

Abordaje del fenómeno del chemsex

Abordaje del fenómeno del chemsex

Cita sugerida

Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.

Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en papel: 133-20-065-3

NIPO en línea: 133-20-066-9

Depósito legal: M-28822-2020

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<https://cpage.mpr.gob.es>

Abordaje del fenómeno del chemsex



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Coordinación

Raúl Soriano Ocón. Consultor en salud sexual y chemsex

Redactores (Por orden alfabético)

Elena Adán Ibáñez. Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Oskar Ayerdi Aguirrebengoa. Centro Sanitario Sandoval, Hospital Clínico San Carlos, IdISSC. Madrid.

Carlos Belmar Ramírez. Jefe de Servicio de Atención Socio-sanitaria. Subdirección General de Coordinación de Programas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. MS. Madrid.

María José Belza Egozcue. Instituto de Salud Carlos III y CIBERESP. Madrid.

Jordi Blanch Andreu. Consultor. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Clínic de Barcelona. Profesor Asociado. Universitat de Barcelona.

José Manuel Canales Fernández. Comité Ciudadano antisida de Valencia.

Olivia Castillo Soria. Jefe de Área de Relaciones con la Unión Europea. Subdirección General de Relaciones Institucionales. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. MS. Madrid.

Fernando Caudevilla Galligo. Energy Control. Asociación Bienestar y Desarrollo. Madrid.

Pep Coll Verd. BCN Checkpoint. Fundación Lucha contra el Sida. Barcelona.

Joan Colom Farran. Director del programa PCAVIHV (Prevención, Control y Atención al VIH, las ETS y las Hepatitis Víricas) y Subdirector general de Drogodependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Javier Curto Ramos. F.A.E. Unidad de Psiquiatría de Enlace y Urgencias Psiquiátricas. Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental Hospital Universitario La Paz. Apoyo Positivo. Madrid.

Helen Dolengevich Segal. Programa de Patología Dual-Hospital Universitario del Henares. Apoyo Positivo. Madrid.

Cinta Folch Toda. Centre Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Víctor Galán Amador. Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Almudena García Carrillo de Albornoz. Coordinadora de Apoyo Positivo Madrid.

Jorge Néstor García Pérez. Unidad de ITS y VIH Drassanes-Vall d'Hebron. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Noé Garin Escrivá. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Jorge Garrido Fuentes. Director ejecutivo, Apoyo Positivo. Madrid.

Laia Gasulla Suriol. Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Antonio Gata Pérez. Responsable del programa de apoyo psicológico y Chemsex en BCN Checkpoint y BCN PrEP-Point. Barcelona.

Alicia González Baeza. Unidad de HIV. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz, IdiPAZ. Madrid.

Juane Hernández Fernández. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH). Barcelona.

Ana Isabel Ibar Fañanás. Subdirección General de Drogodependencias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Carlos Iniesta Mármol. Unidad de Coordinación de CoRIS. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Rocío Molina Prado. Médico del Centro de Atención a las Adicciones de Arganzuela. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Rubén Mora Meskida. Asociación Stop Sida. Barcelona.

Laura Moreno Rozas. Coordinación del Área de Drogas de la Asociación Bienestar y Desarrollo en Madrid.

Álvaro Navarro Bordes. Terapeuta Psicosexual. Londres.

Ruth Olmos Espinosa. Jefa del Departamento de Asistencia. Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid.

Pedro Paris Rodríguez. CAS de Sants/Servicio Antena de la Zona Franca. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Ignacio Pérez Valero. Unidad de VIH-Servicio de Medicina Interna Hospital U. La Paz. En representación de la SEIMC. Madrid.

Pablo Ryan Murua. Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Leonor. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). Madrid.

Raúl Soriano Ocón. Consultor en salud sexual y chemsex. Valencia.

Núria Teira Esmatges. Agencia de Salud Pública de Cataluña. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.

Carlos Javier Torrecilla Ramírez. Servicio de Apoyo a la Prevención gestionado por SPS, CAD de Latina, Ayuntamiento de Madrid.

Jorge Valencia La Rosa. Unidad de reducción del daño SMASD; Oficina de Salud Mental y Adicciones. Comunidad de Madrid.

Luis Villegas Negró. Asociación Stop Sida. Barcelona.

Iván Zaro Rosado. Imagina MÁS. Madrid.

Revisores (Por orden alfabético)

Julia del Amo Valero.

Directora del Plan Nacional sobre el Sida. MS. Madrid.

Olivia Castillo Soria.

Jefe de Área de Relaciones con la Unión Europea. Subdirección General de Relaciones Institucionales. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. MS. Madrid.

Asunción Díaz Franco.

Unidad de Vigilancia de VIH y comportamientos de riesgo. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid.

Javier Gómez Castellá.

Plan Nacional sobre el Sida. MS. Madrid.

Ana Koerting de Castro.

Técnica Superior Externa TRAGSATEC. Plan Nacional sobre el Sida. MS. Madrid.

Héctor López-Mendoza.

Médico Interno Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid.

Rosa Polo Rodríguez.

Jefa del Área Asistencial y de Investigación. Plan Nacional sobre el Sida. MS. Madrid.

María Vázquez Torres.

Jefa de Área de Prevención y Coordinación. Plan Nacional sobre el Sida. MS. Madrid.

CCAA que han participado en la revisión del documento

Andalucía.

Cataluña.

Comunidad Valenciana.

Extremadura.

Murcia.

País Vasco.

