(3):177-96.
50. González-Baeza A, Barrio-Fernández P, Curto-Ramos J, Ibarguchi L, Dolengevich-Segal H, Cano-Smith J, et al. Understanding Attachment, Emotional Regulation, and Childhood Adversity and Their Link to Chemsex. *Substance Use & Misuse*. 2023;58(1):94-102.
51. Jaspal R. Chemsex, Identity and Sexual Health among Gay and Bisexual Men. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(19):12124.
52. Curto J, Lombao Pardo C, Castillo Gonzalez C, Molina R, Varas Soler P, Barrio P, et al. Programa de educación y salud sexual para usuarios de chemsex: una respuesta coordinada desde la ONG Apoyo Positivo y el Instituto de Adicciones de Madrid. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2019;7(16):48-52.
53. Silva S. Programa SEXO, DROGAS y TÚ [Internet]. Apoyo Positivo. 2019 . Disponible en: <https://apoyopositivo.org/blog/chemsex-programa/>

54. Salud M. Programa piloto Pausa [Internet]. Página de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. 2020 . Disponible en: <https://madridsalud.es/programa-piloto-pausa/>
55. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. «VI. Prevención de las infecciones por el VIH, virus hepatotropos y otras ITS en el contexto del chemsex». Abordaje del fenómeno del chemsex. [Internet]. 2020 . Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/28879_abordaje_del_fenomeno_del_chemsex.pdf
56. Cervantes Lara CA, Álvarez Aguirre A. Efecto de la entrevista motivacional en la autoeficacia para disminuir las conductas sexuales de riesgo en jóvenes. NURE investigación: Revista Científica de enfermería. 2019;(102):3.
57. Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, O'Reilly K, Sweat M. Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9(9):CD001224.
58. Denison JA, O'Reilly KR, Schmid GP, Kennedy CE, Sweat MD. HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta- analysis, 1990--2005. AIDS Behav. 2008;12(3):363-73.
59. Ocón RS, Egozcue MJB, Ramos JC, Segal HD. ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DEL USUARIO CON PRÁCTICAS DE CHEMSEX.; Disponible en: https://www.msbs.gob.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Abordaje_salud_mental_chemsex.pdf
60. Bowlby J. The bowlby-ainsworth attachment theory. Behavioral and Brain Sciences. 1979;2(4):637-8.

CAPÍTULO 6

SALUD SOCIAL EN EL CHEMSEX

RAÚL SORIANO

Tomando como marco de referencia la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) que establece que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, a lo largo de este capítulo se van a describir diferentes aspectos relacionados con la faceta social del chemsex. Entre ellos se incluyen, por ejemplo, el contexto sociocultural del fenómeno, los impactos del chemsex en la faceta social de la salud, o las intervenciones profesionales que abordan específicamente esta esfera de lo social.

6.1. CONTEXTO SOCIOCULTURAL Y CULTURA SEXUAL GAY

El *position paper* consensuado por los organizadores y participantes en el *2nd European ChemSex Forum*, celebrado en Berlín en 2018 (2), es sin duda un documento clave para comprender el contexto sociocultural en el que emerge el chemsex. En este documento se recogen los resultados de muchas de las discusiones mantenidas para definir el concepto de chemsex. El acuerdo adoptado fue acotar el chemsex como un fenómeno vinculado a la cultura sexual gay, afirmando que su comprensión no puede desligarse de los elementos y circunstancias que afectan intrínsecamente a la forma en se vive el sexo en la comunidad gay incluyendo, entre otros aspectos:

- El trauma que ha supuesto la epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) para este colectivo y que ha venido afectando a la vivencia de la sexualidad en el mismo.

- Las propias actitudes sociales hacia las personas lesbianas, gais, transexuales, bisexuales y otras (LGTBI+) y su sexualidad, incluyendo el peso del *bullying*/acoso histórico hacia este colectivo.
- La importancia que cobra, dentro de un colectivo estigmatizado, el hecho de compartir actividades ritualizadas.

Este tipo de referencias son difícilmente separables del sustrato sociocultural específico sobre el que se asientan las vivencias personales y comunitarias que han venido configurando el imaginario colectivo en torno al chemsex. Efectivamente la homofobia social, la homofobia interiorizada o el estigma del VIH son elementos que han marcado a generaciones enteras de hombres gais y bisexuales.

En el mismo sentido y, según David Stuart (3), entre los factores relacionados con la cultura gay que han tenido un papel relevante en la configuración del fenómeno del chemsex, uno de ellos tuvo un gran impacto en la forma en que se venía disfrutando el sexo en esta comunidad: la revolución tecnológica y sexual que supuso la llegada de las aplicaciones de contactos basadas en la geolocalización, que transformó la experiencia del sexo, el amor y las relaciones homosexuales.

Stuart (3, p.5) mencionaba cómo la palabra chemsex surgió años atrás como una expresión de argot entre hombres gais que consumían metanfetamina: «el estigma hacia la metanfetamina por parte de aquellos que no la usaban también nos mantenía unidos como grupo. Nos llamábamos a nosotros mismos «club de chemsex», y según mi memoria, fue la primera vez que escuché las palabras «chems» y «sex» juntas de esta manera». Con la creación del sitio web de citas Gaydar en 1999, muchos de estos usuarios pasaron de contactar en la sauna a hacerlo de manera *online*, comenzando así a usarse el término en estas webs y posteriormente en las aplicaciones de contactos.

La cita es relevante en cuanto muestra el origen del término chemsex como argot específico de la cultura gay. Y muestra además cómo el estigma puede darse incluso dentro de la propia comunidad gay hacia aquellos de sus miembros que consumen drogas, en este caso metanfetamina. El estigma puede producirse también entre los propios usuarios de chemsex entre sí cuando, por ejemplo, se dirige hacia aquellos que practican el consumo inyectado o *slam*. Y se da la circunstancia de que algunas de las personas sobre las que impactan estas actitudes negativas, confluyen también otras circunstancias que han podido agregar otras experiencias de discriminación, ya sea por vivir con el VIH, por ser trabajadores sexuales, migrantes, o bien rechazo por su aspecto físico, su edad, u otros factores. Las aplicaciones son uno de los espacios donde estos discursos y actitudes se presentan con mayor dureza. En ocasiones los propietarios de los perfiles ponen especial énfasis en expresar lo que no buscan, en lugar de describir sus preferencias. Estos discursos de rechazo y menosprecio (en ocasiones expresados como plumofobia) pueden resultar hirientes y lesivos para otros, generando malestar y, en ocasiones extremas produciendo una vivencia traumática (4).

Para estructurar mejor la aproximación a este contexto sociocultural y describir algunos aspectos presentes en la cultura gay que ayudan a comprender la idiosincrasia cultural del propio chemsex, podemos fijarnos en ciertos aspectos concretos que se abordarán a continuación con algo más de detalle:

- Prácticas sexuales, *settings* y argot.
- La visibilización y naturalización del consumo.
- La hipersexualización del ocio.
- Los circuitos internacionales de ocio gay.

6.1.1. *Prácticas sexuales, settings y argot*

La singularidad de la iconografía de las sesiones de chemsex sería difícil de imaginar sin hacer referencia a una serie de elementos relacionados con la cultura sexual gay o con algunas de sus subculturas sexuales. Pueden citarse aquí prácticas sexuales como, por ejemplo, el *bareback*, el *fisting*, o el *felching*, que en escenarios como la pornografía gay han sido profusamente representadas. Si bien estas prácticas existen igualmente fuera del ámbito del chemsex y surgieron con anterioridad a este, también pueden cobrar un protagonismo dentro de este. Lo mismo puede aplicarse a ciertos entornos de interacción como, por ejemplo, las saunas gais, las aplicaciones de contactos gais, o el *cruising*, que pueden pasar a convertirse en *settings* físicos o virtuales estrechamente vinculados a las mecánicas de las sesiones de chemsex, como se ha descrito en diferentes estudios cualitativos (5, 6, 7).

A su vez el propio chemsex genera códigos de argot (p. ej., «sesión», «estar de lío», «guarrichill», «chillero», «doblar», «tina», «mefe», «G», «alfa»), prácticas (*slam*) y *settings* (como el concepto de «sesión» en casas particulares) que acaban incorporándose y nutriendo a la cultura popular gay, y que encuentran en Instagram y otras redes sociales un espacio idóneo para generar contenidos específicos que amplían y retroalimentan estas referencias comunes.

6.1.2. *La visibilización y naturalización del consumo*

Uno de los elementos que caracterizan el consumo de drogas en determinados tipos de contextos de socialización gay es su visibilidad. Con frecuencia se realiza a la vista del público en discotecas y festivales, no solo en los aseos, también en pistas de baile, formando corro o simplemente haciéndolo con total naturalidad. Trabajos cualitativos refieren que «en los espacios de ocio nocturno gay se percibe que el consumo de drogas está normalizado, y esto puede relajar las prohibiciones morales respecto al uso de drogas» (6, p.301). Esta visibilidad está presente también en los perfiles de las aplicaciones de contactos gais, habiéndose documentado

su uso para comprar o vender sustancias, o localizar sesiones en las que compartirlas (7).

6.1.3. *La hipersexualización del ocio*

Los hombres gais y bisexuales son un grupo de población diverso, compuesto por personas de diferentes edades, etnias, nacionalidades, niveles de estudios, situación económica, etc. Esta diversidad sin embargo no siempre aparece fielmente retratada en las representaciones gráficas de la industria del ocio dirigida a esta comunidad, donde con frecuencia se explotan ciertos estereotipos en particular. Por ejemplo, «las imágenes de cuerpos fibrados o musculados, cargadas de erotismo o directamente sexualizadas, adquieren protagonismo frente a otras representaciones posibles. Ser joven, estar en forma, o estar bien dotado, son atributos que adquieren un peso específico en ese contexto» (8, p.44).

Si analizamos los formatos de negocio existentes en la industria de ocio dirigido al público gay, es fácilmente comprobable que una parte de los locales disponen de un espacio físico habilitado para mantener encuentros sexuales, como por ejemplo cuarto oscuro, cabinas, etc. A las tradicionales saunas y locales con cuarto oscuro se han ido uniendo otras fórmulas también presentes a nivel internacional, como los clubs de sexo que ofrecen fiestas temáticas, o como los grandes festivales que incluyen *play room* o área de juegos (espacio habilitado para encuentros sexuales). Este sector de entretenimiento basado en ofrecer encuentros en locales e instalaciones físicas, compite ahora con otros modelos de negocio que, como las aplicaciones de contactos basadas en las tecnologías de geolocalización, facilitan la interacción operando de manera virtual (4). Tanto en las imágenes utilizadas para la difusión de locales físicos, como de festivales, así como en la publicidad de las aplicaciones de contactos dirigidas a este colectivo, se aprecia la persistencia de imágenes y discursos que pueden estar contribuyendo a la hipersexualización de la oferta de ocio.

6.1.4. *Los circuitos internacionales de ocio gay*

Existen circuitos internacionales de macro eventos dirigidos al público gay en diferentes ciudades a lo largo de todo el año. En este tipo de encuentros el ocio sexual representa un componente relevante. Por una parte, hay hombres GBHSH que visitan nuestro país como turistas y a su vez hay españoles que visitan otros países. Esta interacción, y en especial el hecho de que España sea una potencia turística también en el ocio dirigido a público LGTBI+ contribuyen a que la comunidad de hombres GBHSH en España esté muy expuesta a las tendencias de consumo de sustancias y de conductas sexuales que se dan en esta población a nivel internacional. Este tipo de interacción puede facilitar y contribuir a una más rápida difusión de los nuevos pa-

trones de comportamientos sexuales y de consumo. Al mismo tiempo, su existencia supone una oportunidad para intervenir en la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como en la prevención del uso problemático de drogas en estos contextos (3).

En definitiva, como se ha ido describiendo en los cuatro puntos anteriores, no sería posible entender la idiosincrasia del fenómeno del chemsex sin restringir su identidad a todos los elementos relatados en estas páginas y referidos intrínsecamente a la cultura y circunstancias de la comunidad gay y otras minorías sexuales. De ahí que resulte tan pertinente la declaración de consenso del 2nd *European ChemSex Forum* estableciendo que «no todo uso sexualizado de drogas es chemsex» (2), por lo que es importante reservar dicho término para referirse únicamente a este conjunto de patrones característicos de uso sexualizado de drogas que se da de manera exclusiva en esta comunidad.

Por los motivos descritos en los apartados anteriores, resulta totalmente inapropiado utilizar el concepto chemsex para referirse a otros usos sexualizados de drogas que se dan en población heterosexual, y que no se corresponden ni se identifican con los elementos culturales contextuales que aquí se están describiendo. Si llegado el momento surgen otros patrones de consumos sexualizados de drogas en población heterosexual y proliferan hasta el punto de merecer ser considerados un fenómeno, con toda probabilidad tendrán sus propias especificidades y podrían recibir un nombre distinto, ya que no sería adecuado llamarlos chemsex.

6.2. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

En el campo de la investigación sobre prevención, el estudio de los factores de riesgo y factores de protección se ha consolidado como uno de los abordajes más habituales para ahondar en los conocimientos que puedan aportar evidencias sobre las que basar las estrategias y actuaciones de prevención. La literatura señala que «existen factores asociados al uso de las drogas, así como otros que aparecen asociados a la abstinencia de las mismas» (9, p.111). Estos factores han sido clasificados frecuentemente entre: factores del individuo y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) y factores ambientales o del contexto (9, 10). De esta manera, la tendencia a explorar y buscar nuevas sensaciones puede ser un factor de riesgo del individuo (por ejemplo, alguien dado a experimentar con todo tipo de sustancias o prácticas sexuales).

La literatura también indica que los factores de riesgo y de protección deben ser claramente definidos para una edad específica o etapa evolutiva (10). La mayor parte de los estudios sobre estos factores se refiere a la prevención en jóvenes y adolescentes o en contextos muy alejados del ámbito del chemsex, por lo que habría que proponer factores de riesgo y de protección específicos sobre este último, que podrían servir para orientar investigaciones que permitan contrastar con evidencias qué peso pueden llegar a tener estos y otros factores de riesgo y de protección posibles.

En las siguientes páginas se muestra una aportación preliminar en esa línea, mencionando posibles factores de riesgo o de protección que operarían en el ámbito del chemsex, recopilados a partir de testimonios de usuarios obtenidos a través de la experiencia clínica en consulta (4). Cabe considerar que ningún factor de riesgo o protección por sí solo predispone o protege al individuo frente a una eventual exposición al chemsex, ya que en cada individuo coexisten múltiples circunstancias personales y contextuales que operan en confluencia. Se aportan referencias bibliográficas en aquellos casos en los que existen evidencias relacionadas.

Posibles factores de riesgo (11):

- Haber mantenido ya previamente un uso problemático de drogas (aunque no se utilizaran con fines sexuales).
- Haber mantenido previamente prácticas sexuales de alto riesgo de manera reiterada (aunque no se realizaran bajo efectos de drogas) habiendo recibido sucesivos diagnósticos de ITS.
- Haber incorporado el sexo en grupo dentro de la dinámica sexual habitual.
- Practicar turismo sexual (12, 13) incorporando el ocio sexual como motivación para seleccionar los destinos vacacionales (internacionales o nacionales), escogiendo aquellos que se identifican con una gran concentración de potenciales parejas sexuales de diferentes procedencias geográficas (incluye festivales gais, celebraciones del orgullo, o destinos populares entre el público gay).
- Ser un usuario habitual de saunas y locales de sexo gay, locales en los que es posible que haya hombres que practican chemsex (14) especialmente durante el fin de semana.
- Utilizar aplicaciones de geolocalización habitualmente para buscar parejas sexuales (7) (ya que a través de las mismas pueden recibirse invitaciones para participar en sesiones de chemsex).
- Disponer de una percepción del riesgo desajustada de las prácticas sexuales y de de consumo, no conocer con detalle los mecanismos de transmisión de la hepatitis C (VHC) y otras ITS, desconocer los riesgos que implica el consumo de determinadas sustancias o el uso de la vía inyectada.
- Tener numerosos amigos y/o parejas sexuales, etc. que son usuarios de chemsex (lo que puede llevar a percibir que el chemsex es algo muy habitual, además de incrementar las posibilidades de recibir una invitación para practicarlo).
- Presentar previamente problemas de salud mental, depresión o ansiedad (que pueden hacer que el uso de drogas suponga riesgos añadidos).
- Recibir un diagnóstico reciente de VIH o romper con una pareja estable son algunas de las situaciones que se ha observado que pueden intensificar las prácticas de chemsex (15).
- Migrar a una gran ciudad o a otro país representa en ocasiones una situación en la que puede aumentar la exposición al chemsex, o relacionarse con una intensificación de las prácticas (15).

- No contar con una red adecuada de apoyo psicosocial y afectivo, a la que recurrir ante cualquier evento adverso (relacionado con estas prácticas) que se desee compartir para buscar apoyo.

Posibles factores de protección (11):

- Residir en un núcleo rural o urbano alejado de la influencia de las nuevas tendencias de consumo de drogas o donde resulte complicado adquirir estas sustancias.
- No conocer ni relacionarse con personas que ya practican chemsex.
- No encontrarse familiarizado con el uso de App de geolocalización dirigidas a público gay.
- No ser usuario de saunas y de clubs de sexo.
- Miedo y fobias a las agujas y las jeringuillas.
- Tener numerosos hobbies y aficiones (culturales, deportivas etc.), manteniendo una vida social rica y diversa (no centrada exclusivamente en el ocio nocturno gay), e incluyendo vacaciones en lugares variados (no focalizada reiteradamente en destinos de ocio sexual gay).
- Disponer de información actualizada y precisa sobre los riesgos derivados del consumo de drogas y sus implicaciones.
- Conocer adecuadamente los mecanismos de transmisión de las ITS y las prácticas de riesgo, por ejemplo, aquellas relacionadas con la transmisión sexual del VHC.

6.3. IMPLICACIONES PARA LA SALUD SOCIAL

Aunque los patrones de consumo son extremadamente variables y no todas las personas que practican chemsex perciben inmediatamente consecuencias negativas derivadas de las mismas, cuando las prácticas se mantienen en el tiempo y se intensifican es más probable que puedan aparecer impactos no deseados. Algunos de ellos pueden afectar a la salud social de la persona en diferentes facetas de su vida, produciéndose (4):

- Distanciamiento o pérdida de redes personales. Hay usuarios que de manera progresiva van perdiendo la relación con sus redes de solidaridad primaria (familia, amigos y entorno cercano). Puede presentarse sensación de aislamiento y soledad. En algunos casos la persona ni siquiera se atreve a compartir con ellos la situación problemática derivada del consumo, en otros casos, no han sabido cómo ayudarlo o bien se han producido reacciones de rechazo.
- Alteración y empobrecimiento del ocio. Puede afectar particularmente a la actividad durante los fines de semana, abandonando o reduciendo drásticamente.