Índice

Presentación del documento	15
Resumen ejecutivo	17
I. El fenómeno del chemsex	19
1.1. Aproximación al fenómeno. Definiciones	19
1.2. Contextos en los que se practica	21
1.3. Sustancias más habituales. Patrones de consumo	22
1.4. Los motivos para practicar chemsex	27
II. Situación del chemsex en España	33
III. Competencias culturales para la comprensión del chemsex	43
3.1. Competencias culturales y cultura sexual gay	43
3.2. El papel de las App y de los circuitos de ocio gay como facilitadores de la práctica del chemsex	45
3.3. El argot del chemsex	47
IV. Implicaciones para la salud	53
4.1. Salud sexual y vida sexual	53
4.2. Salud mental	55
4.3. Conductas adictivas	57
4.4. Implicaciones para la salud derivadas del uso inyectado en el chemsex	60
4.5. Implicaciones del chemsex para los usuarios con infección por el VIH	63
4.6. Impacto sobre las relaciones personales y redes de solidaridad primaria	65
4.7. Otras áreas potencialmente afectadas	66
V. Prevención de las conductas adictivas en el contexto del chemsex	73
5.1. Habilidades para navegar frente a la normalización del uso de drogas y la presión de grupo para consumirlas	73
5.2. Alternativas al ocio sexualizado	74
5.3. Identificación de escenarios de riesgo y de situaciones de vulnerabilidad personal	76

VI. Prevención de las infecciones por el VIH, virus hepatotropos y otras ITS en el contexto del chemsex	79
6.1. Desarrollar tanto la prevención selectiva como la indicada. Impulsar la prevención en el nivel comunitario	79
6.2. Indicación de la frecuencia de pruebas de ITS a partir de marcadores conductuales	80
6.3. Vigilancia de la reinfección del VHC	82
6.4. Calendario anual de los grandes eventos de ocio gay	84
6.5. La incompreensión hacia quienes practican chemsex	86
6.6. Programas PrEP en hombres que practican chemsex	86
VII. Propuestas para una atención integrada del chemsex	91
7.1. Premisas generales	91
7.2. Lecciones aprendidas	93
7.3. Circuitos asistenciales	95
7.4. El papel de las organizaciones de base comunitaria	99
7.5. Otros abordajes: atención grupal, incorporación de pareja, familia o amigos al tratamiento, intervenciones con pares, intervención online	101
7.6. Sistemas de información y herramientas de vigilancia epidemiológica	104
VIII. Abordaje del chemsex en diferentes contextos asistenciales	109
8.1. Centros de atención a las conductas adictivas	109
8.2. Centros de ITS	111
8.3. ONG LGBTQ+ y otras entidades de base comunitaria	111
8.4. Servicios de enfermedades infecciosas/unidades de VIH	112
8.5. Equipos de salud mental	115
8.6. Servicios de urgencias hospitalarias	116
8.7. Servicios de Atención Primaria	121
IX. Acrónimos	123
X. Glosario	125

ANEXO: Reducción de riesgos en chemsex	127
1. Reducción de riesgos en función de las sustancias utilizadas	129
2. Reducción de riesgos en función de la vía de consumo	132
2.1. Vía oral	133
2.2. Vía intranasal	133
2.3. Vía pulmonar	134
2.4. Vía intravenosa	135
2.5. Vía rectal	136
3. Reducción de riesgos relacionados con el contexto de consumo	136
3.1. Sesiones, <i>chills</i> , fiestas en casas particulares	137
3.2. Saunas y clubs de sexo	138
3.3. <i>Play room</i> (zona de juegos) de discotecas y festivales gais	139
3.4. Zonas de cruising	140
4. Reducción de riesgos relacionados con el uso de App de contactos y otras tecnologías	141
5. Reducción de riesgos relacionados con las prácticas sexuales	142
5.1. Estrategias relacionadas con la modificación de conductas	142
5.2. Estrategias biomédicas de reducción de riesgos relacionados con las prácticas sexuales	144

Presentación del documento

El chemsex se ha definido como un “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres”. En España, su práctica es más frecuente en ciudades grandes como Barcelona y Madrid, y en destinos de turismo gay como Maspalomas, Torremolinos y Sitges. Existe una preocupación creciente por este fenómeno, ya que la práctica intensiva y continuada de chemsex puede facilitar no solo la transmisión sexual del VIH y otras infecciones, sino también ocasionar otros problemas y complicaciones para la salud física, mental y social de las personas que lo practican.

Por ello, desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida se ha promovido la realización de este documento técnico con el objetivo de facilitar una mejor comprensión de este fenómeno a los distintos profesionales implicados en la prevención y en el abordaje del chemsex. A través de este documento se pretende:

- Proveer conocimientos y herramientas para la prevención del VIH, virus hepatotrofos y otras ITS, y de problemas relacionados con el uso de sustancias en el contexto del chemsex.
- Promover un abordaje centrado en las necesidades de usuarios y pacientes incorporando tanto enfoques basados en la abstinencia, como en la reducción de riesgos y daños.
- Favorecer enfoques integrados enfatizando la complementariedad entre profesionales y equipos de diferentes disciplinas, así como la colaboración entre servicios públicos asistenciales y las entidades comunitarias LGBTQ+.

Desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida queremos dar las gracias al equipo redactor por asumir el reto de integrar visiones multi e interdisciplinarias procedentes de diferentes administraciones y organizaciones comunitarias, y así poder llegar a un sector amplio de profesionales que, en su día a día, entran en contacto con usuarios o potenciales usuarios de chemsex, pero no disponen de los conocimientos ni herramientas para abordar su prevención o su manejo integral.

Este documento aspira a facilitar el abordaje del chemsex entre el personal que forma parte de centros de atención a las conductas adictivas, centros de ITS, organizaciones comunitarias que dispongan de servicios de atención para quienes practican chemsex, servicios de enfermedades infecciosas/unidades de VIH, equipos de salud mental, servicios de urgencias hospitalarias y centros de atención primaria.

Resumen ejecutivo

El término chemsex surge de la unión de las palabras *chems* (*chemicals*) y *sex*. En la literatura española, el chemsex ha sido definido como un “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)” entre GBHSH (hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres) y cuyo elemento clave es “el tiempo, porque a mayor tiempo puede ocurrir mayor exposición a diversos riesgos o daños”.

No todo consumo de drogas en un contexto sexual es chemsex. Existen otros tipos de consumos de drogas en contextos sexuales, como el de la prostitución femenina y sus clientes, o el de los locales de swingers o intercambio de parejas, etc. Pero cada uno de estos colectivos tiene características y circunstancias epidemiológicas y culturales distintas, y comportamientos sexuales diferentes de los del chemsex. Este último es un tipo particular de consumo de sustancias con fines sexuales vinculado a la cultura sexual gay.

La práctica del chemsex suele tener lugar en casas particulares, pero también se da en saunas, clubs de sexo, hoteles, zonas de cruising... Puede practicarse en solitario, o entre dos hombres, o en tríos, con frecuencia incluye sexo grupal. Algunas de las sustancias más frecuentemente asociadas al chemsex son: GHB/GBL, mefedrona u otras catinonas, metanfetamina, poppers, cocaína, ketamina, éxtasis, Viagra, entre otras, siendo habitual el policonsumo. Las formas de administración son variadas. La vía intravenosa, conocida en este contexto como slamming, implica mayores riesgos para la salud.

El chemsex es más prevalente en grandes ciudades como Barcelona y Madrid, y en destinos turísticos populares entre el público gay (Maspalomas, Torremolinos, Sitges...). Las evidencias apuntan que en España alrededor de 3 de cada 10 pacientes atendidos en las consultas de VIH han practicado chemsex. En hombres GBHSH con el VIH es elevada la incidencia de la reinfección por el VHC.

Las prácticas intensivas y continuadas de chemsex pueden tener implicaciones graves para la salud, incluyendo: alto riesgo para la adquisición y transmisión del VIH y otras ITS, consumo problemático de sustancias, adicción, impactos sobre la salud mental, deterioro físico, hipersexualización del ocio, reducción del rendimiento laboral o el académico, deterioro de las redes de solidaridad primaria, entre otras situaciones descritas. Los fármacos antirretrovirales para el tratamiento del VIH y algunas drogas usadas en el contexto del chemsex interactúan entre ellos, tanto aumentando la concentración de las drogas, como produciendo una eliminación más rápida de las mismas.

El abordaje de los desafíos que el fenómeno del chemsex plantea para la salud pública, requiere comprender la realidad de cada escenario local y su conexión con el contexto global. Sobre la atención de los usuarios, los frentes sobre los que actuar pueden ser muy diversos. Entre los centros y servicios públicos que tienen un papel destacado en la atención en este ámbito se encuentran los centros de atención a las adicciones, centros

de ITS, servicios de enfermedades infecciosas/unidades de VIH, urgencias hospitalarias, y equipos de salud mental.

Las organizaciones comunitarias LGBTQ+ son, por su parte, un recurso de referencia para esta población a la hora de solicitar información y apoyo. Una parte importante de la prevención, del asesoramiento y de la atención psicosocial, se desarrolla desde el tejido comunitario. Es desde el ámbito comunitario desde el que puede canalizarse la participación de los usuarios en el análisis de sus necesidades y en la construcción de la respuesta preventiva y asistencial. La formación de pares como agentes de salud permite intervenir en espacios donde se practica el chemsex, facilitando el acceso a información y recursos. Estas intervenciones pueden igualmente desarrollarse vía online, a través de cibereducadores.

Es necesario definir los circuitos asistenciales de la red del Sistema Nacional de Salud y de las entidades comunitarias de las principales ciudades. Siempre que sea posible, se simplificará este circuito incluyendo consultas integradas y prestadas por diferentes profesionales en un mismo espacio, por ejemplo, mediante el acercamiento por parte de profesionales de las adicciones a recursos que ya atienden a hombres GBHSH. Resulta más efectivo ofrecer esta atención en los mismos centros y servicios a los que esta población suele acudir de manera rutinaria, como es el caso de los centros de ITS.

La atención debe ser integral, personalizada, basada en el usuario, incluyendo tanto enfoques orientados a la abstinencia como a la reducción de riesgos. Deben tenerse en cuenta la orientación sexual, la vivencia del VIH y los condicionantes culturales. Se debe evitar cualquier juicio moral, discriminación o estigmatización. El punto de partida serán las necesidades percibidas por el usuario, tomando en consideración cuáles son sus prioridades y motivaciones, así como la aceptabilidad de las diferentes propuestas terapéuticas. Es necesario incluir el chemsex en los planes de formación de los equipos profesionales que tienen un papel en su abordaje, priorizando los servicios clave de las áreas urbanas donde el fenómeno es más prevalente. Esta formación debe incluir necesariamente la adquisición de competencias culturales LGBTQ+.