- mente *hobbies* y aficiones personales que la persona solía disfrutar.
- En el caso de estudiantes el rendimiento académico puede verse disminuido cuando el consumo afecta al descanso y la concentración.
 - Problemas laborales (16) y económicos, que pueden presentarse por ejemplo si se reduce su rendimiento laboral. Se dan casos de usuarios que pierden su empleo tras haber participado en sesiones que se han prolongado más allá de lo previsto y que de manera reiterada les han impedido cumplir con sus compromisos profesionales.
 - Exclusión social. En situaciones de vulnerabilidad extrema hay personas que experimentan muchas dificultades para cubrir sus necesidades básicas, llegando en algunos casos a perder su hogar.
 - Abusos sexuales y violaciones cometidos cuando la persona no tiene capacidad de dar su consentimiento sexual debido a los efectos de las sustancias (17, 18).
 - Problemas legales relacionados con: tenencia de determinadas cantidades de sustancias ilegales, comisión de delitos sexuales, difusión de vídeos o fotografías sexuales de otras personas sin su consentimiento, etc.
 - Estigmatización social de quienes practican chemsex. En ocasiones afecta a usuarios que ya han experimentado previamente discriminación por diversos motivos, incluyendo la serofobia en personas que viven con el VIH.

Las consecuencias de estos impactos negativos en la faceta social de la salud pueden acentuarse o adquirir mayor dimensión cuando no se recibe atención profesional adecuada en el momento necesario. Estudios como el realizado por Madrid Salud nos muestran que la media de tiempo desde que comienzan el consumo hasta que solicitan tratamiento puede superar los cinco años (19).

Además, algunos usuarios de chemsex pueden ser renuentes a demandar apoyo profesional o, como se mostró a través del programa de acercamiento a usuarios de chemsex PAUSA, no saber dónde solicitarlo (20). Circunstancias como el hecho de ser migrante, ser trabajador sexual o presentar problemas de salud mental, pueden hacer que de entrada una persona presente un mayor nivel de vulnerabilidad, o que se enfrente a mayores barreras para acceder a atención profesional que pueda necesitar para abordar su situación de salud.

6.4. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIAL

La Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 (21, p.34,50) señala que hay que contar con herramientas de vigilancia epidemiológica «en relación con los patrones actuales y futuros de consumo de sustancias y nuevas adicciones y los problemas sanitarios y sociales asociados», siendo uno de sus objetivos estratégicos: «Desarrollar y reforzar los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemio-

lógica para obtener y analizar datos actualizados del fenómeno de las adicciones, sus patrones y tendencias y su impacto en la salud pública».

En ocasiones los sistemas de información no están suficientemente preparados para recoger la especificidad de las circunstancias de salud de quienes presentan patrones de comportamientos y de consumo diferenciados, como desde los primeros momentos ha venido ocurriendo en el caso del chemsex. La experiencia ha llevado a los equipos profesionales que intervienen en este ámbito a generar nuevos instrumentos para recoger información más específica y adecuada para valorar las necesidades de este perfil de usuarios. De ahí que la evaluación social haya requerido incorporar enunciados dirigidos a explorar de manera más concreta el grado de afectación de aquellas áreas sobre las que, como se observaba en el punto anterior, suele producirse un mayor impacto negativo como consecuencia de las prácticas.

Para reducir las barreras que puedan existir entre profesionales y usuario, es conveniente realizar la acogida expresando que el servicio en el que se le está atendiendo es un espacio seguro, libre de juicios morales. Suele ser de ayuda que el profesional muestre que dispone de las competencias culturales adecuadas sobre el fenómeno del chemsex, utilizando el argot que conocen los usuarios y facilitando una comunicación abierta que pueda generar un clima de confianza, ya que por definición muchas de las circunstancias sobre las que habrá que trabajar atañen a una faceta realmente íntima de la persona. Preguntar por aquellas circunstancias que más directamente preocupan a la persona y comenzar el abordaje basándose en sus necesidades percibidas, es una forma de mostrar que se trabaja desde un enfoque centrado en el usuario.

Hay usuarios que pueden presentar situaciones de vulnerabilidad o exclusión social grave, lo que lleva a que en estos casos la cobertura de las necesidades más básicas tenga un mayor protagonismo y urgencia, desplazando otros aspectos que se trabajarán posteriormente. El establecimiento progresivo de una relación terapéutica permitirá explorar y en su caso trabajar sobre aspectos más íntimos que, como ocurre con temáticas como las agresiones sexuales o las violaciones, no suelen aflorar hasta que se ha generado una confianza más sólida con el equipo.

Es importante además que el equipo profesional trabaje desde un enfoque integrado (8, 22) complementándose entre sí, por lo que debe acordarse internamente qué aspectos van a ser explorados por parte de cada uno de sus componentes. Un equipo sin coordinación suficiente, o cuyos profesionales no dispongan de la formación adecuada, puede tener como consecuencia que se preste una atención deficiente a quienes requieren apoyo, y que esto acabe desincentivando futuras demandas de atención por parte del usuario o de otras personas de su entorno (4). Entre los aspectos sobre los que el equipo debe decidir cómo se van a evaluar se incluye, por ejemplo, la historia sexual, entendiendo que la sexualidad engloba aspectos fisiológicos (respuesta sexual humana), psicológicos (deseo, autopercepción, imagen corporal, identidad) y sociales (normas sociales, interacción con parejas, etc.) (11).

6.5. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL

En el campo del chemsex el protagonismo y la especificidad de acción en el desarrollo de estrategias de prevención e intervención en su faceta social, recae particularmente sobre profesionales de disciplinas como el Trabajo Social, la Educación Social, o la Integración Social. En el caso de las organizaciones comunitarias se cuenta además con voluntariado, pares y mediadores, siendo posible en todos estos casos ofrecer un papel protagonista a usuarios o exusuarios de chemsex. Además, se cuenta con roles más concretos como la figura de los ciber-educadores, que ejercen su actividad de manera online.

Tal como ha ocurrido con otros fenómenos emergentes como en su momento el VIH, desde el primer momento las organizaciones comunitarias se situaron en la primera línea de actuación, siendo pioneras en generar respuestas específicas al fenómeno del chemsex. En el tejido comunitario es muy frecuente la participación en estas acciones por parte de organizaciones LGTBI+, así como de entidades del ámbito del VIH, y de las adicciones, pero también puede incluir a otros ámbitos de intervención como migración o prostitución.

Todas ellas tienen un acceso privilegiado a la población diana, por lo que son agentes claves en la prevención, tanto selectiva como indicada. En cuanto a su actividad asistencial en la faceta de lo social, la intervención social de las organizaciones comunitarias destaca por su papel en acciones de acercamiento y acogida, además de trabajar sobre la cobertura de necesidades básicas, formación, inserción laboral, acompañamiento y gestiones de acceso a la red de servicios, asesoría jurídica, relaciones con la red de solidaridad primaria, así como en la organización de actividades de ocio y tiempo libre.

Muchas de estas temáticas son también objeto de intervención por parte de los equipos que intervienen en la faceta de lo social desde los servicios públicos. En este caso el protagonismo recae especialmente en la red de adicciones. Por una parte, en servicios ambulatorios como los centros de atención a las adicciones, los centros de día y los servicios de reducción de riesgos. Por otra en recursos asistenciales, como pisos y comunidades terapéuticas, en los que cada vez resulta más frecuente la atención a este perfil de usuarios.

En todos los casos estas actuaciones desde la esfera de lo social forman parte de abordajes integrados en los que intervienen profesionales de diferentes disciplinas y que trabajan en distintos recursos. Entre estas disciplinas destacan Medicina y Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Educación Social y Sexología (23) Los recursos que tienen un papel más destacado (8, 22) en el abordaje de los usuarios de chemsex son:

- Centros de atención a las adicciones
- Centros de ITS
- Organizaciones comunitarias

- Urgencias médicas y psiquiátricas
- Servicios de Infecciosas, Unidades de VIH

En cuanto a la especificidad de las estrategias de intervención desde el ámbito de lo social, en el caso del tejido asociativo es muy frecuente que sean profesionales del trabajo social y la educación social quienes se ocupen de la coordinación de voluntariado y de la formación de pares. La incorporación de esos agentes multiplica las oportunidades de intervención desde este ámbito, pero además favorece la participación comunitaria en la respuesta a las necesidades de salud de esta población.

Entre las distintas estrategias implementadas para mejorar esta participación, cabe destacar la experiencia de la Comisión *ChemSex Support* de la organización STOP, que ha conseguido canalizar la participación de los usuarios y exusuarios de chemsex, llegando a integrarla en la estructura organizativa de la entidad y con representación en los órganos de toma de decisiones. A través de esta comisión los usuarios realizan actividades de acompañamiento y soporte emocional, responden consultas sobre reducción de riesgos, organizan actividades de ocio, llevan a cabo campañas preventivas y dan voz a este colectivo a través de un blog o mediante su participación en actividades formativas o divulgativas (24).

Otra estrategia que ha cobrado un creciente protagonismo en la intervención desde la esfera social es la de impulsar actividades de ocio alternativo para los usuarios de chemsex. Como en general las sesiones de chemsex son más frecuentes durante sus fines de semana, para los usuarios que se proponen un descanso de las prácticas o que se plantean objetivos de abstinencia, organizar planes de ocio alternativos a las sesiones puede suponer un desafío. Por ello hay situaciones en las que requieren apoyo profesional para generar un plan de ocio terapéutico, siendo cada vez más frecuente que las organizaciones comunitarias presten más atención a esta necesidad ofreciendo apoyo para evitar la soledad y favorecer actividades que pueden incluir también la educación en hábitos saludables (8).

En ese mismo sentido, la web de la campaña «Hablemos de la tina» de CESIDA incluye un mapa con un buscador de servicios en el que es posible localizar todos los recursos específicos sobre chemsex disponibles en sus entidades miembro, incluyendo entre otras funcionalidades, la búsqueda de actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a estos usuarios, siendo ya esta una de las líneas de trabajo más extendidas en este ámbito (25).

Por lo que se refiere a las estrategias de prevención, la mayoría de las actuaciones desarrolladas hasta la fecha están orientadas a la reducción de riesgos, respondiendo así a las necesidades y demandas de los usuarios de chemsex. Además de esta prevención indicada, sería necesario igualmente dar un impulso mayor a la prevención selectiva dirigida a aquellas personas están expuestas a este fenómeno que todavía no se han iniciado en estas prácticas (22, 26).

Desde la perspectiva de lo social, algunas de las líneas de actuación que podrían proponerse para vertebrar las actuaciones de prevención relacionadas con el chemsex serían (26):

- Incorporar la participación de los usuarios en cualquier acción preventiva (24).
- Abordar el estigma hacia quienes practican chemsex.
- Potenciar la colaboración entre administraciones públicas, tejido comunitario y sector privado del ocio (12, 22).
- Incorporar mensajes dirigidos a la pareja, familiares y amigos del usuario (27).
- Promover espacios de socialización no sexualizados y generar actividades lúdicas que se presenten como una alternativa frente a aquellas que contribuyen a la hipersexualización del ocio (8).
- Considerar en la planificación de la prevención el calendario anual de grandes eventos de ocio gay.
- Escoger canales de difusión adecuados para alcanzar esta población, incluyendo por ejemplo mensajes de prevención en aplicaciones de contactos.
- Abordar el tema del consentimiento sexual, ya que el consumo de ciertas sustancias en este contexto puede aumentar la desinhibición, alterar las percepciones del riesgo y del dolor, complicar la negociación de los límites y afectar a la capacidad para dar consentimiento sexual, aumentando la vulnerabilidad de una manera desproporcionada.

6.6. ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ Y PARA TRABAJAR LA FRANJA INTERMEDIA: CRIBADO, *DROP-IN* Y *OUTREACH*

De acuerdo con los datos disponibles, la media de evolución de las prácticas de chemsex desde su inicio hasta que el usuario demanda tratamiento podría superar los cinco años (19). Probablemente muchos de los usuarios de chemsex que acaban demandando tratamiento en un centro de atención a las adicciones, podrían haberse beneficiado de un apoyo profesional en fases más tempranas. En algún punto de su trayectoria de consumo algunos usuarios se han visto obligados a dirigirse a un servicio de urgencias hospitalarias (11), donde ya otros profesionales podrían haber detectado con antelación la existencia de ciertas señales de alarma. Esto podrían considerarse oportunidades perdidas para tratar de mantener un contacto más estrecho y realizar un seguimiento de la situación.

Algunas de estas personas podrían haber recibido apoyo profesional con mayor antelación si nuestra red asistencial de adicciones añadiera a su esquema otras fórmulas de atención más flexibles y creativas para dirigirse a quienes se encuentran ya en una situación de alto riesgo, como es el caso de los programas de acercamiento. Aunque cada red o cada equipo puede tener su propio criterio, con frecuencia la presión asistencial hace que los centros de atención a las adicciones se enfoquen en las personas que ya presentan un diagnóstico claro de adicción. Sin embargo, más allá de la lógica priorización de los recursos, ¿resulta razonable tener que esperar a que la

situación de salud de una persona se haya deteriorado hasta desarrollar un trastorno adictivo, para que pueda ya ser considerada sujeto legítimo de atención?

Parece dar la impresión de que en el ámbito de las adicciones hemos asumido que el estado de salud del usuario solo puede responder a una condición binaria de blanco o negro. O cumple ciertos criterios diagnósticos que le dan acceso a los recursos asistenciales, o queda desposeída del derecho de tener un servicio público de referencia que le acompañe en su proceso. Se actúa como si no hubiera espacio para toda la gama de los grises. No parece haber un paraguas de recursos disponibles para quienes se encuentran en esa franja intermedia.

Por eso, frente al vacío, parecería lógico que se promovieran ya con mayor determinación acciones más específicas. Una de ellas sería el cribado en servicios o recursos clave. Otra alternativa de interés son los programas de acercamiento que hacen búsqueda activa de usuarios de chemsex (20). Igualmente, útiles pueden ser los servicios *Drop-in*, que permiten que el usuario pueda acudir sin cita de manera anónima a un lugar donde se ha establecido una permanencia de profesionales que están disponibles para atender sus dudas o preocupaciones (4). Las intervenciones online anónimas mediante cibereducadores formados como agentes de salud, son también una opción para ofrecer asesoramiento actuando por ejemplo desde las propias aplicaciones de contactos gays (8). En definitiva, existen diversas opciones para entrar en contacto con quienes pueden acabar siendo los futuros usuarios de los centros de atención a las adicciones y de otros servicios de la red asistencial. Detrás de cada persona que llega a uno de estos recursos hay muy probablemente todo un historial de oportunidades perdidas, momentos anteriores que supusieron una ventana para una intervención que nadie asumió, o que la persona no supo encontrar.

Muchos de los centros de la red actual soportan una importante carga de trabajo. Por lo que esta presión asistencial tan tangible puede convertirse en el argumento final para justificar que no se dediquen recursos a intervenir en fases previas. En realidad, no tendrían por qué ser que ser esos mismos profesionales quienes agreguen a su actividad nuevas acciones de acercamiento, *Drop-in*, u otras. Es posible que falten piezas en el puzzle que todavía no se hayan acabado de definir.

Existen otros problemas de salud en los que se da realmente importancia a la detección precoz y a la intervención en fases tempranas. Sin embargo, en el ámbito de las adicciones y en concreto en el caso del chemsex, la inversión en prevención selectiva es muy modesta. De ahí que resulte hasta llamativa la naturalidad con la que se acepta como algo irremediable el que haya que esperar a que la persona pida ayuda cuando no puede más, ya que en ocasiones el daño y el sufrimiento acumulado es desproporcionado, y resulta más costoso revertirlo. Debemos actuar antes. Es necesario acompañar a la persona en fases previas al desarrollo de un trastorno adictivo. Si una red asistencial en este ámbito no incluye alternativas para llegar más pronto y trabajar en esas fases, es posible que requiera ser repensada. Es necesaria una reflexión profunda y crítica, que nos permita superar el paradigma asistencial actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 1948 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
2. European ChemSex Forum. A call to action for effective responses to problematic chemsex. In Berlin; 2019 [cited 2022 Sep 2]. Available from: <https://ihp.hiv/chemsex-position-paper/>
3. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today* [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 1];13(1). Available from: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-10-2018-0058/full/html?af=R&utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=Dru gs_and _Alcohol _Today _TrendMD _1&WT.mc_id=Emerald _TrendMD _1
4. Soriano R. Material docente elaborado para el curso: «Abordaje integrado de la salud sexual y los problemas de consumo de drogas en el contexto del chemsex» Séptima edición. Formación impartida por la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. 2023.
5. Santoro P, Rodríguez R, Morales P, Morano A, Morán M. One «chemsex» or many? Types of chemsex sessions among gay and other men who have sex with men in Madrid, Spain: findings from a qualitative study. *International Journal of Drug Policy*. 2020 Aug 1;82:102790.
6. Fernández-Dávila P. Consumo de drogas y su relación con el sexo: Escuchando las voces de un grupo de hombres gays y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex [Internet]. 2014 [cited 2023 Nov 11]. Available from: <https://stopsida.org/wp-content/uploads/2018/11/Informe-estudio-cualitativo-ChemSex.pdf>
7. Soriano R. El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual. *MONOGRÁFICO* [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 2];5. Available from: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/el-chemsex-y-sus-vinculos-con-el-uso-de-aplicaciones-de-geolocalizacion-entre-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres-en-espana-un-analisis-etnografico-virtual/#>
8. Ministerio de Sanidad. Abordaje del fenómeno del chemsex [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 2]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf
9. España Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencias : análisis y propuestas de actuación. [Internet]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1997 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/preven.pdf>

10. Becoña Iglesias Elisardo. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias [Internet]. Ministerio del Interior; 2002 [cited 2023 Nov 12]. Available from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
11. Curto J, Dolengevich H, Soriano R, Belza M. Abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex [Internet]. mscbs.gob.es. 2020 [cited 2022 Sep 1]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Abordaje_salud_mental_chemsex.pdf
12. chemsex grandes eventos Soriano Mur. 2019;
13. 3rd European ChemSex Forum Report. Paris. In 2019.
14. Fernández-Dávila P. Consumo de drogas y su relación con el sexo: Escuchando las voces de un grupo de hombres gays y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex. 2014.
15. Stuart D. ChemSex and care-planning: One year in practice. HIV nursing. 2015;15(2):24–8.
16. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, Tellez-Molina MJ, et al. Drug-related and psychopathological symptoms in HIV- positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. PLoS One. 2019;14(12):e0220272.
17. Paniagua R, Morales A, Cobos J. Agresiones sexuales en contexto de chemsex: pautas de evaluación pericial desde una perspectiva multidisciplinar. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol 22, 2022, pp211-237 [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 13]; Available from: <https://masterpsicologiaforense.es/pdf/2022/2022art8.pdf>
18. Cabezas A, Espín E, Menéndez A. Fuck violence: Violencias en contextos de chemsex [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 13]. Available from: https://www.chem-safe.org/wp-content/uploads/2020-2021_Informe-Fuck-Violence_Menendez.pdf
19. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Informe chemsex 2021/2022 [Internet]. Madrid; 2023 [cited 2023 Oct 26]. Available from: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2023/20230120_InstitutoAdiccionesMadrid_Informe_Chemsex_2021-2022.pdf
20. Soriano R, Redondo S, Torrecilla C, Olmos R. PAUSA: un programa de proximidad dirigido a personas con prácticas de chemsex en la ciudad de Madrid. 36 REVISTA MULTIDISCIPLINAR DEL SIDA [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 1];9(Núm. 24.). Available from: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/pausa-un-programa-de-proximidad-dirigido-a-personas-con-practicas-de-chemsex-en-la-ciudad-de-madrid/>

21. Ministerio de Sanidad SS e I. ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES 2017-2024. 2017.
22. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. Subdirecció General de Drogodependències. CHEMSEX prevenció, detecció i abordatge a Catalunya [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 2]. Available from: https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/contingutsadministratius/chem_sex/chemsex_prevenccio-deteccio-i-abordatge-a-Catalunya_def.pdf
23. Soriano R, Belza MJ. Siete ediciones del curso de formación online: Abordaje integrado de la salud sexual y los problemas de consumo de drogas en el contexto del chemsex 2017-2023. 2023.
24. Stop. Comisión de ChemSex Support [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://stopsida.org/voluntariado-chemsex-support/>
25. CESIDA. Mapa de servicios especializados en CHEMSEX. Campaña: «Hablemos de la Tina». CESIDA [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://cesida.org/chemsex-mapa-servicios-especializados-a-personas-que-practican-chemsex/>
26. Soriano Ocón R. Prevención en el contexto del chemsex. MONOGRÁFICO [Internet]. 2019 [cited 2022 Sep 2];7. Available from: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/prevencion-en-el-contexto-del-chemsex/>
27. STOP. Guía: Acompañamiento afectivo para parejas, familiares o amigos de usuarios de chemsex [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://chemsex.info/wp-content/uploads/2023/03/Guia-Acompanamiento-Chemsex-Stop.pdf>

CAPÍTULO 7

SALUD PSICOLÓGICA EN EL CHEMSEX

MANUEL GÁMEZ GUADIX

España es uno de los países más avanzados en términos de derechos de las minorías sexuales (1). Fue el tercer país del mundo en legalizar el matrimonio entre personas del mismo sexo en 2005, incluyendo el derecho a la adopción. Además, España es uno de los países con más recursos legales para proteger a las minorías sexuales, incluyendo leyes que les protegen contra la discriminación y la violencia (1). La discriminación explícitamente basada en la orientación sexual está prohibida por el Código Penal desde 1996 en una amplia gama de campos, incluyendo la educación, el empleo y el acceso a bienes y servicios como, por ejemplo, la vivienda (2). Además, los delitos de odio y los discursos de odio causados por prejuicios contra la orientación sexual o la identidad de género de una persona se consideran como una circunstancia agravante.