Se han documentado vínculos entre el uso de las aplicaciones de contactos gays y el chemsex, usándose estas App para buscar parejas sexuales con las que compartir sesiones, o para comprar, vender o compartir sustancias. Estas herramientas pueden tener también un papel para canalizar intervenciones de prevención y atención.

Se recomienda la realización de las pruebas de ITS al menos una vez al año en hombres GBHSH. En usuarios de alto riesgo se recomienda el cribado de VIH, sífilis, *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* cada 3-6 meses y cada 12 meses en el caso de VHC. Desde una perspectiva de reducción de daños, la PrEP es una herramienta a valorar para quienes practican chemsex.

Es necesario desarrollar y reforzar los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica, para poder obtener y analizar datos sobre el fenómeno del chemsex, sus patrones y tendencias y su impacto en la salud de las personas y en la salud pública.

I. El fenómeno del chemsex

1.1. Aproximación al fenómeno. Definiciones

El término chemsex con origen anglosajón surge de la unión de las palabras *chems* (*chemicals*) y *sex*. A finales de la década de los 90, *chems* era un término usado en Londres entre hombres gays cuando contactaban (por teléfono o mensajes de texto) para comprar determinadas sustancias (1). Existen testimonios sobre cómo algunos hombres que las utilizaban en contextos sexuales comenzaron a autodenominarse *chemsex club* (1). El uso de la expresión chemsex se popularizó en la comunidad gay a finales de los años noventa, especialmente a partir del lanzamiento en 1999 de la plataforma de contactos gays -gaydar.com-, saltando posteriormente al ámbito profesional sanitario (1), a la literatura científica (2,3) y a nivel mediático (4,5).

En España, en cambio, la entrada del vocablo chemsex se produjo primero entre los profesionales de la salud sexual y las adicciones, y posteriormente en medios de comunicación. Pero a nivel colectivo, los hombres que realizan estas prácticas venían utilizando otros términos de argot tales como: sesión, colocón, vicio, fiesta, *chill*, etc. (6,7).

En la actualidad, todavía no es posible afirmar que internacionalmente exista una definición consensuada del chemsex. La literatura sigue reflejando maneras de interpretarlo que muestran criterios distintos, por ejemplo, respecto a las sustancias consumidas o respecto al perfil de quienes lo practican (7-12). Existen igualmente divergencias entre países (12), y también entre definiciones que proceden de las organizaciones comunitarias LGTBQ+ (7,10) y otras de origen académico (8,9,12).

En la literatura española, el chemsex ha sido definido como un “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)” entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), cuyo elemento clave es “el tiempo, porque a mayor tiempo puede ocurrir mayor exposición a diversos riesgos o daños” (7,10). A nivel europeo, el documento de posicionamiento del 2º European ChemSex Forum, define el chemsex como: “un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gays y bisexuales, otros HSH y personas trans y no binarias que participan en la ‘cultura de sexo casual o sin compromiso’ gay” (11).

Precisamente ese reconocimiento del chemsex como algo vinculado a dicha cultura gay, es uno de los aspectos sobre los que existe un mayor consenso. La comprensión del chemsex, no podría desligarse de las circunstancias que afectan al colectivo gay que lo practica y a su forma de vivir su sexualidad. Esto incluye

un cúmulo de elementos, entre los que se encuentran: la tolerancia y alta permisividad hacia el uso de drogas (11); la alta accesibilidad a drogas en este colectivo, facilitada además por el uso de aplicaciones de contactos gays (6); la alta presión de grupo (explícita o encubierta) hacia el consumo (10,11); la cultura de las tecnologías de sexo casual y las saunas (11,13); la serofobia, y el trauma que ha tenido en este colectivo la epidemia del VIH (11); las vivencias de homofobia, así como la importancia de compartir actividades ritualizadas dentro de un colectivo estigmatizado (11). Las personas que tienen estas prácticas pueden además ser personas con el VIH y/o VHC, personas con trastornos adictivos, trabajadores sexuales o migrantes (11).

Uno de los elementos de consenso en este ámbito es, que no todo consumo de drogas en un contexto sexual es chemsex (9,11). Existen otros tipos de consumos de drogas en contextos sexuales, como el de la prostitución femenina (14,15) y sus clientes (16), o el de los locales de *swingers* o intercambio de parejas (17), entre otros. Pero cada uno de estos colectivos tiene características y circunstancias epidemiológicas, económicas y culturales distintas, y en ellos se dan patrones de consumo y comportamientos sexuales diferentes de los que concurren en el chemsex (9,14-17).

El consumo de drogas en GBHSH es, según señalan distintos estudios (9,18-20), más alto que en la población general, y se han asociado con conductas sexuales de riesgo (18,21-23). Aunque el uso de drogas en este colectivo no es una situación novedosa, lo que sí que ha ido variando son las formas en que se presenta (6). La incorporación de estos cambios no se ha producido de manera homogénea, ni geográficamente ni en el tiempo. Pero el hecho de que haya ido extendiéndose y haciéndose más visible su impacto, ha llevado a que se aborde el chemsex como un fenómeno (6) que convive con otras conductas sexuales y de consumo en este colectivo.

Algunos elementos que se relacionan con los patrones de consumo y comportamiento sexual observados entre quienes practican chemsex serían:

- la mayor duración de algunos episodios sexuales, dando lugar a la idea de *sesión* (7) pudiendo implicar tener sexo con diferentes parejas sexuales, ya sea de manera grupal o secuencial,
- la incorporación de determinadas sustancias al consumo,
- la incorporación de otras vías de consumo menos frecuentes, como la inyectada, siendo su uso minoritario (9),
- el imaginario colectivo de referencias sexuales, códigos, morbos y fantasías, que actúan como engranaje y soporte de las prácticas del chemsex.

La expansión de este fenómeno no podría entenderse sin el papel de algunos elementos facilitadores, como la eclosión del circuito de los grandes eventos internacionales de ocio gay, y la incorporación progresiva de los hombres GBHSH al uso de herramientas y tecnologías de comunicación (*smartphones*, *WhatsApp*, App de contactos...) (6) que facilitan enormemente la búsqueda de parejas sexuales y la adquisición de sustancias para uso individual o compartido, entre otros.

1.2. Contextos donde se practica

Las sesiones de chemsex pueden ser de uno-a-uno (con una pareja sexual ocasional o con una pareja estable), trío o sexo grupal (7,24). Muchos hombres gays prefieren hacerlo con una sola persona o, a lo más, en trío (7). También hay quienes lo practican en solitario, visionando material pornográfico o interaccionando online con otros consumidores, por ejemplo, a través de cámaras web (24,25).

Aunque lo más habitual es que el chemsex tenga lugar en casas particulares, también se da en diferentes negocios dirigidos al público gay, como saunas, clubs de sexo, hoteles, fiestas en locales privados, locales con cuartos oscuros, festivales que disponen de áreas designadas para tener sexo, así como en zonas de *cruising* o encuentros sexuales al aire libre (25).

Tabla 1. Distribución de participantes según el lugar del encuentro sexual más reciente donde se consumieron drogas estimulantes y se tuvo sexo en grupo (últimos 12 meses) (n=1.004) *

	n	%
La casa de uno de ellos	471	46,9
Mi casa	216	21,5
Club o cuarto oscuro de un bar	130	12,9
Sauna	125	12,5
Habitación de hotel	26	2,6
Zona de <i>cruising</i> **	25	2,5
Otro lugar	11	1,1

Fuente: Resultados de España de la encuesta EMIS-2017 (26)

*un participante no contestó a la pregunta; **calle, área de servicio, parque, playa, baños

Las características o dinámicas de las prácticas de chemsex en este tipo de lugares y contextos han sido descritas en estudios cualitativos etnográficos realizados en España (24,27,28).

1.3. Sustancias más habituales. Patrones de consumo

Diversas sustancias y fármacos se han asociado a la práctica del chemsex, incluyendo GHB/GBL (gammahidroxibutirato/gammabutirolactona), cocaína, mefedrona u otras catinonas (3-MMC, 4-MMC), poppers, metanfetamina, ketamina, éxtasis/MDMA, fármacos para favorecer la erección, entre otras, y siendo muy frecuente el policonsumo y la mezcla con alcohol (7,9). Algunas de estas sustancias proporcionan el *subidón* asociado al incremento del deseo sexual y desinhibición buscadas durante las relaciones sexuales (1,29).

En la Tabla 2 se describen los tipos de sustancias utilizadas habitualmente en la práctica del chemsex (adaptado de (29,30)).

En España, los hombres GBHSH que practican chemsex pueden utilizar cualquier droga que esté disponible (24). No solamente se observan diferencias en el consumo de drogas según ciudad o país, sino también se dan cambios a lo largo del tiempo en un determinado lugar por temas relacionados con el coste y/o la calidad de las drogas, o por modas o tendencias que se pueden dar en un momento. Un ejemplo de ello sería el caso de la metanfetamina, sustancia que se ha popularizado en los últimos años y que tiene un coste menor que la cocaína, además de presentar un mayor efecto estimulante.

Policonsumo

Diversos estudios a nivel nacional e internacional han evidenciado que es habitual el policonsumo de sustancias durante las sesiones de chemsex (9,21,31). En el estudio multicéntrico ASTRA realizado en Reino Unido en 2014, con una muestra de 2.248 hombres GBHSH, encontraron que aproximadamente la mitad consumían drogas con fines sexuales y, de éstos, un 47% utilizaron 3 o más drogas y un 21% utilizaron 5 o más (21).

Existen interacciones específicas tipo droga-droga, o droga-fármaco, que pueden hacer que se incremente o disminuya el efecto percibido/buscado y esto haga que se consuma en exceso. Esto puede favorecer la intoxicación grave con consecuencias físicas como las sobredosis (conocidas como *doblar*) y psicopatológicas, tales como episodios psicóticos, depresión, conducta suicida, que se han observado con mayor frecuencia en personas que practican *slamming*, además de policonsumo de sustancias (30).

Asimismo, el policonsumo de distintas sustancias con efectos contrapuestos permite que la sesión se prolongue en el tiempo, lo que puede favorecer la aparición de lesiones en mucosas por prácticas sexuales de larga duración y más lesivas que facilitan el contagio de ITS. Un episodio de chemsex puede durar entre cinco horas y varios días (24).

Aunque el alcohol y el cannabis no son sustancias habitualmente asociadas a las sesiones de chemsex, es frecuente su consumo previamente a los encuentros

sexuales, actuando como desinhibidores. Su consumo durante o posteriormente a la sesión aumenta sustancialmente el riesgo de interacciones con otras drogas o fármacos.

En la tabla 3 se describen los riesgos de interacciones entre drogas y fármacos específicos (32).