A pesar de los avances sociales y legales de las últimas dos décadas, las personas de minorías sexuales aún sufren de discriminación. Casi uno de cada cinco (19%) de los delitos de odio registrados en España se deben a la orientación sexual y la identidad de género, mientras que los delitos de odio en Internet han aumentado alrededor del 80% anualmente (3). De hecho, el 54% de las personas piensan que la discriminación basada en la orientación sexual (ser gay, lesbiana, bisexual) está generalizada (4). Aproximadamente el 18% de los individuos en España no están de acuerdo en que las parejas homosexuales sean tan buenos padres como otras parejas, mientras que el 16% piensa que la homosexualidad no está justificada (5). Además, aproximadamente el diez por ciento de los españoles piensa que la sociedad no debería aceptar la homosexualidad (6).

Como puede observarse, a pesar de los avances significativos en derechos, la discriminación y los prejuicios hacia el colectivo LGTBI siguen siendo una realidad cotidiana que puede impactar significativamente en su bienestar psicológico y social, repercutiendo negativamente en la salud mental y en el ajuste psicosocial de las minorías sexuales. Esta realidad, a menudo marcada por experiencias de estigmatización y exclusión, puede llevar a comportamientos de riesgo, incluyendo el consumo abusivo de drogas en contextos sexuales y el chemsex. Por su parte, el abuso de drogas en contextos sexuales también se ha relacionado con una peor salud mental entre minorías sexuales.

Por ello, en este capítulo exploramos cómo la discriminación y el estigma, la salud mental y el chemsex se relacionan y afectan a las minorías sexuales.

En el contexto del chemsex, se ha resaltado la necesidad de abordar este fenómeno como un comportamiento que responde a múltiples motivaciones, en lugar de enfatizar exclusivamente sus aspectos negativos (7,8). De esta forma, diversos autores han resaltado la conveniencia de distinguir entre el uso de drogas en contextos sexuales en sus modalidades «recreativas» o «problemáticas» (8,9). Se considera uso chemsex *recreativo* cuando los usuarios ejercen control sobre su consumo, aplican estrategias efectivas de afrontamiento y regulación emocional, y no enfrentan problemas significativos en sus vidas debido a este consumo (9). En estos escenarios, el chemsex *no* se asocia necesariamente con una peor salud mental, ya que no implica una pérdida de control ni conlleva consecuencias negativas. Por el contrario, el chemsex se torna *problemático* cuando existe un consumo compulsivo o cuando factores como el malestar emocional, problemas interpersonales, discriminación o cualquier evento estresante o traumático llevan al abuso de sustancias en contextos sexuales. Esta situación puede resultar en una pérdida de control sobre el consumo y acarrear diversas consecuencias adversas, incluyendo impactos negativos en las relaciones familiares, obligaciones laborales, infecciones de transmisión sexual (ITS), riesgo de sobredosis y, potencialmente, deterioro de la salud mental.

Teniendo esto en cuenta, en este capítulo, en primer lugar, se ofrece un análisis de varios aspectos relacionados con el ajuste psicológico en las minorías sexuales y cómo puede influir en el chemsex. En segundo lugar, abordamos el denominado Modelo de Estrés en Minorías, que proporciona un marco para comprender el impacto psicosocial de ser parte de una minoría sexual. En tercer lugar, revisamos los factores de riesgo y los factores de protección explorando los elementos que, respectivamente, pueden aumentar la vulnerabilidad psicológica y social o disminuirla. En cuarto lugar, revisamos el concepto de resiliencia, enfocándonos en las capacidades y estrategias que pueden permitir a las personas de minorías sexuales recuperarse de las adversidades. Seguidamente, revisamos las principales herramientas y técnicas de evaluación psicológica para identificar potenciales problemas de salud mental relacionados con el chemsex. Finalmente, exponemos las principales estrategias de prevención e intervención psicológicas que tienen como objetivo mitigar los riesgos y ofrecer apoyo terapéutico a los usuarios de chemsex.

7.1. AJUSTE PSICOLÓGICO EN LAS MINORÍAS SEXUALES Y CHEMSEX

Distintos estudios, incluyendo varios metaanálisis, han encontrado que pertenecer a una minoría sexual incrementa significativamente la prevalencia de problemas de salud mental en comparación con la población heterosexual, incluyendo tasas más altas de depresión, ansiedad y problemas con sustancias (10). Asimismo, diversos metaanálisis sugieren que las minorías sexuales tienen más probabilidades de informar de mayor frecuencia de ideación suicida e intentos de suicidio que las personas heterosexuales (11). De manera relacionada, en los últimos años se han comenzado a investigar los problemas en el ajuste psicológico asociados al chemsex (12,13). Aunque los resultados sobre la relación entre ajuste psicológico y chemsex han sido contradictorios, un buen número de estudios indican que el chemsex se asocia con diferentes indicadores de desajuste psicológico (14). Específicamente, el chemsex se ha asociado con síntomas psicóticos, depresión, ansiedad y adicción (14). Por ejemplo, Bohn et al. (12) hallaron puntuaciones más altas de depresión y ansiedad en el grupo de hombres que tenían sexo con hombres que practicaban chemsex. Por su parte, Gavín et al. (16) recientemente señalaron que el 72% de los usuarios de chemsex presentó peores resultados de salud mental que los que no eran usuarios, siendo más frecuentes los síntomas psicóticos (37%). De manera similar, Miltz et al. (17) hallaron que el consumo de drogas en contextos sexuales se asociaba con síntomas de ansiedad y depresión en hombres que tenían sexo con hombres. Sewell et al. (18) encontraron un mayor riesgo de consumir alcohol entre aquellos que practicaban chemsex en comparación con los que no lo hacían. Por su parte, Dolengevich-Segal et al. (19) indicaron que las personas que habían participado en *slamsex* (consumo intravenoso de sustancias) tenían más probabilidad de presentar algún trastorno de adicción a sustancias. También, en un reciente estudio, Li et al. (20) informaron que casi la mitad de los hombres que tenían sexo con hombres que practicaban chemsex (46%) mostraron signos de dependencia de la metanfetamina.

Otros estudios, sin embargo, no han encontrado ninguna relación entre la participación en el consumo de sustancias recreativas y efectos negativos en la salud mental. Por ejemplo, Demant y Oviedo-Trespalacios (21) analizaron la prevalencia de síntomas de dependencia y consumo de riesgo en una muestra de hombres que tienen sexo con hombres con una alta tasa de uso de poppers y no encontraron una asociación con los resultados en la salud mental. Del mismo modo, Hammoud et al. (22) no hallaron relaciones estadísticamente significativas entre el uso de GHB y puntuaciones en medidas de depresión y ansiedad. De hecho, sus datos revelaron que los hombres que tenían sexo con otros hombres que también habían usado GHB en los últimos 6 meses reportaron menos síntomas de depresión que aquellos que no habían usado GHB. De manera similar, Vaccher et al. (23) encontraron que los hombres que habían usado poppers obtuvieron puntuaciones más bajas en medidas de depresión y ansiedad que los hombres que nunca los habían usado. En conjunto, como puede observarse, las investigaciones previas no

han arrojado resultados consistentes en lo que respecta a la relación entre el consumo de sustancias recreativas y los resultados en la salud mental.

En un estudio reciente, Gámez-Guadix et al. (24) trataron de abordar los aparentes resultados contradictorios entre los estudios previos. Pare ello, llevaron a cabo un estudio entre hombres que tenían sexo con hombres y que practicaban chemsex, incluyendo un mayor número de indicadores de salud mental y adicciones conductuales. Estos autores encontraron que quienes participaron en chemsex presentaron un mayor abuso de drogas y alcohol y tasas más altas de comportamiento sexual compulsivo (tamaños de efecto grandes) en comparación con los participantes que no habían practicado chemsex. Además, los usuarios de chemsex presentaron más síntomas psicóticos y gasto compulsivo (tamaños del efecto medios). No hubo diferencias en el resto de los síndromes clínicos (ansiedad, trastorno bipolar, estrés postraumático, etc.), ni en el resto de las conductas «adictivas» (p.ej. uso compulsivo de Internet o alimentación compulsiva). En conjunto, los resultados sugieren un patrón de síntomas de salud mental específicos asociados al chemsex problemático, en lugar de un patrón generalizado de trastornos psicológicos.

En resumen, es importante destacar que, si bien se ha encontrado una relación entre el chemsex y una mayor sintomatología psicológica, esta asociación no es generalizada y no puede extrapolarse a todas las personas que participan en esta práctica. Los datos sugieren numerosas diferencias individuales que dependen de la frecuencia del consumo, del contexto y de los factores de protección de cada usuario de chemsex. Además, cabe señalar que no existe evidencia concluyente sobre las posibles relaciones causa-efecto entre el chemsex y la salud mental, pudiéndose identificar varias hipótesis al respecto. En primer lugar, es posible que las personas con un peor ajuste psicológico se involucren más en el chemsex como una forma de evadirse o regular sus emociones. Por ejemplo, individuos con síntomas clínicos de ansiedad y depresión podrían recurrir al chemsex para escapar de sus emociones negativas. Otra hipótesis alternativa plausible es que el chemsex podría aumentar la prevalencia de síntomas psiquiátricos, especialmente cuando se vuelve frecuente y problemático. De esta manera, el uso de drogas en un contexto sexual podría desencadenar problemas de salud y dificultades en las relaciones familiares, sociales o laborales, lo que a su vez podría causar un desajuste psicológico (p.ej., incrementando los síntomas depresivos o ansiosos). En última instancia, también es posible que existan relaciones bidireccionales entre el chemsex y la salud mental que se retroalimenten mutuamente. Una peor salud mental podría aumentar la probabilidad de involucrarse en el chemsex, lo que, a su vez, podría incrementar la probabilidad de experimentar un desajuste psicológico en un ciclo progresivo y recursivo.

7.2. EL MODELO DE ESTRÉS EN MINORÍAS

Uno de los factores clave para explicar la mayor prevalencia de sintomatología psicológica entre minorías sexuales es el acoso, el estigma y la discriminación que enfrentan las personas LGBT+ debido a su orientación sexual o identidad de género

(25,26). Este estigma puede conducir a una disminución de la autoestima, a malestar generalizado, homofobia interiorizada y a otros problemas emocionales y conductuales. Asimismo, el proceso de aceptación de la identidad y orientación sexual o de género puede ser complejo y estresante para las personas LGBT+. Esto se debe a que pueden sentirse confusas, tener miedo al rechazo por parte de familiares y amigos, y la necesidad de afrontar la presión social para encajar en un modelo de sexualidad heteronormativo. Todo ello conforma lo que se ha denominado como «estrés de minorías», factor que puede ser clave para entender la salud mental en este colectivo.

El modelo de estrés de minorías (25,26) sugiere que, debido al estigma, el prejuicio y la discriminación, las personas LGBT+ experimentan una mayor vulnerabilidad y estrés crónico que las personas heterosexuales, y que esto puede llevar a una mayor tasa de trastornos psicológicos y físicos. Ejemplos de estrés de minorías incluyen la discriminación y el prejuicio, la hostilidad y la violencia manifiesta, las experiencias de microagresiones en el día a día, la homofobia internalizada, el ocultamiento de la orientación sexual, las dificultades en las relaciones familiares y sociales debidas a la orientación sexual, la estigmatización en dispositivos sanitarios, los obstáculos legales y la limitación de derechos, el aislamiento social, o el malestar relacionado con la identidad de género. Estos factores pueden contribuir al estrés crónico en la vida de las personas LGBT+ y afectar negativamente su bienestar.

El estrés de minorías puede interactuar con otras circunstancias ambientales como, por ejemplo, el menor estatus socioeconómico o pertenecer a un grupo étnico minoritario, que podrían agravar las consecuencias del estrés que sufren las minorías sexuales. Por ejemplo, el estrés de minoría para un hombre gay que es pobre resulta tanto de su orientación sexual como de su pobreza. Juntos, estos rasgos determinan su mayor vulnerabilidad y sus recursos de afrontamiento y resiliencia.

Además, el estatus de minoría se ha asociado con la identificación personal con las características de la minoría. Esta identidad de minoría lleva a factores estresantes adicionales relacionados con la percepción del individuo de sí mismo como un grupo estigmatizado y devaluado, incluyendo expectativas de rechazo, ocultamiento y homofobia internalizada, lo cual implica actitudes negativas de rechazo o devaluación hacia sí mismo. La homofobia internalizada puede ser un factor estresante particularmente negativo porque está dirigida por la persona hacia sí misma debido a su socialización en una sociedad estigmatizadora. De hecho, una de las circunstancias que enfrentan las personas al identificarse como minorías sexuales es aprender a disociar su identidad de los mensajes negativos que han interiorizado sobre ser una minoría, incluso aunque puedan ser conscientes de que han aprendido estos mensajes.

7.3. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

Los factores de riesgo y protección constituyen variables que interactúan de manera dinámica incrementando o reduciendo la probabilidad de presentar un determi-

nado indicador de desajuste o adaptación psicológica o social. De Lira y de Morais (27) proponen una síntesis de los principales factores de riesgo y los mecanismos protectores que pueden influir en el ajuste de las minorías sexuales. Estas dimensiones proporcionan una visión integral de cómo los individuos y las familias LGBT+ pueden enfrentar y superar las adversidades relacionadas con su orientación sexual, resaltando los factores de riesgo, los mecanismos protectores y los indicadores de adaptación positiva en tres aspectos o dimensiones básicas: individual, social y familiar. Estas dimensiones, que se resumen en la Tabla 1, se detallan a continuación.

A nivel individual, se señala un proceso dinámico e interactivo que conduce a la adaptación positiva de las minorías sexuales a pesar de las adversidades significativas vinculadas con su estatus de minoría sexual. Los factores de riesgo incluyen la homofobia externa, la victimización, la homofobia internalizada, el ocultamiento de la orientación sexual y el rechazo familiar, entre otros. Los mecanismos protectores se centran en la autoestima, la resiliencia, la autoeficacia y la participación en comportamientos saludables. Los indicadores de adaptación positiva engloban la salud mental, el bienestar y el rendimiento académico, entre otras cuestiones.

El nivel familiar se refiere al proceso mediante el cual las familias conformadas por individuos LGB utilizan sus fortalezas y recursos para superar el estrés y las demandas ambientales relacionadas con la homofobia y el estigma. Los factores de riesgo incluyen la homofobia, el heterosexismo y las microagresiones. Los mecanismos protectores abarcan ingresos y educación parental altos, habilidades de afrontamiento, cohesión familiar y redes de apoyo social. Los indicadores de adaptación positiva se relacionan con la salud física, la salud mental y los sentimientos positivos hacia la familia.

El nivel social y comunitario se refiere a cómo las personas y las comunidades LGBT+ logran y mantienen colectivamente su salud y bienestar frente a la adversidad y el estigma. Los factores de riesgo incluyen, de manera diferencial, el heterosexismo y las múltiples identidades de minoría. Los mecanismos protectores engloban el activismo, la participación en grupos de apoyo, la autoestima colectiva y la conexión con otras comunidades LGBT+. Los indicadores de adaptación positiva abarcan la salud física, la salud mental, el bienestar de la población y la autoestima colectiva.