Vías de administración

Las formas de administración de estas drogas son variadas: vía oral, inhalada, fumada, rectal, intramuscular e intravenosa (*slamming*), siendo esta última la más asociada a riesgos de salud cuando se comparte el material de inyección (33,34).

Las drogas más consumidas vía inyectada son metanfetamina y mefedrona, aunque hay algunos hombres que se inyectan también con otras drogas solubles como cocaína, MDMA, mefedrona o ketamina, o incluso que también pueden hacerlo con una mezcla de drogas (24). Se suelen utilizar jeringuillas para insulina, droga disuelta en suero fisiológico e inyección intravenosa, intramuscular o subdérmica (debajo de la piel). El efecto es casi inmediato (entre 15 y 30 segundos) y potente.

Patrones de consumo

Se han descrito diferentes patrones de intensidad y severidad de consumo en prácticas de chemsex, para los cuales la intervención también es diferente (35):

- Consumo experimental.
Se trata de hombres que tienen sus primeras experiencias practicando chemsex, potencialmente introducidos por parte de terceros, sin que suponga necesariamente la repetición o continuación de estas.
- Consumo ocasional.
Pueden estar vinculados al circuito y calendario de festivales de ocio dirigidos al público gay. El componente sexual ocupa un lugar central en algunos de estos eventos, multiplicándose las oportunidades para que se difundan nuevos patrones de comportamientos sexuales y de consumo. Este consumo intenso y concentrado en fechas señaladas, puede dar un lugar a un patrón conocido como *binge* o atracón.
- Consumo habitual.
Las características del consumo y la prolongación de las sesiones de chemsex, hacen que el grueso de ellas tenga lugar durante los fines de semana, cuando la mayoría de los potenciales participantes disponen de más tiempo libre. Además de poder alargarse más allá del domingo, en las grandes ciudades (y en los destinos vacacionales populares entre el público gay), este patrón de consumo puede evolucionar hasta darse cualquier día de la semana.

Tabla 2. Sustancias utilizadas habitualmente en la práctica del chemsex						
SUSTANCIA	NOMBRE POPULARES	FORMA DE PRESENTACIÓN	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS BUSCADOS	EFFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES	TIEMPO DE DURACIÓN
MEFEDRONA Otras catinonas: pentedrona, 4-MEC, 3-MMC, a-PVP	Mefe, miau-miau, sales de baño. Alfa (para a-PVP)	Polvo, cristales, tabletas, cápsulas	Oral. Esnifada. Intravenosa (<i>siam</i>) Intraanal	Estimulación, excitación sexual, euforia, sentimientos de empatía	Dependencia. Síntomas psicóticos. Agitación. Convulsiones, distonías. Toxicidad cardiológica, renal. Síndrome serotoninérgico	Oral. 4 h. Esnifada: 1 h. IV: 45 min
META- ANFETAMINA	Tina, <i>crystal meth</i> , vidrio, tiza, cranck, speed, (<i>sulfato de anfetamina</i>)	Polvo, cristales	Esnifada. Fumada en pipa. Intravenosa. (<i>siam</i>) Intraanal	Estimulación, desinhibición, excitación sexual, incremento de confianza y autoestima	Síntomas psicóticos. Hipertensión. Gran capacidad adictiva. Xerostomía y caries	4-12 h.
GHB/GBL	Éxtasis líquido, G, <i>gyna</i> , <i>éxtasis líquido</i> , <i>chorri</i> , <i>potes</i>	Líquido transparente, gusto levemente salado	Oral (se bebe a pequeñas dosis)	Sedación, relajación del esfínter anal. Euforia, desinhibición, borrachera, estimulación sexual	Somnolencia, pérdida de control motor (con dosis acumulativas). Coma, muerte. Dependencia. En abstinencia: Convulsiones. <i>Delirium</i> . Síntomas psicóticos. Coma	Hasta 7 h.
NITRITOS DE ALQUILO /BUTILO	<i>Poppers</i>	Líquido volátil	Inhalada	Euforia, deseo de socialización. Excitación y aumento de potencia sexual, sensaciones placenteras prolongadas	Cefalea. Toxicidad retiniana. Hipoxia. Anemia hemolítica	1-2 min.

Tabla 2. Sustancias utilizadas habitualmente en la práctica del chemsex						
SUSTANCIA	NOMBRE POPULARES	FORMA DE PRESENTACIÓN	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS BUSCADOS	EFFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES	TIEMPO DE DURACIÓN
MDMA	Éxtasis, eme, cristal, x. Sextasy (con sildenafil)	Cristales, polvo o comprimidos	Oral	Estimulación, sentimientos de empatía, aceptación y conexión	Ansiedad. Taquicardia, bruxismo, "golpe de calor". Síntomas afectivos y resaca en días posteriores	6 h.
COCAÍNA	Coca, blanca, farlopa, tema	Polvo blanco	Esnifada Fumada (base)	Activación, excitación sexual, hiper-alerta	Síntomas paranoídes y maníformes. Hiperactivación adrenérgica. Vasoespamo e isquemia	45 min.
KETAMINA	Keta, vitamina K, Special K	Polvo, cristales, líquido	Esnifada, Oral Intramuscular Intravenosa (slam)	Estimulación inicial, relajación, empatía, mejora de la percepción. Incremento del umbral del dolor. Disociación	Midriasis. Desrealización. Caídas por pérdida de control motor. Síntomas confusionales/disociativos. Hepato y nefrotoxicidad	2-3 h.
INHIBIDORES DE LA 5-FOSFODIESTERASA	Sildenafil (Viagra®), vardenafilo (Levitra®) y tadalafil (Cialis®)	Comprimidos	Oral	Mantenimiento de la erección	Cefalea, dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (tinción azul de la visión). Pérdida de audición. Isquemia coronaria	4-8 h: sildenafil y vardenafilo. 36 h: tadalafil

Fuente: Adaptado de (29,36)

- Consumo diario.