TABLA 1. DIMENSIONES DE ADAPTACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA, JUNTO CON FACTORES DE RIESGO, PROTECCIÓN Y PRINCIPALES INDICADORES DE AJUSTE PSICOSOCIAL (ADAPTADO DE DE LIRA Y DE MORAIS, 2018) (27)

Concepto	Factor de Riesgo (Categorías Principales)	Mecanismos Protectores (Categorías Principales)	Indicadores de Adaptación Positiva (Categorías Principales)
<i>Dimensión Individual</i> Proceso dinámico e interactivo que resulta en la adaptación positiva de individuos LGB a pesar de la adversidad significativa asociada con un estatus de minoría sexual	Homofobia externa; victimización (ej. abuso físico o sexual, negligencia); homofobia internalizada; ocultamiento de la orientación sexual; rechazo familiar; luto por pareja/cónyuge; racismo; barreras financieras para el cuidado de la salud	Autoestima y resiliencia; autoeficacia; sentido positivo de la identidad sexual; participación en comportamientos promotores de salud; dominio personal; fortaleza psicológica; neuroticismo, extraversión; prácticas conductuales saludables; fe religiosa; conexión con la comunidad LGBT; apoyo social (familiar, escolar, de pares); participación en equipos deportivos; tamaño de la red social	Menor probabilidad de: ideación e intentos suicidas; autolesiones; depresión; ansiedad y estrés postraumático; uso de sustancias; comportamientos sexuales compulsivos; y trastornos alimentarios.
<i>Dimensión familiar</i> Proceso a través del cual las familias constituidas por individuos lesbianas,	Homofobia; heterosexismo; microagresiones (acoso,	Ingresos y educación parental altos; fuertes habilidades de afrontamiento y optimismo; optimismo familiar;	Salud física y mental; bienestar psicológico; sentimientos positivos hacia la familia

gays y bisexuales aprovechan sus fortalezas y capacidades para superar el estrés y las demandas ambientales	preguntas sobre la legitimidad familiar)	sentido de cohesión familiar; calidad de las relaciones padre/hijo; red de apoyo social; conexión con la comunidad LGBT; interacción saludable con otras familias LGBT	
Dimensión comunitaria			
Proceso a través del cual las personas y comunidades LGB logran y mantienen colectivamente su salud y bienestar frente a la adversidad	Homofobia externa (acoso, rechazo, hostigamiento homofóbico); victimización; homofobia internalizada; rechazo familiar; heterosexismo; identidades de minorías múltiples	Activismo, trabajo voluntario; creatividad social; participación en grupos de apoyo LGB; autoestima colectiva; sentido de identidad cultural; estrategias de manejo de identidad y empoderamiento; conexión con otras comunidades LGBT; apoyo institucional (jurídico y social); estructuras de apoyo religioso	Salud física y mental; bienestar de la población; conexión comunitaria; autoestima colectiva

Además de los anteriores, se han identificado diversos factores de riesgo y de protección de naturaleza psicológica e interpersonales relacionados con el chemsex entre hombres que tienen sexo con otros hombres (13). Entre ellos cabe destacar las experiencias dolorosas y los eventos traumáticos, la soledad y las dificultades sexuales, como se describen a continuación.

- Experimentar emociones dolorosas o eventos traumáticos o estresantes. El chemsex podría constituir en ocasiones una estrategia para hacer frente a estados emocionales desagradables, como los derivados del trauma, el bajo estado de ánimo o la ansiedad. Los eventos traumáticos pueden incluir formas de victimización no necesariamente asociadas con la orientación sexual, como son haber sufrido abuso sexual, físico, psicológico o abandono durante la infancia. Asimismo, eventos estresantes cotidianos como la ruptura de pareja, el estrés laboral o los conflictos familiares también pueden incrementar la práctica del chemsex como una forma de lidiar con las emociones negativas derivadas de los mismos.
- El chemsex como forma de afrontar la soledad. La sensación de soledad y el deseo de un sentido de pertenencia, aceptación e inclusión en una comunidad pueden estar relacionados con la práctica del chemsex. Para algunas personas, participar en chemsex representa un contexto social que proporciona un sentido de comunidad y reconocimiento. En esta línea, el chemsex puede ser un medio para cubrir necesidades de intimidad o conexión con otras personas, ayudando a superar barreras emocionales o sociales, y promoviendo sentimientos de cercanía emocional.
- Dificultades en el funcionamiento sexual. El deseo de mejorar el rendimiento sexual, el placer y el funcionamiento en diferentes etapas de la respuesta sexual puede motivar también la práctica del chemsex. Los participantes pueden utilizar sustancias de manera instrumental, al percibir que estas sustancias aumentan el deseo sexual, las sensaciones físicas, la intensidad del orgasmo o el rendimiento sexual. Asimismo, el deseo de superar inhibiciones sexuales puede ser una motivación para practicar el chemsex. Así, el uso de sustancias con fines sexuales puede permitir dejar atrás inhibiciones y temores, relajando el autocontrol de los participantes, permitiéndoles explorar nuevas prácticas sexuales. Los participantes en chemsex pueden percibir que las sustancias les ayudan a reducir las preocupaciones relacionadas con el rendimiento sexual y la imagen corporal, así como aumentar la confianza sexual al sentirse más atractivos y menos preocupados por el miedo al rechazo.

Los factores de protección son aquellos que disminuyen la probabilidad de presentar potenciales consecuencias negativas, incluidas consecuencias para la salud mental, del chemsex. Un importante factor de protección es el acceso a redes de apoyo, programas de salud sexual y los programas de ocio no sexualizado. Estos recur-

Los usuarios de chemsex pueden ofrecer a los usuarios de chemsex información sobre prácticas sexuales seguras, acceso a pruebas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, lo cual, a su vez, puede reducir el malestar psicológico asociado por las prácticas de riesgo o las ITS. Además, estas redes de apoyo pueden servir como un espacio seguro para hablar sobre los problemas emocionales y psicológicos relacionados con el chemsex.

La educación y la promoción de la salud mental también constituyen factores protectores. Por ejemplo, la promoción de la gestión emocional, que incluye la identificación y el manejo de emociones dolorosas, el estrés y la soledad, puede contribuir a reducir la vulnerabilidad psicológica asociada al chemsex. Asimismo, trabajar una autoestima sólida puede ayudar a las personas a resistir la presión social o la necesidad de recurrir al chemsex para sentirse aceptadas o deseadas. En el siguiente apartado se profundiza en estos y otros factores de protección relacionados con la resiliencia.

7.4. RESILIENCIA

La resiliencia se refiere a la capacidad de un individuo para recuperarse y adaptarse frente a las situaciones de adversidad y trauma. Esta habilidad no solo implica recuperarse de las dificultades, sino también la posibilidad de un crecimiento personal significativo tras la adversidad. La resiliencia se relaciona con la salud mental, reduciendo los riesgos de desarrollar problemas de ajuste psicológico cuando se enfrentan situaciones complicadas (28). Se ha entendido la resiliencia como un constructo multidimensional que incluye aspectos como el apoyo social, la cohesión familiar, la orientación a valores y metas, la perseverancia y la regulación emocional, entre otros (27,29). En el contexto específico del chemsex, las variables de resiliencia pueden constituir factores que: 1) reduzcan las posibilidades que frente al estrés se desarrollen problemas de salud mental; y 2) disminuyan la probabilidad de que se desarrollen consecuencias negativas derivadas del chemsex, como las adicciones a sustancias o al sexo o efectos negativos para la salud física o mental. A continuación, se describen los principales aspectos propios de la resiliencia identificados en la investigación previa (29).

1. **Apoyo Social.** El apoyo social es fundamental para la salud mental. Las redes de apoyo actúan como amortiguadores contra el estrés y pueden proporcionar recursos emocionales y prácticos. Las personas con fuertes conexiones sociales tienden a tener mejor salud mental, ya que el apoyo social puede mitigar los efectos del estrés, la ansiedad y la depresión. Además, el sentido de pertenencia y aceptación que proporciona el apoyo social fortalece la autoestima y promueve una actitud positiva hacia la vida.
2. **Cohesión Familiar.** La familia, como núcleo primario de apoyo, desempeña un papel importante en el desarrollo de la salud mental. Un entorno familiar

seguro y de apoyo puede proteger contra trastornos mentales y promover la adaptación saludable a las situaciones de estrés. La cohesión familiar ofrece un espacio seguro para expresar emociones, compartir preocupaciones y buscar orientación, lo cual puede promover el bienestar psicológico y la calidad de vida.

3. Orientación a valores y metas. La claridad en los valores personales y las metas proporciona un sentido de dirección y propósito en la vida, lo cual puede favorecer el ajuste psicológico. Establecer y perseguir objetivos contribuye a un sentido de logro y autoeficacia. Además, los valores y metas actúan como guías durante los períodos de incertidumbre, ayudando a las personas a mantenerse enfocadas y motivadas.
4. Variables de personalidad positivas, como la perseverancia y el optimismo. La perseverancia o capacidad de continuar esforzándose a pesar de las dificultades, puede ayudar a superar obstáculos y a promover el crecimiento personal y la adaptación social. El optimismo, por su parte, se refiere a la tendencia de una persona a mantener una visión positiva del futuro, incluso en situaciones difíciles o adversas. Las personas optimistas son más propensas a buscar soluciones constructivas ante circunstancias adversas.
5. Regulación emocional. La capacidad de regular las emociones implica reconocer, comprender y manejar adecuadamente los estados emocionales negativos, lo cual puede favorecer responder efectivamente a situaciones estresantes. La regulación emocional permite a las personas evitar ser abrumadas por emociones negativas, facilitando una perspectiva más constructiva frente a los problemas o eventos estresantes. Esto puede prevenir trastornos como la ansiedad y la depresión, y promover un ajuste psicológico más saludable.

7.5. EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Puesto que el chemsex, cuando es problemático o compulsivo, puede estar relacionado con el ajuste psicológico de quienes lo practican, se debe llevar a cabo una evaluación psicológica precisa y multidimensional, abarcando diversos aspectos del bienestar psicológico y emocional. En este sentido, se hace necesario emplear diversas estrategias y herramientas para obtener una comprensión del funcionamiento psicológico y social de las personas que practican chemsex.

Estas estrategias incluyen la entrevista clínica, la cual permite la interacción continua con la persona evaluada; la observación directa del comportamiento y el examen del estado mental (incluyendo apariencia, conducta manifiesta, habla, pensamiento, estado de ánimo y afecto, aspectos cognitivos y juicio e introspección), que proporciona información importante sobre el comportamiento observable y las interacciones sociales; y el uso de cuestionarios estandarizados, que ofrecen un marco cuantitativo para evaluar diversos aspectos de la salud mental. En conjunto, estas

herramientas permiten a los profesionales de la salud obtener una comprensión detallada de los patrones de comportamiento, las características de personalidad y los síntomas psicológicos que podrían estar asociados con el chemsex.

A continuación, se presenta un esquema de entrevista semiestructurada que aborda aspectos clave para llevar a cabo la evaluación.

- Pérdida de control y caracterización del consumo. El primer punto implica evaluar la posible pérdida de control sobre el uso de drogas en contextos sexuales. Esta evaluación debe comenzar con una caracterización general del tipo de sustancias utilizadas, el contexto en el que se usan, la frecuencia de consumo y el tiempo dedicado a su uso. Asimismo, es conveniente explorar pensamientos recurrentes y/o irracionales relacionados con el uso de drogas en contextos sexuales, como: ¿Con qué frecuencia piensas en las sesiones?, ¿Cómo crees que te sentirías si de repente te vieras obligado a dejar de participar en chemsex?, etc.
- Consecuencias derivadas del chemsex. El segundo punto implica explorar las consecuencias del uso de drogas en contextos sexuales en diferentes áreas de la vida del individuo, incluyendo su salud física y mental, relaciones interpersonales y desempeño laboral. Es importante analizar posibles relaciones entre el consumo de estas sustancias y las consecuencias negativas. A menudo, se pueden formular hipótesis tentativas sobre cómo el uso de estas drogas afecta la vida del individuo, aunque no siempre sea posible establecer una relación causal inequívoca, como se ha señalado previamente. Esto puede ser útil para calibrar la intensidad de los problemas asociados de cara a orientar la intervención.
- Estrategias de afrontamiento y regulación emocional. Se recomienda explorar las estrategias de afrontamiento y regulación emocional que el individuo utiliza para hacer frente a conflictos, dificultades cotidianas o estados de ánimo negativos. Si estas estrategias se centran en el consumo de drogas en contextos sexuales, esto puede indicar un uso problemático que refuerza el comportamiento y que puede aumentar con el tiempo, llevando al consumo compulsivo. Además, es importante evaluar las estrategias de afrontamiento más generales que el individuo emplea (centradas en la emoción, centradas en la solución de los problemas, centradas en la búsqueda de apoyo social, etc.), para calibrar en qué medida estas estrategias son adecuadas o deficitarias.
- Contexto psicológico y social más amplio. La evaluación debe considerar el contexto psicológico y social más extenso del individuo, prestando especial atención a conflictos personales, preocupaciones, patrones de personalidad disfuncionales, problemas de comunicación, situaciones de abuso o maltrato vividas, problemas de conducta adicionales (p.ej., agresividad), el uso de otras sustancias de manera recreativa, habilidades sociales, entre otros. En muchos casos, el abuso de drogas en contextos sexuales puede ser un mecanismo de afrontamiento para el estrés

psicológico o problemas interpersonales que el individuo está experimentando. Cuando el abuso de estas drogas no es el problema «primario», se deben abordar las problemáticas adicionales de manera prioritaria.

Uno de los cuestionarios más empleados para la evaluación de sintomatología genérica es el SCL-90 (Symptom Checklist-90) (30). Este cuestionario es ampliamente utilizado para evaluar una gama de síntomas psicológicos y patrones de pensamiento. Consta de 90 ítems que abarcan dimensiones como la ansiedad, la depresión, la hostilidad, la sensibilidad interpersonal y los síntomas psicósomáticos. Es especialmente útil para identificar patrones de malestar emocional y trastornos del pensamiento que pueden estar asociados con el chemsex.

Otro cuestionario ampliamente usado es el MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (31). Proporciona una evaluación profunda de las características de personalidad y puede ayudar a identificar trastornos de personalidad, tendencias psicopatológicas y otros aspectos relevantes en individuos que participan en prácticas de chemsex. Este cuestionario incluye escalas que miden la hipocondría, la depresión, la paranoia, los síntomas psicóticos o la hipomanía.

Un instrumento adicional de carácter multidimensional ampliamente empleado es el *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI) (32), que fue diseñado para evaluar trastornos de personalidad, así como síndromes clínicos más amplios. Es particularmente útil para identificar trastornos de personalidad que pueden coexistir con el chemsex, como trastornos límites, narcisistas o antisociales. Además, ayuda a evaluar síndromes como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, que pueden estar relacionados con comportamientos de riesgo.

7.6. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS

Las estrategias de prevención e intervención psicológicas varían en función del grado de abuso y del riesgo derivado del chemsex. Por ejemplo, en ocasiones, la práctica del chemsex puede ser puntual y reducida a una o unas sustancias que entrañan un menor riesgo (p.ej., popper). En estos casos, la intervención debe ir enfocada a proporcionar información y a la reducción de riesgos. En otros casos, la práctica del chemsex puede progresar hacia situaciones de abuso, como mecanismo principal regulador del estado de ánimo o implicando una mayor frecuencia o variedad de sustancias, lo cual puede incrementar los riesgos. En estos casos, el asesoramiento psicológico más pormenorizado, junto con la reducción de riesgos y la prevención de problemas son alternativas adecuadas. Siguiendo esta escala de progresión, la práctica del chemsex puede evolucionar hacia un problema grave de dependencia o adicción, comórbido con otras problemáticas (depresión, ansiedad, etc.), clínicamente significativo, que requiera atención psicológica o psiquiátrica especializada. A continuación, se describen con más detalle cada uno de estos niveles.

7.6.1. *Prevención de consecuencias negativas y reducción de riesgos*

El primer nivel de abordaje en el chemsex es la prevención de consecuencias negativas derivadas del uso de drogas en contextos sexuales, para lo cual resulta necesario proporcionar información y educación sobre los riesgos y sobre prácticas seguras. La reducción de riesgos busca minimizar las consecuencias negativas, como la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y el uso problemático de sustancias. Para ello puede ser útil proporcionar información a los individuos sobre prácticas seguras y responsables si deciden participar en el chemsex (p.ej., llevar la medicación que se necesite en función del tiempo que pueda pasar en la sesión, tales como PrEP, PPE, etc.) La educación y la sensibilización sobre los riesgos psicológicos del chemsex son importantes para promover el conocimiento y la comprensión de sus posibles consecuencias, incluidas las derivadas para la salud mental.

Cuando se proporciona información para reducir riesgos, es fundamental evitar estigmatizar a las personas que participan en el chemsex. El estigma implica la tendencia a juzgar de manera negativa a las personas debido a que se implican en un determinado comportamiento o a su pertenencia a un grupo o categoría específica. Para no estigmatizar a las personas que se implican en chemsex, los profesionales de la salud deben ser especialmente sensibles para no transmitir la idea, explícita o implícita, de que aquellos involucrados en el chemsex son defectuosos, «viciosos» o irresponsables.

Transmitir este estigma, basado en una concepción social negativa, puede tener consecuencias contraproducentes, ya que puede aumentar los sentimientos de desadaptación, rechazo y soledad en quien hace un chemsex. Los profesionales de la salud mental deben ser conscientes de que todas las personas asumen ciertos riesgos que intentan gestionar de diversas maneras en sus vidas cotidianas. Lo mismo ocurre en el contexto del chemsex.

El papel de los profesionales de la salud no debe ser emitir juicios de culpabilidad o inocencia, sino más bien proporcionar información precisa y brindar asistencia psicológica y médica que permita tomar decisiones razonadas y reducir la incidencia de consecuencias negativas. Por tanto, el enfoque profesional debe centrarse en el apoyo, la comprensión y la promoción de la toma de decisiones informadas para el bienestar de las personas involucradas en el chemsex.

7.6.2. *Asesoramiento Psicológico*

El asesoramiento psicológico cobra importancia para aquellos usuarios que presentan dificultades psicológicas o sociales asociadas con el chemsex. Este nivel es importante para abordar problemas concretos, como el estrés laboral o los conflictos interpersonales, que pueden estar influyendo en el uso de drogas en contextos sexuales. Diferentes profesionales de la salud, tales como enfermeras/os, médicos,

trabajadores sociales y, especialmente, psicólogas/os pueden proporcionar orientación psicológica básica sobre cómo el chemsex puede estar relacionado con las circunstancias concretas de la vida cotidiana.

El asesoramiento psicológico implica una exploración para identificar factores estresantes y patrones de comportamiento. Una vez identificados los problemas concretos, el asesoramiento se orienta hacia estrategias específicas para cada caso. Por ejemplo, si el estrés laboral es un factor contribuyente, se pueden explorar técnicas de manejo del estrés y de resolución de problemas en el lugar de trabajo. En casos de conflictos interpersonales, el enfoque puede estar basado en mejorar las habilidades de comunicación y en estrategias para la resolución de problemas interpersonales.

Como se ha señalado, aunque el chemsex no necesariamente conduce a un peor ajuste psicológico en todos los casos, sí puede volverse problemático especialmente cuando se utiliza como la principal estrategia de regulación emocional para estados de ánimo negativos o se convierte en la principal forma de afrontamiento de los problemas. En definitiva, el asesoramiento psicológico en este nivel puede permitir una comprensión clara de cómo el estrés cotidiano y el uso de drogas en contextos sexuales están interconectados y cómo pueden ser gestionados.

7.6.3. Intervención psicológica o médica específica

En el tercer nivel de intervención nos centramos en aquellos usuarios que presentan un trastorno o trastornos psicológicos vinculados con el chemsex, tales como un trastorno de adicción a sustancias o un comportamiento sexual compulsivo. Esta etapa requiere una atención psicológica o psiquiátrica más especializada y un enfoque terapéutico más intensivo. En estos casos, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia farmacológica, en caso necesario, constituyen los tratamientos de elección para la mayoría de las problemáticas.

La TCC emplea técnicas como la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento que son esenciales para manejar los deseos y situaciones de riesgo. Además, se implementan intervenciones conductuales específicas, incluyendo la prevención de respuesta y la exposición controlada para reducir la compulsividad. Este nivel de intervención también puede incluir tratamientos integrados que abordan simultáneamente la adicción a sustancias o el sexo compulsivo, junto con otros trastornos clínicamente significativos como la depresión, la ansiedad o los trastornos de personalidad.

7.7. CONCLUSIONES

La salud mental y el chemsex se encuentran en constante interacción mutua. Como cualquier comportamiento inicialmente placentero, el chemsex puede evolucionar ha-

cia un uso compulsivo para manejar emociones negativas o como estrategia de afrontamiento. El uso de drogas en contextos sexuales también puede dar lugar a problemas de salud psicológica con entidad propia, como adicción o dependencia. Sin embargo, esto no ocurre en todos los casos y depende de otros factores de riesgo y protección. Dado que la prevención absoluta es irreal y algunas personas participarán en el chemsex, es esencial proporcionar información profesional, imparcial y de carácter sanitario para minimizar las posibles consecuencias negativas de esta práctica.

Como profesionales de la salud, es recomendable no estigmatizar a las personas que, debido a sus circunstancias o elección personal, se involucran en el chemsex. Como se ha señalado, promover el estigma, incluso de manera inconsciente, puede tener efectos perjudiciales en la salud mental de la persona. Unido al estigma, el profesional debe considerar el estrés que enfrentan las minorías sexuales debido a la discriminación, la homofobia social o internalizada, y el proceso de autoaceptación. Estos factores pueden influir en la salud mental de manera, a veces, inadvertida.

Finalmente, aunque a menudo se pasen por alto, el profesional debe evaluar explícitamente los recursos de adaptación positiva y resiliencia disponibles para la persona que tiene un consumo problemático de drogas en contextos sexuales. Estos recursos incluyen redes de apoyo social y familiar, aspectos comunitarios, metas personales y variables de autocuidado, entre otros. Todo esto permitirá desarrollar un conjunto de herramientas para una intervención efectiva cuando el chemsex se convierte en un problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valfort MA. Over the rainbow? The road to LGBTI inclusion [Internet]. 2020 [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/halshs-02922316.html>
2. Mendos L, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL. State-sponsored homophobia: Global legislation overview update. ILGA World; 2020.
3. Gutiérrez J, Sánchez F, Fernández T, Herrera D, Martínez F, San Abelardo MY, et al. Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España. Ministerio de interior. Gobierno de España. <https://tinyurl.com/bdcuh56v>; 2020.
4. GESIS - Leibniz Institute for the Social Sciences [Internet]. [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gesis.org/en/eurobarometer-data-service/survey-series/standard-special-eb/study-overview/eurobarometer-914-za7575-june-2019>
5. WVS Database [Internet]. [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>
6. Poushter J, Kent N. The global divide on homosexuality persists. Pew Research Center [Internet]. 2020 [citado 11 de enero de 2024];25. Disponible en: https://equalityleaders.com/wp-content/uploads/2021/01/Global-Views-Homosexuality_FINAL-min.pdf

7. Melendez-Torres GJ, Bourne A. Illicit drug use and its association with sexual risk behaviour among MSM: more questions than answers? *Current Opinion in Infectious Diseases*. febrero de 2016;29(1):58.
8. Nimbi FM, Rosati F, Esposito RM, Stuart D, Simonelli C, Tambelli R. Chemsex in Italy: Experiences of Men Who Have Sex With Men Consuming Illicit Drugs to Enhance and Prolong Their Sexual Activity. *J Sex Med*. octubre de 2020;17(10):1875- 84.
9. Platteau T, Pebody R, Dunbar N, Lebacqz T, Collins B. The problematic chemsex journey: a resource for prevention and harm reduction. *Drugs and Alcohol Today*. 2019;19(1):49-54.
10. Ross LE, Salway T, Tarasoff LA, MacKay JM, Hawkins BW, Fehr CP. Prevalence of Depression and Anxiety Among Bisexual People Compared to Gay, Lesbian, and Heterosexual Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sex Research*. 13 de junio de 2018;55(4-5):435-56.
11. di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta- analysis. *JAMA Pediatrics*. 1 de diciembre de 2018;172(12):1145-52.
12. Bohn A, Sander D, Köhler T, Hees N, Oswald F, Scherbaum N, et al. Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front Psychiatry [Internet]*. 4 de noviembre de 2020 [citado 25 de mayo de 2021];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7672155/>
13. Lafortune D, Blais M, Miller G, Dion L, Lalonde F, Dargis L. Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Systematic Review. *Arch Sex Behav*. febrero de 2021;50(2):427-60.
14. Íncera-Fernández D, Gámez-Guadix M, Moreno-Guillén S. 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*. enero de 2021;18(24):13299.
15. Borodovsky JT, Budney AJ. Cannabis regulatory science: risk-benefit considerations for mental disorders. *Int Rev Psychiatry*. junio de 2018;30(3):183-202.
16. Gavín P, Arbelo N, Monràs M, Nuño L, Bruguera P, de la Mora L, et al. [Methamphetamine use in chemsex and its consequences on mental health: a descriptive study.]. *Rev Esp Salud Publica*. 31 de agosto de 2021;95:e202108108.
17. Miltz AR, Rodger AJ, Sewell J, Gilson R, Allan S, Scott C, et al. Recreational drug use and use of drugs associated with chemsex among HIV-negative and HIV-positive heterosexual men and women attending sexual health and HIV clinics in England. *International Journal of Drug Policy*. 1 de mayo de 2021;91:103101.
18. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. 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. *Int J Drug Policy*. 2017;43:33-43.

19. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, Tellez-Molina MJ, et al. Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *PLoS ONE*. 2019;14(12):e0220272.
20. Li CW, Ku SWW, Huang P, Chen LY, Wei HT, Strong C, et al. Factors associated with methamphetamine dependency among men who have sex with men engaging in chemsex: Findings from the COMeT study in Taiwan. *International Journal of Drug Policy*. 16 de enero de 2021;103119.
21. Demant D, Oviedo-Trespalacios O. Harmless? A hierarchical analysis of poppers use correlates among young gay and bisexual men. *Drug and Alcohol Review*. 2019;38(5):465-72.
22. Hammoud MA, Bourne A, Maher L, Jin F, Haire B, Lea T, et al. Intensive sex partying with gamma-hydroxybutyrate: factors associated with using gamma-hydroxybutyrate for chemsex among Australian gay and bisexual men – results from the Flux Study. *Sex Health*. 22 de diciembre de 2017;15(2):123-34.
23. Vaccher SJ, Hammoud MA, Bourne A, Lea T, Haire BG, Holt M, et al. Prevalence, frequency, and motivations for alkyl nitrite use among gay, bisexual and other men who have sex with men in Australia. *International Journal of Drug Policy*. 1 de febrero de 2020;76:102659.
24. Gámez-Guadix M, Incera-Fernández D, Román FJ, Mateos-Pérez E, Borrajo E, Martínez K. Sexualized drug use among gay, bisexuals, and other men who have sex with men and its association with mental health symptoms Uso sexualizado de drogas entre homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y su asociación con síntomas de salud mental. 2023 [citado 6 de febrero de 2024]; Disponible en: https://www.aesed.com/upload/files/v48n3-7_mg_ing.pdf
25. Frost DM, Meyer IH. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*. 2023;101579.
26. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*. 1995;38-56.
27. de Lira AN, de Moraes NA. Resilience in Lesbian, Gay, and Bisexual (LGB) Populations: An Integrative Literature Review. *Sex Res Soc Policy*. 1 de septiembre de 2018;15(3):272-82.
28. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*. 1 de abril de 2015;76:18-27.
29. Wachs S, Gámez-Guadix M, Wright MF. Online Hate Speech Victimization and Depressive Symptoms Among Adolescents: The Protective Role of Resilience. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. julio de 2022;25(7):416-23.
30. Derogatis LR, Fitzpatrick M. The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18. 2004;

31. Butcher JN, Williams CL, Graham JR, Archer RP, Tellegen A, Ben-Porath YS, et al. MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent): Manual for administration, scoring, and interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1992.
32. Sellbom M, Flens J, Gould J, Ramnath R, Tringone R, Grossman S. The Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV) and Millon Adolescent Clinical Inventory-II (MACI-II) in Legal Settings. *Journal of Personality Assessment*. 3 de marzo de 2022;104(2):203-20.

CAPÍTULO 8

REDUCCIÓN DE RIESGOS Y MINIMIZACIÓN DE DAÑOS EN CHEMSEX

HELEN DOLENGEVICH SEGAL, BEATRIZ RODRÍGUEZ SALGADO, JAVIER CURTO RAMOS

8.1. USO RESPONSABLE DE DROGAS

A diferencia de lo que ocurre en otros países donde se utiliza el inglés habitualmente y existe un consenso en la utilización del término *harm reduction* (reducción de daños), en países hispanoparlantes es habitual el empleo de diferentes términos entre los que destacan reducción de daños y reducción de riesgos. Los conceptos de reducción de riesgos y daños son utilizados en ocasiones de manera equivalente, aunque no se trata de dos conceptos idénticos. La reducción del riesgo está especialmente vinculada a las estrategias de prevención mientras que la reducción del daño está más relacionada con el ámbito asistencial (1).

Las estrategias de reducción de riesgos y daños se han conceptualizado como intervenciones dirigidas a grupos o individuos con el propósito de disminuir las consecuencias negativas asociadas al consumo de sustancias. Estas estrategias buscan minimizar los impactos adversos a través de enfoques planificados y coordinados, fomentando un uso de drogas que genere el menor perjuicio posible tanto a nivel individual como grupal, contribuyendo así a preservar la salud de la sociedad en su conjunto (2).

Aunque emplean diversos enfoques, el componente central de todos estos métodos radica en su apoyo a la educación sanitaria, que tiene como objetivo impulsar el conocimiento y modificar actitudes y comportamientos relacionados con la salud, interviniendo en determinantes de la salud en distintos niveles: desde el ámbito individual hasta el comunitario y sociopolítico (2). El modelo de reducción de riesgos

y daños se ha ido construyendo sobre algunos aspectos básicos: como alternativa a los modelos centrados únicamente en la abstinencia, para combatir las enfermedades asociadas al uso de sustancias, así como reducir la mortalidad y la prevención del estigma (3).

En España, las primeras intervenciones con enfoque en reducción de riesgos y daños datan de los años 80, incorporándose más tarde que otros países europeos en la utilización de este paradigma, pero habiendo logrado un notable avance en los últimos años gracias a la diversidad y cobertura en los diferentes programas como programas de dispensación de metadona, intercambio de jeringuillas, salas de consumo supervisado o servicios de análisis de sustancias (4).

Al hablar de chemsex es importante ser capaces de identificar tanto las consecuencias asociadas a su práctica, así como el significado que tienen para el individuo y la comunidad y los determinantes sociales de salud, así como el estigma y discriminación, la criminalización y las múltiples vulnerabilidades que tienen que enfrentar los usuarios con prácticas de chemsex (5).

Entre las principales complicaciones asociadas a la práctica de chemsex destacan problemas de adicciones y salud mental (ansiedad, depresión, psicosis, conducta suicida, trastorno por estrés postraumático, conducta sexual compulsiva, uso compulsivo de aplicaciones, trastornos por uso de sustancias), y salud sexual (dificultades para mantener relaciones sexuales satisfactorias sin uso de sustancias, aumento de riesgo para infecciones de transmisión sexual [ITS], virus de la inmunodeficiencia adquirida [VIH], virus de la hepatitis C [VHC]), situaciones de violencia sexual. También se han descrito sobredosis y síndromes abstinenciales graves, menor adherencia al tratamiento antirretroviral, infecciones de partes blandas, bacteriemias, endocarditis y lesiones traumáticas, así como afectación de la calidad de vida con alteración del rendimiento laboral y de la vida social y del ocio al margen del uso de drogas y la sexualidad (6, 7).

En los últimos años se han ido desarrollando, fundamentalmente a partir de las experiencias de organizaciones de base comunitaria, propuestas de prevención e intervención en reducción de riesgos y daños en relación con el chemsex. En investigaciones cualitativas llevadas a cabo en Bélgica, se destaca la necesidad de los usuarios para aprender reducción de daños. Entre estas, se identifican como especialmente relevantes las dificultades para acceder a información contrastada, los problemas relacionados con la accesibilidad a servicios con competencias culturales LGBTIQ+, la derivación de un recurso a otro sin un circuito asistencial predefinido, las experiencias de discriminación, y la inquietud por la confidencialidad (6). Estas necesidades están vinculadas a muchas de las barreras que existen en el abordaje del chemsex que pueden estar relacionadas tanto con los profesionales (por actitudes y prejuicios, escasa formación específica en salud sexual y competencias LGBTIQ+), las políticas públicas y la coordinación entre recursos y también con el propio usuario (normalización del consumo) (7).

Algunos autores han señalado la necesidad de comprender las características únicas del fenómeno del chemsex y plantean evitar «reciclar» las estrategias utilizadas

y que se han demostrado eficaces (8, 9) mientras que desde otras perspectivas se plantea más bien la necesidad de adaptar e integrar las intervenciones que ya se realizan en diferentes recursos (5, 10).

Destacan en España los documentos publicados por el grupo de trabajo de expertos en chemsex del Ministerio de Sanidad, que plantean estrategias de intervención en función de sustancias utilizadas, vías de consumo, lugar de consumo, uso de nuevas tecnologías y prácticas sexuales. Además, describen las principales estrategias biomédicas de reducción de riesgos relacionados con las prácticas sexuales entre las que destacan la vacunación frente algunas ITS, como la Hepatitis A y B y el virus del papiloma humano (VPH), el diagnóstico y tratamiento precoz del VIH, la profilaxis pre-exposición (PrEP), y la profilaxis postexposición (PPE).

Asimismo, cabe mencionar las iniciativas llevadas a cabo en el ámbito comunitario por organizaciones como Apoyo Positivo, Imagina Más, Stopsida y Energy Control. Muchos de estos trabajos han conseguido ir más allá de los enfoques clásicos en reducción de daños que se centraban únicamente en las sustancias o los contextos y han sido capaces de individualizar las intervenciones e incorporar los significados relacionados con la sexualidad desde una perspectiva no patologizante, la importancia del estigma, el estrés de minorías y la soledad (11). Otras de las principales fortalezas de estos modelos es que han tenido en cuenta la perspectiva de los derechos humanos y el derecho «al acceso a información clave», necesaria para «tomar decisiones más responsables y mejorar la gestión de los placeres y los riesgos asociados al uso de sustancias, a la sexualidad y a su combinación» (11), así como las circunstancias individuales y comunitarias que pueden limitar o promover el acceso a dicha información. Entre las limitaciones de muchas de estas intervenciones y en la difusión de estas estrategias es que no han sido evaluadas en términos de eficacia y coste-eficacia, así como la escasez de medios destinados a los planes de reducción de daños frente a otras acciones basadas en modelos abstinenciales (12).

En los últimos años, se han elaborado diferentes recomendaciones generales para las estrategias de reducción de riesgos en chemsex que han de incluir los siguientes aspectos: inclusión de la comunidad en las diferentes etapas de la intervención (diseño, implementación, evaluación), integración de los servicios o cooperación y facilitación de las derivaciones cuando la integración no es posibles), inclusión de herramientas digitales en la aplicación, centralización de la dispensación de materiales (jeringas, pipas, condones, lubricantes, test de ITS, VIH, VHC, PrEP y PPE), competencias culturales adecuadas al contexto local, realizar intervenciones en los lugares de consumo y la formación de los profesionales (5). Algunas de las herramientas que facilitan la accesibilidad son las unidades móviles, los servicios de telemedicina, los recursos incluidos dentro de los servicios comunitarios (13). Por otro lado, algunas de las herramientas clave en la formación en competencias culturales se apoyan en la colaboración entre recursos públicos y comunitarios, la formación y los programas liderados por pares (que pueden incluir grupos de apoyo, *counselling* y acompañamiento *online*) (13).

Algunos de los esquemas de intervención desde el modelo de reducción de riesgos y daños plantean que los significados y los riesgos y daños a los que se exponen los usuarios son diferentes en cada momento y se han organizado en intervenciones antes, durante y después de las sesiones (12, 14).

8.2. RECOMENDACIONES ANTES DE ACUDIR A UNA SESIÓN

8.2.1. Información

Es muy importante que los usuarios puedan disponer de información sobre diferentes aspectos relacionados con los efectos y los riesgos de cada sustancia y sobre su propia sexualidad, incluyendo deseos, preferencias y límites, lo cual puede facilitar la gestión de un consumo responsable, evitando las consecuencias negativas (15). Este trabajo se puede hacer en formato individual, a través de talleres grupales sobre reducción de daños o remitiendo a los usuarios a los contenidos *online* ofrecidos por organizaciones como *Chem-Safe* de Energy Control. En caso de estar tomando alguna medicación, se ha de recomendar a los usuarios que puedan consultar con un profesional con el que se sientan cómodos las potenciales interacciones entre las diferentes medicaciones y las sustancias utilizadas (14) o a través de herramientas como la ofrecida por la Universidad de Liverpool en la página web: <https://www.hiv-druginteractions.org/>. A continuación, se ofrece una tabla que sintetiza algunas de las principales interacciones entre drogas y entre drogas y fármacos.

TABLA 1. RIESGOS DE INTERACCIONES ENTRE DROGAS Y FÁRMACOS ESPECÍFICOS

Droga/ Fármaco	Droga/ Fármaco	Interacciones	Riesgos
Sildenafil, tadalafilo, vardenafilo, avanafilo	Poppers	Potente efecto vasodilatador	Hipotensión grave
GHB	Alcohol, benzodiacepinas	Incremento intoxicación GHB, acumulación de GHB	Alteración de sistema nervioso central, depresión respiratoria, coma, muerte
Metanfetamina	Mefedrona	Hiperactivación del sistema simpático	Hipertensión, taquicardia, hipertermia, deshidratación, eventos cardiovasculares, psicosis, agitación

Antirretrovirales con potenciadores: Ritonavir/Cobicistat	Ketamina, sildenafilo	Inhibición de CYP3A4	Incremento de niveles de ketamina, sildenafilo en el organismo
Antirretrovirales con potenciadores: Ritonavir/Cobicistat	GHB*, mefedrona, metanfetamina, MDMA *GHB podría ser metabolizado por CYP3A4 y CYP2D6, pero no hay datos de estudios en humanos.	Inhibición de CYP2D6	Incremento de niveles de GHB, mefedrona, metanfetamina, MDMA en el organismo

Por otro lado, se aconseja el análisis de las sustancias que se van a utilizar en la sesión utilizando los servicios descritos en el apartado Análisis de sustancias.

8.2.2. *Actividad física, sueño y alimentación. Diversificación de placeres*

Mantener una adecuada alimentación, patrón de sueño y de actividad física regular puede ayudar a disminuir algunos de los efectos nocivos relacionados con el chemsex tal como la falta de sueño o la deshidratación (14). También es importante diversificar las fuentes de placer, haciendo hincapié en la importancia de equilibrar las responsabilidades con el tiempo de ocio. Este último debería dirigirse hacia actividades diversas y variadas, incluyendo algunas que no estén necesariamente vinculadas a la sexualidad o al consumo de sustancias (14).