Algunos usuarios desarrollan patrones de consumo diario (algunas sustancias pueden producir dependencia física), ya no necesariamente únicamente vinculado a actividad sexual.

En el caso de los trabajadores sexuales, a diferencia de otros usuarios, los tiempos de consumo y de descanso resultan más irregulares. La presión para consumir por parte de algunos clientes es también un elemento diferencial. Este perfil puede reunir mayores elementos de vulnerabilidad (24). Parte de ellos son personas migrantes, con alta movilidad geográfica y por tanto con dificultades para acceder a servicios sociosanitarios, y con escasas redes de apoyo y solidaridad primaria.

Tabla 3. 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, benzodiazepinas	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, sildenafil	Inhibición de CYP3A4	Incremento de niveles de ketamina, sildenafil en el organismo
ANTIRRETROVIRALES con potenciadores: Ritonavir/Cobicistat	GHB*, mefedrona, metanfetamina, MDMA	Inhibición de CYP2D6	Incremento de niveles de GHB, mefedrona, metanfetamina, MDMA en el organismo

Fuente: Adaptado de (32)

* GHB podría ser metabolizado por CYP3A4 y CYP2D6, pero no hay datos de estudios en humanos

1.4. Los motivos para practicar chemsex

Identificar y comprender los motivos que llevan a una proporción de hombres GBHSH a consumir drogas con fines sexuales es importante a la hora de enfocar las intervenciones preventivas y asistenciales dirigidas al colectivo. La mayoría de los estudios describen múltiples motivos tanto a nivel individual, contextual, comunitario como estructural que interactúan y coexisten simultáneamente.

Los principales trabajos que han analizado los motivos que impulsan a los hombres GBHSH a la práctica del chemsex, lo han hecho desde un abordaje cualitativo, metodología que permite conocer los significados, valoraciones y atribuciones que cada persona realiza a partir de su experiencia con el consumo de drogas con fines sexuales y de su relación con el contexto social gay (24,37-43). Aunque la categorización varía en función del marco conceptual adoptado, todos los autores coinciden a la hora de señalar un primer grupo de razones relacionadas con el uso instrumental de las drogas para conseguir experiencias sexuales sensorialmente más poderosas. En concreto, todos destacan el efecto de las sustancias acentuando la intensidad del deseo, de la excitación, de los orgasmos, el mayor rendimiento sexual al poder tener mejores erecciones o retardarlas o recuperarse muy rápidamente y poder tener más relaciones sexuales con la misma o con otras parejas. También se busca tener mayor aguante físico y poder prolongar el tiempo de las sesiones sexuales. El consumo de algunas sustancias facilita la euforia y la desinhibición sexual, la realización de fantasías sexuales o de determinadas prácticas extremas que podrían ser dolorosas si no se está bajo sus efectos (p. ej. el *fisting*) o relaciones en las que se ejerce dominación, violencia o agresividad y que suelen estar sujetas a fuertes cargas morales.

Otro gran incentivo para participar en las sesiones donde se practica el chemsex son las intensas emociones y sensaciones que se experimentan, la búsqueda de compartir espacios de intimidad con otros hombres y el deseo de experimentar situaciones estimulantes como el sexo en grupo. Muchos participantes describen el efecto de pérdida de los límites personales, de sensación de libertad sexual, de intensos sentimientos de conexión, de intimidad emocional incluso de fusión corporal con las parejas sexuales aunque sean desconocidos. Un efecto muy valorado es la mejora de la autoestima y el aumento de confianza sexual a la hora de ligar y de relacionarse con otros hombres en un contexto sexual, el sentirse físicamente más atractivos. Algunos participantes perciben el consumo de drogas para tener sexo como parte de la identidad o cultura gay provocando un fuerte sentimiento de pertenencia y de aceptación por parte del colectivo. Es una forma alternativa de socializar en el grupo, un medio para establecer relaciones y crear redes sociales con otros hombres o para involucrarse emocionalmente con parejas sexuales que consumen drogas (24,38,39).

A las razones anteriormente mencionadas habría que añadir factores de índole psicológico y/o social que también se han relacionado con el consumo de drogas con

finés sexuales. Los participantes en los estudios identifican la práctica del chemsex como vía de escape a situaciones personales difíciles o dolorosas (24,37-43). Algunos hombres señalan que la práctica del chemsex es una estrategia para afrontar conflictos internos por su homosexualidad o sentimientos producidos por el estigma asociado a la infección por el VIH; siendo un medio para manejar la angustia, para mantener la estabilidad emocional, o para aliviar el sentimiento de soledad no deseada muy habitual en este colectivo (24,38,40). En ocasiones se hace referencia a la existencia de una cierta presión de grupo al contemplar que la gran mayoría de participantes consume o que refieren experiencias sexuales positivas consumiendo drogas (24).