8.2.3. *Planificación y establecimiento de límites*

De cara a promover la capacidad de autocontrol, suele ayudar la planificación con antelación del tiempo que se va a dedicar a la sesión, el tipo de relaciones sexuales que se van a mantener, las sustancias que se desea consumir y los límites que no se desean sobrepasar al respecto de las sustancias y las prácticas sexuales (14, 15). Es de ayuda, para poder limitar el tiempo, poner alarmas de antemano que puedan recordar al usuario que se ha cumplido el tiempo previsto para la sesión (por ejemplo, 2 horas, 4 horas, etc.)

8.2.4. *Salud sexual*

Es fundamental llevar a cabo de manera regular el cribado y detección temprana de ITS y su tratamiento, así como considerar la vacunación contra la hepatitis A, B y el VPH. Además, se debe evaluar la idoneidad del uso de la PrEP. Se recomienda que se

pueda llevar la medicación en un pastillero o el uso de aplicaciones móviles, con recordatorios o alarmas, y así comprobar rápidamente si ha habido algún olvido en la toma.

8.2.5. *Preparación para la sesión*

Antes de la sesión es esencial maximizar la higiene (como por ejemplo cortarse adecuadamente las uñas), retirar *piercings*, anillos, pulseras, preparar material como lubricantes, preservativos, parafernalia como pipas, jeringas, agujas esterilizadas (14), así como la medicación habitual. Es importante verificar que el lugar donde va a realizarse la sesión es un lugar seguro y en la medida de lo posible acudir acompañado de personas en las que confíen los usuarios. También se puede valorar la posibilidad de avisar de antemano a algún conocido de dónde va a tener lugar la sesión.

8.3. RECOMENDACIONES DURANTE LA SESIÓN

8.3.1. *Monitorización del consumo y pausas o descanso*

Durante la sesión se pueden utilizar cuadernos o aplicaciones del teléfono móvil donde ir registrando las cantidades consumidas, la adecuada ingesta de agua y alimentos y las pausas de descanso entre consumo y consumo, así como chequear la adecuada limpieza de los juguetes sexuales, la parafernalia del consumo y la toma de PrEP (12). Para evitar mayores consumos de los planificados y/o posibles complicaciones legales, es recomendable no llevar más cantidad de las sustancias que se van a consumir en la sesión.

8.3.2. *Uso de lubricantes, preservativos, juguetes sexuales, parafernalia del consumo*

Los preservativos y guantes pueden proteger de diferentes ITS. El uso de lubricantes facilita la disminución de riesgo de lesiones traumáticas. Se recomienda ir equipado con las propias dosis de lubricantes y en la medida de lo posible utilizar kits de uso único e individual. También es fundamental llevar a cabo la limpieza y desinfección de los juguetes sexuales después de cada uso (14). Hay que dejar la parafernalia del consumo en un lugar diferenciado del resto de usuarios, para evitar que ésta pueda ser compartida.

8.3.3. *Consentimiento*

El consentimiento sexual garantiza que las personas que participan de las relaciones sexuales lo hagan de manera libre y consensuada y que ha de ser renovado para

cada encuentro sexual. Recientemente, se ha propuesto el término de «consentimiento entusiasta», que nos invita a pensar el consentimiento no sólo como la aceptación de las prácticas sexuales, sino que incluye el deseo, la voluntad activa de involucrarse en dichas prácticas sexuales (11).

Algunas de las claves identificadas por Amnistía Internacional (2021) sobre el consentimiento sexual y que incluyen la noción de Consentimiento entusiasta son las siguientes (16):

- «Libre: el consentimiento sexual debe ser una elección voluntaria y libre para todas las partes implicadas. Guardar silencio o no decir «no» no equivale a consentir. Una persona inconsciente e incapacitada debido al alcohol o las drogas no puede dar su consentimiento. El sexo bajo coacción o intimidación no es consentido. Podría haber otras situaciones en las que una persona no pueda dar verdaderamente su consentimiento; por ejemplo, si no tiene capacidad mental para ello o es menor de edad.
- Informado: Mentir u ocultar deliberadamente ciertas intenciones, como mantener relaciones sexuales sin protección, no es sexo consentido. Forzar a una persona que está demasiado ebria para negarse a mantener relaciones sexuales o para aceptar ciertas prácticas no es obtener su consentimiento.
- Concreto: Consentir algo (por ejemplo, besarse) no significa consentir todo lo demás. Una buena regla general sería: en caso de duda, detente y pregunta. Si sigues dudando, detente.
- Reversible: Consentir una vez no significa haber consentido para siempre. Incluso durante un acto sexual, toda persona es libre de interrumpirlo o detenerse en cualquier momento y revocar su consentimiento.
- Entusiasta: La cuestión no es si una persona dice «no», sino si dice «sí» o expresa activamente su consentimiento de forma verbal y no verbal».

Dadas las dificultades que pueden generarse al consumir diferentes sustancias psicoactivas es importante identificar los límites propios y los de las personas implicadas, la verificación del consentimiento entusiasta, acordar los métodos y estrategias preventivos utilizados, límites en cuanto a la higiene y el uso de palabras de seguridad, que implica que al ser pronunciada se ha de parar y cuidar de dicha persona (11, 14).

8.3.4. *Sustancias utilizadas*

Para saber con certeza lo que se está consumiendo, es de utilidad haber analizado las sustancias con anterioridad, no mezclar sustancias cuyos efectos se desconocen y en caso de ser la primera vez, iniciar el consumo con dosis bajas. En caso de utilizar medicaciones para la disfunción eréctil, utilizar comprimidos comprados en farmacias y no sobrepasar las dosis máximas recomendadas.

En términos generales, se recomienda limitar el policonsumo. Es relativamente frecuente tratar de compensar los efectos antagónicos de las sustancias (estimulantes para contrarrestar el efecto sedante o al contrario), así como buscar la potenciación sinérgica. De especial riesgo es la mezcla de depresores del sistema nervioso (GHB, GBL, alcohol, benzodicepinas y vasodilatadores (*poppers*, sildenafil)). Para más información sobre riesgos asociados al consumo, consúltese la tabla 1.

8.4. RECOMENDACIONES DESPUÉS DE LA SESIÓN

Después de una sesión en la que se han utilizado sustancias como mefedrona o metanfetamina u otras sustancias de perfil estimulante, es común experimentar fatiga, desánimo, irritabilidad, náuseas, dolores de cabeza e ideación suicida. Aunque la intensidad de estos síntomas depende de diversos factores, es posible que alcancen su punto máximo entre 2 y 3 días después de la sesión, y algunos de ellos pueden persistir durante varias semanas (17). Se aconseja abstenerse de utilizar más sustancias para aliviar los síntomas y, en su lugar, priorizar la hidratación, la alimentación adecuada y un buen descanso. Se recomienda también la aplicación de técnicas de relajación, como la relajación de Jacobson o la relajación de Schultz. Es beneficioso evitar el uso excesivo de tecnologías y fomentar estrategias de distracción que puedan realizarse de forma individual, como tomar un baño o ver una película, o en compañía de otras personas (17). Si se experimenta ideación suicida, se recomienda comunicarse con un amigo y buscar la ayuda de un profesional de salud mental de inmediato.

Cuando usuarios crónicos de gammahidroxibutirato (GHB) optan por reducir su consumo, se aconseja buscar la orientación de un profesional para gestionar el síndrome de abstinencia debido a las posibles complicaciones asociadas con una interrupción abrupta (18).

8.4.1. *Uso de PPE y cribado de ITS*

La evaluación precoz de la administración de PPE es necesaria si se han llevado a cabo prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH. Asimismo, se ha de valorar y tratar precozmente las posibles ITS presentadas en función de la valoración clínica por un profesional sanitario. Cuando se utilizan pruebas de autodiagnóstico, se recomienda proporcionar a los usuarios información sobre los periodos ventana específicos de cada prueba.

8.5. INYECCIÓN DE DROGAS

La reducción de riesgos y la minimización de daños ha de contemplar cuatro aspectos: la vía, la sustancia, la persona y el contexto.

La vía intravenosa es la que más peligros conlleva, pues supone una ruptura de la solución de continuidad de la piel y la sustancia llega directamente al torrente sanguíneo, lo que produce un efecto más rápido, más intenso, más breve y, así, más adictivo. Asimismo, es importante señalar que se trata de una vía de consumo que conlleva notables riesgos de contagio de enfermedades infecciosas, tanto a nivel local como sistémico.

La técnica más o menos cuidadosa e higiénica con la que se lleve a cabo la introducción y la extracción del material, la limpieza de los utensilios (que pueden haber sido sometidos a otras perforaciones), la integridad de la piel y las mucosas que se atraviesan; las impurezas o la consistencia de las sustancias, además de las características farmacocinéticas y dinámicas propias; las enfermedades o predisposiciones de la persona, ya intoxicada o no -y con qué otras sustancias- y el entorno, más o menos amable, acogedor, indolente, ignorante o incluso violento; todas estas disquisiciones, y probablemente algunas más, son necesarias para entender los riesgos asociados al consumo intravenoso de drogas en ambientes donde se practica chemsex (12).

Las venas más fáciles de encontrar están en brazos y antebrazos. La inyección siempre debe ser en dirección al corazón, respetando el sentido de la circulación sanguínea, introduciendo la aguja en un ángulo aproximado de 45°. Para quienes tienen dificultades para encontrar las venas, se pueden colocar los brazos hacia abajo en una posición por debajo del corazón y usar un torniquete de goma, anudándolo de manera que fácilmente pueda soltarse. Abrir y cerrar los puños y golpear suavemente la zona pueden ser medidas de utilidad. Se recomienda mantener una adecuada hidratación, ingiriendo abundante agua, zumos o bebidas saludables, para mantener bien repletas y visibles las venas. Asimismo, es adecuado ir cambiando el lugar de inyección para permitir la recuperación de los vasos sanguíneos y la piel (19).

Las venas de las piernas son una opción, solo si no se dispone de accesos venosos en los brazos; requieren de unas medidas de higiene más cuidadosas, ya que, al ser zonas menos limpias, y en las que la circulación puede verse comprometida, hay más riesgo de infecciones. Es preferible utilizar las zonas distales, pues conllevan menos riesgos de infección.

Debe evitarse la inyección en zonas de alto riesgo como el cuello y la ingle, entre otras, dado que podrían dañarse vasos centrales y otras estructuras, como nervios o ganglios. Además, la posibilidad de una infección local en estas áreas tiene mucho riesgo de complicarse en formas abscesificadas y/o la aparición de una endocarditis o una septicemia, con compromiso vital.

El material para utilizar debe de ser estéril y de uso personal. Para cada consumo es recomendable disponer siempre de: 1) dos jeringuillas y agujas (por si una se ensucia o estropea); 2) toallitas de alcohol (o alcohol y papel en su defecto); 3) un recipiente limpio o estéril para la disolución; y 4) un filtro (véase tabla 2). Hay que lavarse las manos, desinfectar la zona antes de la inyección, utilizar una jeringa del tamaño adecuado y desecharla inmediatamente después (11).

Respecto a los tipos de agujas, en el contexto del uso de drogas se utilizan las que están diseñadas para la administración subcutánea o intradérmica de fármacos (agujas de insulina), ya que son más finas y cortas, lesionan menos la piel y las venas, y dejan menos marcas; por otro lado, pueden obturarse con mayor facilidad (7). Los kits de inyección segura de algunos programas de intercambio de jeringuillas suelen ofrecer dos opciones: la americana o de insulina (con un calibre de 0.4 mm y la aguja incorporada) y la española (con un calibre de 0.5 mm y aguja extraíble). Además, normalmente se combinan con jeringuillas de un centímetro cúbico de capacidad, ya que las disoluciones suelen ser de poco volumen, lo que no dificulta la administración endovenosa de la sustancia. Es posible que en algunos contextos o con algunos tipos de sustancias, sea necesario hacer diluciones superiores, y que se requieran jeringuillas de 2 ml, 5 ml o hasta 10 ml (5, 7, 19).

Entre las sustancias que más se utilizan por vía endovenosa destacan las catinonas sintéticas, la metanfetamina y el sulfato de anfetamina; más raras por esta vía son ketamina o GHB. Cada una de ellas tiene una capacidad diferente de adicción, riesgos y peculiaridades, que se tratan en el capítulo referente a las drogas de uso en las sesiones.

TABLA 2. RESUMEN DE UTENSILIOS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN EL USO INTRAVENOSO DE DROGAS MODIFICADO DE MINISTERIO DE SANIDAD, 2020 (7)

Lavado de manos					
Agujas y jeringuillas	Agua estéril	Recipiente	Filtros	Toallitas de alcohol	Torniquete
a) Material estéril y de uso individual. b) Limpieza con lejía (no elimina el VHC al 100%) b) Limpieza con lejía (no elimina el VHC al 100%)	a) De farmacia. b) Destilada. c) Hervida. b) Cuchara. c) Base de lata. b) Cuchara. c) Base de lata.	a) Cazoleta con mango. intercambio. b) Cigarrillos nuevos. Evitan que las partículas de la droga no disuelta pasen a la jeringuilla.	a) Filtros en programas de la punción. intercambio. b) Cigarrillos nuevos. Evitan que las partículas de la droga no disuelta pasen a la jeringuilla.	Limpieza de la piel antes y después de empujar el émbolo de la jeringuilla. la punción.	Recuérdese retirarlo antes de comenzar a empujar el émbolo de la jeringuilla.

8.6. ASPIRAR, FUMAR O INHALAR DROGAS

8.6.1. Aspirar drogas: vía intranasal

A través de la vía intranasal las sustancias llegan al sistema nervioso central sin pasar por la barrera hepática. Es una vía de acción rápida, por lo que el usuario siente

los efectos de forma casi inmediata. Por el mismo motivo, induce un consumo más compulsivo y cuenta con riesgo de dependencia.

La aspiración intranasal de sustancias puede generar problemas a nivel local, tanto por la propia droga como por sus contaminantes. La congestión nasal, el dolor, la rinitis o el sangrado episódico, sobre todo después de sonarse, son habituales. Pueden darse también infecciones menos transitorias, como sinusitis, abscesos, perforaciones, entre otras complicaciones; la intensidad de las mismas y su evolución dependerán en gran medida del tipo de sustancia, de los adulterantes, de la frecuencia de uso o de la cantidad aspirada. Ante la persistencia en el tiempo de los síntomas, la aparición de fiebre o la rinorrea purulenta, conviene consultar a un médico para que pueda evaluar la necesidad de tratamiento antibiótico.

Es posible confundir sustancias en polvo de diferente acción (estimulantes con sedantes, por ejemplo), diferencia que el usuario percibirá de forma inequívoca al consumirla (7, 11).

El efecto vasoconstrictor de los estimulantes (catinonas sintéticas, cocaína, anfetaminas) empeora la irrigación de la zona y favorece la aparición de lesiones.

TABLA 3. MEDIDAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS ESPECÍFICAS EN EL CONSUMO INTRANASAL, MODIFICADO DE MINISTERIO DE SANIDAD, 2020 (7).

- Pulverizar la sustancia antes de su administración.
- Alternar las fosas nasales.
- Utilizar una superficie limpia, a ser posible desinfectada previamente con alcohol, por ejemplo.
- Irrigar las fosas nasales con suero fisiológico o similar.
- Utilizar un instrumento para aspirar (turulo) de uso personal, limpio y desechable, flexible (para evitar dañar las fosas nasales). Una pajita cortada o un papel limpio (los billetes nunca lo son) pueden servir.

Se ha debatido si compartir cilindros para aspirar, en los que podría sobrevivir el VHC, pudiera ser una vía de transmisión de este virus; sin embargo, la evidencia no es clara al respecto (7).

8.6.2. *Fumar o inhalar drogas: vía pulmonar*

La inhalación de los vapores de las sustancias quemadas es una vía de efecto rápido, con un gran riesgo de dependencia, pues la superficie de absorción pulmonar es extensa. Entre las más utilizadas, destacan metanfetamina, cocaína base y cannabis. Suelen llevarse a cabo aplicando calor en un dispositivo (pipa convencional, pipa con filtro de agua o *bong*, papel de aluminio), para inhalar por la boca el vapor de la combustión. Para fumar, se administra directamente el calor a la sustancia - frecuentemente mezclada con tabaco-.

La metanfetamina no se puede fumar directamente, por lo que se inhala calentándola a menor temperatura, en una pipa de cristal o a través de papel de aluminio (como la cocaína base o la heroína). Actualmente, existen en el mercado vaporizadores que permiten fumar sustancias cristalizadas (7).

Es más seguro encender fuego con un mechero de mano que con sopletes o con mecheros de gran calibre. Hay que tener en cuenta que el contacto con pipas o material recién usado puede provocar quemaduras. Se recomienda evitar que la piedra de cocaína o de metanfetamina quede demasiado cerca de la cara, por lo que conviene utilizar tubos lo suficientemente largos como para que el humo se enfríe ligeramente antes de llegar a la boca. Del mismo modo, las pipas con filtro de agua hidratan y enfrían el vapor antes de ser inhalado.

Se aconseja que no se compartan los instrumentos para fumar o inhalar. En caso de que fuera necesario, conviene lavar el tubo con cada dosificación. Compartir la pipa, por ejemplo, desorienta sobre la dosis consumida (7).

8.7. SERVICIOS DE ANÁLISIS DE DROGAS

Uno de los grandes riesgos asociados al consumo de drogas en general, y durante las sesiones de chemsex en particular, está relacionado con la adulteración de las sustancias ilegales que se compran de manera clandestina. Conocer la composición y la pureza de lo que los usuarios se disponen a consumir puede ser clave para evitar tanto intoxicaciones no deseadas como otros problemas de salud.

No son muchos los centros en los que se realiza análisis de sustancias para ofrecer información fidedigna antes del consumo; la Asociación Bienestar y Desarrollo, a través de su programa *Energy Control*, de intervención para la reducción de riesgos en el consumo recreacional de drogas, es la cabeza más visible en nuestro país. Ofrecen análisis de muestras en diferentes delegaciones, dentro de programas de atención y prevención bien estructurados, en Cataluña, Comunidad de Madrid, Islas Baleares y Andalucía. Cuenta con un programa específico de análisis de sustancias habituales en el contexto de chemsex, disponible a través de su página web www.chem-safe.org. Además, ofrece asesoramiento y terapia especializada, en casos de práctica problemática (11).

El análisis de drogas, que no pretende garantizar la calidad de un producto ni recomendar su consumo –aunque sí desaconsejarlo en ocasiones–, permite establecer un contacto directo con los usuarios, lo que puede resultar esencial en la prevención, y facilita el consejo individualizado. El resultado de los análisis dota al consumidor de información relevante para su salud, además de que ofrece datos sobre las tendencias de consumo o las adulteraciones de las partidas -que pueden generar alertas entre las comunidades susceptibles- (11).

8.8. PRIMEROS AUXILIOS

Antes de nada, es importante tener en cuenta cuándo se debe actuar. Es necesario respetar las acciones de cada uno, aunque no estemos de acuerdo con las mismas o aunque pensemos que van en contra de su salud; sin embargo, y a pesar de la dificultad de trazar una línea clara que nos diga cuándo intervenir y cuándo no, hay algunas circunstancias que nos pueden servir de guía antes de actuar.

Durante las sesiones de chemsex pueden darse diferentes situaciones que requieran una actuación urgente. Siguiendo a Stuart (20), algunas de ellas son:

- Pérdida de conciencia.
- Síndrome de abstinencia de GHB/GBL.
- Síntomas psicóticos, confusión, angustia inducida por sustancias.
- Agresiones sexuales.
- Reacciones alérgicas.
- Priapismo.
- Posible infección de VIH.
- Síntomas respiratorios, cardíacos, hemorragias.
- Accidentes: golpes, cortes, caídas, quemaduras.

8.8.1. *Pérdida de conciencia*

En el caso de una pérdida de conciencia, es importante valorar si la persona responde a estímulos (progresivamente más intensos: verbales, táctiles, dolorosos) y si despierta. Puede suceder con una intoxicación excesiva por GHB/GBL que la persona tienda a la somnolencia, con respiración irregular o ronquidos, y es vital mantenerla despierta. No se recomienda inducir el vómito, tratar de contrarrestar el efecto de una droga con otra, intentar dar comida o bebida o, como hemos señalado, dejarlo dormir (5). Es asimismo necesario proteger a esa persona de las posibles agresiones sexuales de las que pueda ser víctima; es cuestionable que una persona, aun despierta pero somnolienta, pueda dar su consentimiento para cualquier acto sexual y es preferible protegerlo.

Si no es posible el estado de vigilia, es imperativo alertar a los servicios de emergencia, pues se trata de una situación de riesgo vital. En algunos lugares, al alertar a la ambulancia, puede llegar la policía. Es esencial aportar toda la información posible del consumo de la persona afectada, así como su identificación y sus objetos personales. Mantener el lugar recogido puede ser una buena decisión. Antes de la llegada de los sanitarios, si la persona no está despierta, hay que valorar el estado de su respiración y de sus latidos, para proceder a la reanimación cardiopulmonar en caso de que fuera necesario (10, 12).

TABLA 4. PRIMEROS AUXILIOS, MODIFICADO DE STUART, 2017 (20).

	Pon a la persona boca arriba. Inclina su cabeza hacia atrás para liberar las vías respiratorias y comprueba si respira.
	Si no respira, practica la reanimación cardiopulmonar: presiona el centro de su pecho con ambos brazos, en ángulo recto con el cuerpo de la persona, en intervalos rápidos.
	Si respira, colócalo en posición de seguridad, de lado, a la espera de los servicios de emergencia.

8.8.2. *Síndrome de abstinencia a GHB/GBL*

El uso frecuente de GHB o GBL durante dos o más semanas puede inducir síntomas de abstinencia. Estos pueden ser leves, con deseo de consumo, irritabilidad, desasosiego e inquietud; o llegar a la confusión, la agitación psicomotriz o el estado estuporoso que podría terminar en la muerte del sujeto. Es imprescindible, ante tal situación, llamar a los servicios de emergencia (18).

8.8.3. *Síntomas psicóticos*

No es excepcional la aparición de síntomas psicóticos durante las sesiones. La sensación de estar siendo observado, vigilado, controlado; la impresión de que algo inminente y desgraciado va a suceder; la audición de murmullos, voces, muchas veces insultantes, otras descriptivas; la sensación de que corren insectos por la piel... son variados los síntomas, pero todos se caracterizan por la certidumbre de que eso es exactamente lo que está sucediendo, de manera que es difícil para el sujeto no dejarse llevar por tales creencias y ponerse en riesgo -o poner a otros. La aparición de estos síntomas se da con mayor frecuencia si se consumen drogas por vía intravenosa (catinonas, metanfetamina), durante mucho tiempo (en una o varias sesiones), y/o ha habido notables restricciones de sueño.

Es necesario que la persona que experimenta estos síntomas deje de consumir y hacer todo lo posible por mantenerlo relajado, en un ambiente tranquilo, ofreciendo confianza y seguridad. Es preciso tener en cuenta que el policonsumo es la norma. El mantenimiento de los síntomas, así como la presencia de desasosiego o inquietud inmanejables, hace conveniente que la persona sea evaluada en un servicio de

urgencias, pues su conducta puede ser imprevisible y, en la medida en que se sienta asediado o controlado, peligrosa (10, 17).

8.8.4. *Agresiones sexuales*

Durante las sesiones, a veces suceden intoxicaciones en las que es cuestionable la capacidad para la persona para consentir en materia sexual. Si no contesta adecuadamente a las preguntas directas o mantiene un estado de somnolencia, es preferible mantenerlo apartado del grupo o llamar a los servicios de emergencia.

8.8.5. *Reacciones alérgicas*

Las reacciones alérgicas pueden responder a la administración de drogas o de sus adulterantes. Si bien no son habituales, la dificultad para respirar, la aparición de habones pruriginosos, el edema periorbitario o labial, malestar general, vómitos, pueden ser los primeros signos de un *shock* anafiláctico, que ha de ser necesariamente tratado por los servicios de emergencia.

8.8.6. *Priapismo*

Consiste en el mantenimiento de una erección sin estímulo sexual, que se convierte en dolorosa. Suele tener relación con el uso de sustancias vasodilatadoras (inhibidores de la 5-fosfodiesterasa) a la par que drogas de larga vida media. Es más frecuente en personas que padezcan algún trastorno de la coagulabilidad de la sangre. Suele tratarse de una situación autolimitada, pero si en dos horas no ha remitido, existe riesgo de necrosis peneana, por lo que es necesario acudir a urgencias médicas.

No se aconseja aplicar hielo o mantener relaciones sexuales; sin embargo, puede ser útil pasear, desconectar del entorno sexual, beber agua, intentar orinar o hacer algo de ejercicio (20).

8.8.7. *Infección por VIH*

Si ha habido sexo con lesiones erosivas, eyaculaciones intracorporales o se han compartido jeringuillas con personas con serología para VIH (con viremia o carga viral detectable), debe ser administrada la PPE (profilaxis post-exposición) en las 72 horas siguientes para evitar una infección permanente por VIH. La dificultad estriba en valorar adecuadamente el riesgo, pues es habitual desconocer o desconfiar del estado serológico de los compañeros de sesión.

En el caso de otras infecciones transmisibles de la misma manera, como el VHC, existe un margen más amplio antes de asistir a la consulta médica, pues existe tratamiento erradicador eficaz.

8.8.8. *Síntomas respiratorios, cardiacos, hemorragias*

Son urgencias médicas la aparición de dolor súbito opresivo en el pecho o la dificultad respiratoria aguda. Ambos síntomas pueden ser indicio de una embolia, al pasar aire a las venas en las que se inyecta la droga. En ocasiones, se dan manifestaciones más sutiles como cambios en el nivel de conciencia, taquipnea, náuseas, dolores difusos, palidez o cianosis cutánea. En cualquier caso, se trata de una emergencia médica que hay que abordar inmediatamente.

8.8.9. *Accidentes, heridas, cortes, hemorragias*

La presencia de objetos en el recto que no pueden ser extraídos fácilmente es una urgencia médica, pues la perforación es un riesgo con complicaciones potencialmente graves. Las heridas, los cortes o las hemorragias no demasiado profusas se pueden abordar de manera inmediata, taponando el sangrado, desinfectándolo y tapándolo. Las quemaduras requieren la administración de agua fría durante unos diez o quince minutos, y protegerlas después con un plástico para evitar infecciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad. [internet]. Disminución del riesgo y reducción del daño. Citado 12 nov 2023. Disponible en: <<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/disminucionRiesgo/home.htm>>
2. RIOD. La Reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y Buenas prácticas. 2018. [Internet]. Citado 15 nov 2023. Disponible en: <<https://riod.org/guiareducciondedanos/>>
3. Brocato J, Wagner EF. Harm reduction: a social work practice model and social justice agenda. *Health Soc Work*. 2003 ;28(2):117-25. doi: 10.1093/hsw/28.2.117.
4. Aranda-Rodríguez E. Estudio Reducción de Daños en el Siglo XXI. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Madrid, 2022.
5. Harm Reduction International. Chemsex And Harm Reduction For Gay Men And Other Men Who Have Sex With Men. Briefing note. 2021. [Internet] Citado

- 15 nov 2023. Disponible en: <https://hri.global/wp-content/uploads/2022/10/HRI_Briefing_Chemsex_July_2021_Final-1.pdf>
6. Herrijgers C, Poels K, Vandebosch H, Platteau T, van Lankveld J, Florence E. Harm Reduction Practices and Needs in a Belgian Chemsex Context: Findings from a Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 4;17(23):9081. doi: 10.3390/ijerph17239081.
 7. Ministerio de Sanidad. ANEXO: Reducción de riesgos en chemsex. 2020. [Internet]. Citado 15 nov 2023. Disponible en: <<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Anexo.pdf>>
 8. Ministerio de Sanidad. Abordaje del fenómeno del chemsex. 2020. [Internet] Citado 15 nov 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf>.
 9. von Hammerstein C, Billieux J. Sharpen the focus on chemsex. *Addict Behav*. 2024;149:107910. doi: 10.1016/j.addbeh.2023.107910. Advance online publication. <<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107910>>
 10. Curto J, Dolengevich H, Soriano R, Belza MJ. [Internet]. Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. 2020. Citado 15 nov 2023. Disponible en:<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Abordaje_salud_mental_chemsex.pdf>.
 11. Energy Control. Chem-Safe. Información y asesoramiento sobre drogas y sexo para gestionar los placeres y riesgos [Internet]. 2023. Citado 15 nov 2023. Disponible en: <<https://www.chem-safe.org/>>
 12. Strong C, Huang P, Li CW, Ku SW, Wu HJ, Bourne A. HIV, chemsex, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Lancet HIV*. 2022 Oct;9(10):e717-e725. doi: 10.1016/S2352-3018(22)00124-2.
 13. Suleman M, Ashraf M. Chemsex and HIV/AIDS: strategies for harm reduction and education. *IJBR* [Internet]. 2023 Sep. 25 Citado 29 nov 2023;1(2):26-43. Disponible en: <<https://induspublishers.com/IJBR/article/view/43>>
 14. Poullos A. Chemsex: Reintroducing sexuality in the pleasure and pain of the infans. *Stud Gen Sex*. 2022; 23 (3): 171-183. doi: 10.1080/15240657.2022.2097472.
 15. UNAD. Decálogo de chemsex. 2023. [Internet]. Citado 15 nov 2023. Disponible en: <https://www.unad.org/wp-content/uploads/2022/06/Guia_Informativa_Chemsex.pdf>
 16. Amnistía Internacional. Consentimiento entusiasta. 2021. [Internet]. Citado 15 nov 2023. Disponible en: <<https://www.amnesty.org/es/latest/campaigns/2021/06/ltay-toolkit-blog-how-to-talk-and-think-about-consent/>>
 17. Controlling Chems. How to manage comedowns. 2023. [Internet]. Citado 15 nov

2023. Disponible en: <<https://controllingchemsex.com/tips-and-information/tips/how-to-manage-comedowns>>
18. Phan V, Arunogiri S, Lubman DI. The assessment and management of gamma hydroxybutyrate use in general practice. *Aust J Gen Pract*. 2020 Jan- Feb;49(1-2):73-78. doi: 10.31128/AJGP-05-19-4953.
 19. Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt-VIH). Slamming. Guía para la reducción de daños asociados al uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2021. [Internet]. Citado 12 nov 2023. Disponible en: <<https://www.gtt-vih.org/publicaciones/drogas-chemsex/slamming-guia-para-la-reduccion-de-danos-asociados-al-uso-de-drogas-inyectables-en-las-sesiones-de-sexo-edicion-2021>>
 20. Stuart D. Chemsex FIRST AID. 2017. [Internet]. Citado 25 nov 2023. Disponible en: <<https://www.davidstuart.org/chemsex-first-aid>>

CAPÍTULO 9

ATENCIÓN DEL CHEMSEX DESDE LOS RECURSOS ASISTENCIALES PÚBLICOS Y COMUNITARIOS

JOAN COLOM, ANA ISABEL IBAR

9.1. INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO

El chemsex se define como «un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gais y bisexuales, otros HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y personas trans y no binarias que participan del sexo casual o sexo sin compromiso» según se consensuó en el 2º *European Chemsex Forum* celebrado en Berlín en 2018.

La mayoría de las personas que realizan estas prácticas no desarrollan problemas por ello, pero debido al riesgo que asumen por las implicaciones que pudiera tener para su salud tanto física como mental es importante ofrecer información fehaciente al alcance de cualquier persona que esté interesada. El Plan sobre drogas y adicciones comportamentales de la Subdirección General de Adicciones, VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y Hepatitis Víricas (1) recoge líneas de actuación específicas sobre los problemas derivados de la práctica de chemsex.

Las instituciones responsables de salud, especialmente salud pública, y las entidades comunitarias son las principales responsables de facilitar información contrastada que llegue al colectivo, por la vía más eficaz, ya sean sitios web, redes sociales, aplicaciones de contactos o a través de otras personas que también practican *b* chemsex. No hay que olvidar que las personas del entorno más cercano (familia o amistades) pueden requerir en ocasiones información o asesoramiento. Esta información tiene que partir de un conocimiento profundo del fenómeno y del colectivo

LGTBIQ+ para no estigmatizar, ni juzgar las prácticas, sino ofrecer simplemente información clara con el objetivo de reducir los riesgos asociados a la práctica de chemsex.

Por otra parte, es necesario poner al alcance de los y las que pueden estar en contacto de personas que practican chemsex información y recursos relacionados con esta práctica. Esta difusión podría hacerse a través de los y las profesionales de la red de atención primaria, de salud mental, de adicciones, entidades comunitarias y de los colegios profesionales.

9.2. PREVENCIÓN

En el caso de las actuaciones de prevención dirigidas a personas que practican chemsex o que se están expuestas a estas prácticas (p. ej., usuarios de aplicaciones de contactos, personas que asisten a saunas gais, locales de sexo, zonas de *cruising*), se trata de prevención selectiva ya que se dirige a subgrupos de la población que se consideran expuestos a ciertos factores de riesgo asociados al consumo de drogas y, por lo tanto, en riesgo de abuso, teniendo en cuenta su pertenencia a un segmento determinado de la población que presenta conductas potencialmente asociadas al desarrollo de problemas relacionados con las drogas (2). La reducción de riesgos en estos contextos hace falta que ofrezca atención tanto a los aspectos relacionados con el uso de sustancias y con el uso de entornos digitales como los referidos a la salud sexual y otros aspectos de salud.

Estas actuaciones preventivas parten principalmente de entidades especialistas en prevención en el ámbito del consumo de drogas y otras adicciones y entidades comunitarias, pero también de los servicios de salud que pueden atender a personas que practican chemsex (atención primaria, unidades y servicios de atención a las personas que viven con el VIH, las unidades de ITS, servicios de atención a las adicciones).

Por otra parte, también es necesario que la información preventiva llegue a los contextos de ocio y ocio gay (festivales y los hoteles que acogen turistas que asisten, por ejemplo) y los contextos sexuales (p. ej., saunas, clubs de sexo, zonas de *cruising*) incluyendo la industria pornográfica y los entornos de trabajo sexual. Para conseguirlo no sólo es necesario utilizar sus canales de comunicación, sino que las actuaciones preventivas estén impregnadas de la cultura propia y que tanto los mensajes como el lenguaje sean significativos para el colectivo. La información ha de ser clara y concisa pero no alarmante ya que podría generar actitudes defensivas y por lo tanto no se conseguiría el objetivo, ni banalizando el consumo y los riesgos asociados a la práctica de chemsex ya que podría resultar contrapreventivo.

En el caso de las actuaciones preventivas que se dirigen a personas que ya presentan signos iniciales de problemas asociados a los consumos de sustancias psicoactivas, así como otros problemas de conducta, se trata de prevención indicada (2). Los principales objetivos en la prevención indicada dirigida a las

personas que practican chemsex tienen que orientarse a reducir las consecuencias negativas de salud y sociales asociadas a esta práctica, por lo tanto, debería impactar en la disminución de:

- La prevalencia del uso problemático de sustancias de las personas que practican chemsex.
- El riesgo de intoxicaciones y sobredosis.
- La prevalencia de uso abusivo de entornos digitales asociado a las aplicaciones de contactos.
- El riesgo del impacto de las prácticas de chemsex en aspectos como la salud mental, adicciones en sustancias y adicciones comportamentales, la salud sexual y la sexualidad, así como otros problemas psicológicos, sociales y sanitarios relacionados.

Los dispositivos de la red sanitaria del ámbito de las adicciones, de salud mental y de VIH y otras ITS, así como los recursos de urgencias médicas tienen un papel clave en el desarrollo de estas actuaciones preventivas, ya que en muchos casos tienen la oportunidad de intervenir directamente con las personas que practican chemsex porque éstas acceden a los recursos asistenciales por diferentes motivos (p. ej., ITS, intoxicaciones por el consumo de sustancias). Es necesario incorporar a la mirada de estos y estas profesionales la casuística relacionada con la práctica de chemsex para que implementen consejos en reducción de riesgos y daños. Algunos aspectos clave son:

- Transmitir de información concisa y significativa sobre los riesgos de la práctica de chemsex y difusión de material divulgativo dirigido a las personas que practican chemsex.
- Ofrecer cribado de infecciones transmisibles a los usuarios de chemsex. En el caso de los hombres gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) está indicada la realización de este cribado anualmente y aumentar la frecuencia (cada 3-6 meses) en caso de que se considere que hay más riesgo (3).
- Paralelamente, hay que ofrecer otras medidas preventivas como las vacunaciones y los tratamientos profilácticos como la profilaxis preexposición (PrEP) a las personas sin VIH que practican chemsex (4).
- Dar indicaciones sobre la prevención y actuación en caso de intoxicaciones y sobredosis, que deben incluir tanto los factores de riesgo como las estrategias para prevenirlas, la identificación del problema y la actuación correspondiente.
- Finalmente, implementar medidas de reducción de daños como distribuir material para un consumo más seguro, como pueden ser las jeringas para las personas que se inyectan.

Además de los y las profesionales del ámbito de las adicciones y en los servicios de enfermedades infecciosas y unidades de VIH, las entidades que trabajan con la comunidad LGTBIQ+ y los propios usuarios de chemsex son los principales agentes que pueden llevar a cabo actuaciones preventivas en este entorno. Es necesario que éstos estén presentes en todas las fases de la prevención desde la planificación y el diseño hasta la ejecución y la evaluación. La voz de los usuarios aporta el conocimiento vivencial esencial para que las actuaciones preventivas se ajusten a la realidad del ámbito en el que se quiere incidir y son los transmisores óptimos de los mensajes ya que la fuente en sí misma es significativa por el sector al que se dirige.

Las entidades comunitarias presentan unas condiciones muy ventajosas para intervenir en las personas que practican chemsex, ya que son accesibles a las personas del colectivo por su proximidad cultural. Así pueden tener un papel relevante en las actuaciones de reducción de riesgos asesorando y difundiendo material preventivo, realizando cribado de infecciones de transmisión sexual, así como de otras estrategias preventivas como las vacunaciones y tratamiento profilácticos (cuando es posible) e interviniendo con información preventiva en algunos espacios donde se practica chemsex como locales, festivales, hoteles, zonas de *cruising* y fiestas privadas.

Intervenir en los entornos significativos es clave. Por lo tanto, es necesaria la participación de las entidades comunitarias LGTBIQ+ y tener en cuenta tanto las aplicaciones a través de las cuales se organizan los encuentros para practicar chemsex como también los entornos donde se practica. En este sentido es clave la colaboración con la industria de ocio LGTBIQ+ en campañas preventivas, facilitar el acceso a información sobre drogas y salud sexual en los mismos espacios de fiesta, formar a los y las profesionales del sector sobre chemsex y los riesgos asociados e incorporar medidas estructurales para mejorar la seguridad de los clientes como regular la temperatura máxima o realizar rondas de supervisión en las zonas de riesgo de los locales.

9.3. DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN

Aunque muchas personas que practican chemsex no presentan problemas asociados, hay algunos casos en que esta práctica puede derivar en complicaciones que requieren atención especializada profesional. El papel de los y las profesionales para detectar situaciones problemáticas y acompañar a los usuarios en el proceso de reconocimiento de estas y buscar apoyos cualificados puede ser crucial.

Las situaciones problemáticas que se pueden detectar en relación con la práctica de chemsex se agrupan en dos tipologías: situaciones de crisis y chemsex problemático.

9.3.1. Situaciones de crisis

Se pueden dar situaciones de crisis, es decir, situaciones agudas asociadas a la práctica de chemsex que requieren una intervención inmediata en cualquier espacio

donde se practique chemsex y se hacen *chills*, es decir, en pisos y fiestas particulares, festivales, locales, saunas, clubs de sexo, zonas de *cruising*, etc. Algunas de estas situaciones son:

- Reacción adversa a una sustancia consumida o sobredosis.
- Brote psicótico o intento autolítico.
- Agresión sexual o violencia sexual.
- Situación de vulnerabilidad extrema social y emergencia social.

El uso de sustancias en estas sesiones puede comportar reacciones adversas o intoxicaciones, ya que, a veces, unos participantes invitan otros a consumir sustancias y, por lo tanto, no se controla exactamente qué se está consumiendo. Además, la dinámica de la misma sesión puede llevar a la persona a consumir más de lo que tenía previsto o de lo que está acostumbrada a consumir. En estas situaciones de reacciones adversas en sustancias o sobredosis, es muy recomendable contar con personas entrenadas, como otros usuarios de chemsex (o en el caso de saunas y clubs de sexo, trabajadores del local), para prestar una primera atención que pueda reducir el riesgo para la vida mientras llegan los servicios de atención inmediata, como los servicios de emergencias médicas, o mientras la persona afectada es derivada en las urgencias médicas y/o psiquiátricas.

Las situaciones de violencia o agresiones sexuales, en función de la gravedad, hay que atenderlas en urgencias médicas generales. Las agresiones sexuales en el contexto de la práctica de chemsex requieren una mirada especial, ya que, en este contexto LGTBIQ+ y de prácticas sexuales, el consentimiento tiene códigos diferentes que en otros contextos. Un hombre que quiere practicar chemsex tiene una predisposición a tener prácticas sexuales y a experimentar que no excluye que se den situaciones de agresión sexual que hay que reconocer y atender. En el contexto del chemsex, en ocasiones, el hecho de estar en un entorno altamente sexualizado y estar bajo la influencia de sustancias psicoactivas, puede hacer que algunas personas sean menos perceptivas de la vulnerabilidad de las personas con quienes están teniendo relaciones sexuales y puede haber gran confusión en materia de consentimiento, también puede haber hombres que agredan sexualmente actuando de forma oportunista. Cuando una persona está muy intoxicada, aunque pueda parecer que está consintiendo, es posible que no esté en condiciones de negar el consentimiento, y las agresiones sexuales o las violaciones pueden ser tan evidentes como cuando alguien las comete en otros escenarios (5). Cuando se da una agresión sexual, el recurso más adecuado es el servicio de urgencias. Hay que tener en cuenta que los profesionales de estos servicios han de estar formados en competencias culturales LGTBIQ+ y en las características de las agresiones sexuales que se pueden dar en el contexto de chemsex. Con frecuencia, al hombre que sufre una agresión sexual le cuesta identificarse como víctima, ya que en el imaginario colectivo esta figura corresponde principalmente a las mujeres. Es importante que las personas que lo atienden en cada

parte del proceso, desde los cuerpos de seguridad, hasta la atención sanitaria especializada, respeten su relato, escuchen de forma activa y sin juzgar, y acompañen su proceso de forma sensible.

Cuando se detecta una situación de brote psicótico o un intento autolítico, la atención más adecuada se da a las urgencias psiquiátricas.

Además de todas estas situaciones de crisis del ámbito de salud, los usuarios de chemsex también pueden presentar una situación de vulnerabilidad extrema social. En estos casos, hay que contactar con el servicio de urgencias y emergencias sociales más cercano.

9.3.2. *Chemsex problemático*

Si la práctica de sexo asociado al consumo de drogas se mantiene y se intensifica a lo largo del tiempo, se puede desarrollar un abuso del consumo o una adicción a las sustancias, adicciones comportamentales, o bien problemas de salud mental y sociales que hay que abordar de una manera más continuada. En estos casos se habla de chemsex problemático o de prácticas de chemsex problemáticas.

Las personas con problemas asociados en la práctica de chemsex a menudo acceden a los recursos por diferentes tipos de servicios, normalmente sanitarios o comunitarios, pero no todas las personas que tienen problemas asociados en la práctica de chemsex son conscientes de cómo les está afectando a su salud. Algunas directamente solicitan apoyo, pero otras necesitan un acompañamiento para ser conscientes de esta problemática. La intervención que se realice en cada caso deberá ajustarse al reconocimiento del problema que tenga cada persona y a su predisposición a pedir ayuda.

Dado que muchas personas que practican chemsex son usuarias de la red sanitaria pública, es importante incorporar actuaciones para detectar los casos en que estas prácticas se han convertido en problemáticas.

La detección se puede hacer de forma sistemática, oportunista o por sospecha. Los dispositivos donde es más probable que se pueda hacer una detección precoz son las clínicas y unidades de ITS, los servicios de enfermedades infecciosas y unidades del VIH, así como los programas de pruebas rápidas de VIH o ITS o los dispositivos para acceder a la PrEP. Por un lado, las clínicas donde se tratan ITS pueden ser un lugar idóneo para detectar personas que hacen prácticas de chemsex, ya que esta población diana suele realizarse pruebas de manera periódica. Los y las profesionales de estos servicios pueden hacer preguntas de forma rutinaria a los usuarios para detectar consumo de drogas en el contexto sexual. Este trabajo puede ser también realizado por los referentes de ITS de atención primaria. También los servicios de enfermedades infecciosas y unidades del VIH son un lugar adecuado para hacer este rastreo, ya que las prácticas de chemsex son más habituales en hombres GBHSH con el VIH. Es importante preguntar a la persona sobre su consumo de sustancias y si es

asociado a prácticas sexuales. En función de las respuestas, la intervención tiene que consistir en dar información sobre cómo reducir los riesgos asociados en la práctica de chemsex o bien en hacer una intervención breve o una derivación a un recurso especializado.

Por otro lado, en los centros de la red de atención a las adicciones, donde se atienden a personas que ya tienen problemas asociados al consumo de sustancias, es necesario preguntar sobre si el consumo de drogas se realiza en un contexto sexual. Si se detecta que el problema de consumo está asociado a la práctica del chemsex hay que considerar este factor en la intervención y abordar la salud sexual como un aspecto clave en su recuperación. El abordaje tiene, por lo tanto, una doble vertiente: el trastorno por consumo de sustancias y el impacto en su vida sexual.

Finalmente, las entidades comunitarias, por su proximidad a la comunidad LGT-BIQ+, son espacios de confianza donde las personas pueden hablar de las cuestiones de cualquier índole que les preocupan. Esta proximidad las sitúa en una posición clave para detectar problemas asociados en la práctica del chemsex. En estos casos, se ofrece una atención psicológica individual o grupal, según se considera más adecuado. En las situaciones en que las personas presentan un trastorno por consumo de sustancias grave con comorbilidad con alguna otra patología física o mental está indicada la derivación a un servicio especializado como son los centros de atención a las adicciones.

Es importante que el enfoque esté basado en los usuarios y en las necesidades percibidas por ellos mismos. Cuando se plantea una derivación a un recurso, a fin de que ésta sea exitosa, hay que preparar el acceso al recurso con cada persona teniendo en cuenta su motivación para iniciar el nuevo tratamiento y las resistencias que puedan aparecer.

9.4. FORMACIÓN

Todos los y las profesionales implicados en la prevención, orientación, detección e intervención en el ámbito de chemsex deben formarse de forma continuada para no sólo tener los conocimientos básicos respecto a estas prácticas, sino también para actualizarse sobre las características cambiantes de estas prácticas.

Es esencial que se formen los equipos profesionales de los centros de atención a las adicciones, las unidades de adicciones comportamentales, las unidades de desintoxicación hospitalaria, las unidades de patología dual, las clínicas o unidades de ITS, los servicios de enfermedades infecciosas y unidades de VIH y los servicios de emergencias médicas y las urgencias de medicina y de psiquiatría, así como los y las profesionales de las entidades comunitarias.

De la misma manera, conviene que tengan formación sobre chemsex los y las profesionales de los centros de atención primaria de salud, los centros de salud mental y los servicios sociales ya que se pueden encontrar con personas que tengan pro-

blemas derivados de la práctica de chemsex, si bien no con la misma frecuencia que los y las profesionales de los recursos nombrados anteriormente.

En el diseño de las actividades formativas, es importante tener en consideración los profesionales de la industria del ocio LGTBIQ+ que están o pueden estar en contacto con personas que practican chemsex y que, en un momento dado, puede ser importante su intervención ya sea como agentes de prevención o de intervención en situación de crisis.

El contenido de la formación debe ajustarse a las necesidades en función del perfil profesional a quién se dirige y debe incluir una descripción específica sobre el chemsex (p. ej., en qué consiste, dónde se practica, qué sustancias se consumen y cómo), las claves principales para detectar problemas asociados con la práctica de chemsex, cómo intervenir en función de la situación de la persona y claves para la reducción de riesgos y de daños. Es esencial incluir formación en competencias culturales LGTBIQ+ e incluir cómo formadores personas que hablan en primera persona de su experiencia en la práctica de chemsex.

9.5. ASISTENCIA

Las necesidades de salud de este perfil de usuarios suelen ser diversas y pueden requerir la intervención de diferentes tipos de centros y servicios. Por eso, es necesario que los y las profesionales reciban la formación para conocer mejor la naturaleza de estas necesidades y saber qué papel le corresponde a cada equipo o servicio con el fin de poder ofrecer una atención integral y global. Es necesario que los diferentes dispositivos que pueden atender a esta población conozcan el resto de recursos y que se establezcan procedimientos de coordinación que incluyan contrastar las derivaciones realizadas.

Las personas que han desarrollado problemática asociada a la práctica de chemsex, ya sea una adicción (a sustancias o a las aplicaciones de contacto), un problema de salud mental o de salud sexual, requieren una atención especializada integral y coordinada entre los recursos que pueden detectar estas problemáticas y los que las atienden.

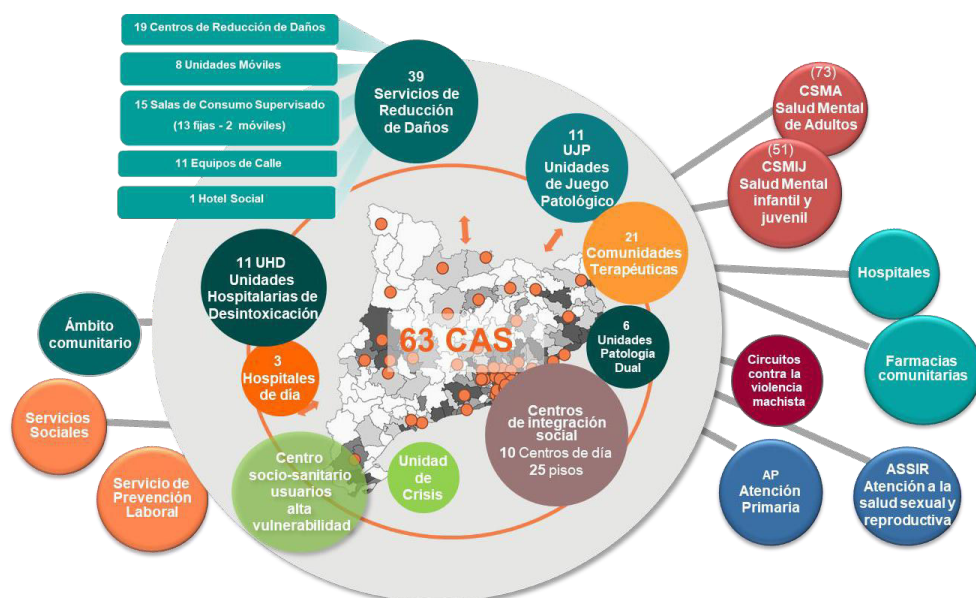
El objetivo de la intervención debe ajustarse al momento en el que se encuentra la persona respecto al reconocimiento de su problemática y su predisposición a realizar tratamiento, respetando si su objetivo se orienta a la abstinencia o a la reducción de riesgos. La intervención debe situar en el centro a la persona, teniendo en cuenta el principio de autonomía, apostando por la responsabilidad de los usuarios, respetando sus decisiones, y ofreciendo intervenciones orientadas tanto a la reducción de riesgos como a fomentar la abstinencia de sustancias. En algunos casos, puede ser muy recomendable intervenir con la pareja o la familia del usuario.

El servicio más adecuado para atender a una persona depende de la problemática específica que haya desarrollado en su práctica de chemsex.

9.5.1. Adicciones

En Cataluña, existe una red de atención a las adicciones compuesta por servicios de diferentes tipos para poder dar respuesta sociosanitaria a cualquier persona que haya desarrollado un trastorno por consumo de sustancias o una adicción comportamental (ver figura 1).

FIGURA 1. RED DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES DE CATALUÑA



Cualquier persona que requiera atención por un trastorno por consumo de sustancias o por una adicción comportamental puede solicitarla directamente al Centro de atención y seguimiento de las adicciones (CAS) que le corresponda por su zona de residencia. Los CAS son los recursos especializados en la atención psicosocial y sanitaria ambulatoria a las adicciones y cuentan con un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales de psicología, enfermería, trabajo social, educación social, medicina y psiquiatría, entre otros. Además de la atención individual, algunos CAS ofrecen terapia grupal cuando el volumen de usuarios lo permite. En función de la situación de cada persona desde el CAS se la deriva al recurso de la red de atención a las adicciones que sea más adecuado para su proceso de recuperación: Unidades hospitalarias de desintoxicación, unidades de patología dual, comunidades terapéuticas, etc.

Si la problemática se centra en una adicción comportamental se puede recurrir a una Unidad de atención a las adicciones comportamentales (UAC).

También es frecuente que las entidades comunitarias LGTBIQ+ ofrezcan apoyo psicológico a las personas que han desarrollado problemáticas asociadas a la práctica de chemsex, incluso ofrecen grupos de ayuda mutua.

Además, las personas que consumen sustancias y que no están en situación de iniciar un tratamiento, disponen de los servicios de reducción de daños (centros, equipos de calle, etc.)

9.5.2. *Salud mental*

En el caso de las personas que han desarrollado un trastorno de salud mental asociada a su práctica de chemsex pueden dirigirse al centro de salud mental (CSMA) de su zona.

9.5.3. *Salud sexual*

Cuando el principal problema que presenta la persona que practica chemsex está relacionado principalmente con su salud sexual se le atiende en Atención primaria que dispone de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), en las Clínicas y Unidades de ITS y en las Unidades de VIH. Aunque es importante que todos los recursos que atienden a personas con problemas derivados de la práctica de chemsex contemplen hacer un abordaje de la sexualidad y su vivencia, a la vez que también se abordan los problemas asociados al consumo de sustancias o la adicción. Este aspecto es fundamental para el proceso de cambio con respecto al aspecto terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i Hepatitis Viriques, Generalitat de Catalunya. Pla de Drogues i Addiccions Comportamentals 2019-2025; 2019. Disponible a:
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5472/pla_drogues_addiccions_comportamentals_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Direcció General de Salut Pública, Generalitat de Catalunya. Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats; 2008. Disponible en:
https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/guies_i_manuals/arxius/llibre_blanc_prevencio_drogues.pdf
3. Grupo de Expertos del Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de

la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes; 2017. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>

4. Coll J, Fumaz C. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados en su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg*. 2016;15:77- 84.
5. Stuart D, Labayen I. Primeros Auxilios CHEMSEX; 2018. Disponible en: <https://davidstuart.org/chemsex-firstaid-sp>

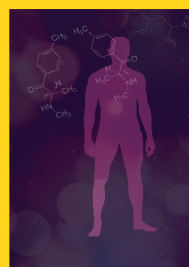
CHEMSEX

Consecuencias sobre la infección por VIH
y otros aspectos de la salud

Daniel Íncera Fernández, Santiago Moreno Guillén
y Manuel Gámez Guadix

El chemsex es una forma de uso sexualizado de drogas vinculado al consumo de una o varias sustancias para mejorar la experiencia sexual. Esta práctica emergente afecta principalmente, aunque no forma exclusiva, a hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres. La relevancia de abordar este fenómeno reside en las posibles secuelas que puede acarrear en las distintas áreas de la vida de quienes lo practican, así como en su impacto sobre la salud pública y social. Este texto presenta un análisis exhaustivo del chemsex, explorando sus implicaciones físicas, sexuales, psicológicas y sociales. Además, propone una serie de estrategias específicas para su prevención, identificación, evaluación, intervención, así como para la reducción y minimización de sus consecuencias más adversas, considerando los distintos niveles de riesgo y exposición. Esta obra se presenta como un manual de referencia para profesionales interesados en el estudio y abordaje de este fenómeno, incluyendo profesionales de la medicina, psicología, farmacia, sociología, enfermería, antropología, trabajo social, entre otros. De igual manera, está destinada a cualquier persona interesada en profundizar en el chemsex desde una perspectiva científica y multidisciplinaria.

Este libro ha sido financiado con los fondos de Gilead Sciences destinados para la Cátedra RISUAH-Gilead, de investigación en VIH/SIDA. Gilead Sciences no ha participado ni ha estado involucrada en la selección de los autores ni en los contenidos del libro.



Universidad
de Alcalá

EDITORIAL
UNIVERSIDAD DE ALCALÁ