Bibliografía

1. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. 2019;19(1):3-10. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330636432_Chemsex_origins_of_the_word_a_history_of_the_phenomenon_and_a_respect_to_the_culture (consultado septiembre 2019)
2. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014. Disponible en: www.sigmaresearch.org.uk/chemsex (consultado septiembre 2019)
3. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015;351. Disponible en: https://www.cnwl.nhs.uk/wp-content/uploads/bmj.h5790.full_1.pdf (consultado septiembre 2019)
4. Azhar M. Azhar investigates the rising popularity of «chemsex» parties on London's gay scene and the new challenges they present to public health services. julio de 2015; Disponible en: <https://www.bbc.co.uk/programmes/b060blkz> (consultado septiembre 2019)
5. Glyde T. Chemsex exposed. *The Lancet*. 2015;386. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2901111-3> (consultado septiembre 2019)
6. 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. *Rev Multidiscip Sida*. 2017;5(11):8-20. Disponible en: <http://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/> (consultado septiembre 2019)
7. Fernández-Dávila P. «Sesión de sexo, morbo y vicio»: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Rev Multidiscip Sida*. 2016;4(7):41-65. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/sesion-de-sexo-morbo-y-vicio-una-aproximacion-holistica-para-entender-la-aparicion-del-fenomeno-chemsex-entre-hombres-gais-bisexuales-y-otros-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres-en-espana/> (consultado septiembre 2019)

8. Giraudon I, Schmidt AJ, Mohammed H. Surveillance of sexualised drug use-the challenges and the opportunities. *Int J Drug Policy*. 2018;55:149-54.
9. The EMIS Network. EMIS-2017-The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. Disponible en: http://sigmaresearch.org.uk/files/EMIS-2017_-_The_European_MSM_Internet_Survey_-_findings_from_50_countries.pdf (consultado septiembre 2019)
10. Fernández-Dávila P. ChemSex en España: Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. *Rev Multidiscip Sida*. 2018;6(13):57-62. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/chemsex-en-espana-reflexiones-sobre-buena-praxis-y-lecciones-aprendidas/> (consultado septiembre 2019)
11. European ChemSex Forum. Position paper from organisers and participants of the 2nd European Chemsex Forum. Disponible en: <https://ihp.hiv/chemsex-position-paper/> (consultado septiembre 2019)
12. Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2018;55:131-48.
13. Fernández-Dávila P. "ChemSex in the sauna": An ethnographic study on the use of drugs in a gay sex venue in Barcelona. Póster presentado en: European Chemsex Forum; 2018. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/recursos/inmagic-img/DD41325.pdf> (consultado septiembre 2019)
14. Castaño V. Pautas y modelos de consumo abusivo de drogas en mujeres que ejercen la prostitución. Fundación Atenea. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: http://www.drogasextremadura.com/archivos/Pautasymodelosdeconsumo_abusivodeDrogas.pdf (consultado septiembre 2019)
15. Meneses C. Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Rev Esp Drogodepend*. 2010;35(3):329-44. Disponible en: https://www.aesed.com/upload/files/vol-35/n-3/v35n3_5.pdf (consultado septiembre 2019)
16. Pardo E, Meroño M. Estudio cualitativo sobre clientes de la prostitución. *Ambit Prevenció*. CEEISCAT. ASPC; 2015. Disponible en: <http://fambitprevencio.org/wp-content/uploads/2015/09/ESTUDI-CLIENTS.pdf> (consultado septiembre 2019)
17. Spauwen LWL, Niekamp A-M, Hoebe CJPA, 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;91(1):31-6.
18. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clínica*. 2015;145(3):102-7.
19. Buffin J, Roy A, Williams H, Winter A. Part of the picture: lesbian, gay and bisexual people's alcohol and drug use in England (2009-2011). Londres: The Lesbian & Gay Foundation, University of Central Lancashire; 2012. Disponible en: <http://neptune-clinical-guidance.co.uk/wp-content/uploads/2016/02/neptune-club-drug-use-among-lgbt-people.pdf> (consultado septiembre 2019)
20. European Union. State-of-the-Art Synthesis Report (SSR). Health4LGBTI: Reducing health inequalities experienced by LGBTI people. 2017. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en#fragment2 (consultado septiembre 2019)

21. 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.
22. Santos G-M, Coffin PO, Das M, Matheson T, DeMicco E, Raiford JL, et al. Dose-response associations between number and frequency of substance use and high-risk sexual behaviors among HIV-negative substance-using men who have sex with men (SUMSM) in San Francisco. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2013;63(4):540-4.
23. Hoeningl M, Chaillon A, Moore DJ, Morris SR, Smith DM, Little SJ. Clear Links Between Starting Methamphetamine and Increasing Sexual Risk Behavior: A Cohort Study Among Men Who Have Sex With Men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2016;71(5):551-7.
24. 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. Barcelona: Stop Sida, CEEISCAT y Subdirecció General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya; 2017. Disponible en: <http://stopsida.org/wp-content/uploads/2017/11/Informe-estudio-cualitativo-ChemSex.pdf> (consultado septiembre 2019)
25. Grupo de trabajo sobre chemsex. Preguntas y respuestas sobre chemsex. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Documento_preguntas_chemsex.pdf (consultado septiembre 2019)
26. Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España. Ministerio de Sanidad; 2020.
27. Fernández-Dávila P. ChemSex en una zona de cruising gay de Barcelona: una exploración etnográfica sobre las necesidades de un grupo de hombres GBHSH en situación de extrema vulnerabilidad. I Jornadas de Chemsex Stop Sida; 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337739479_ChemSex_en_una_zona_de_cruising_gay_de_Barcelona_una_exploracion_etnografica_sobre_las_necesidades_de_un_grupo_de_hombres_GBHSH_en_situacion_de_extrema_vulnerabilidad (consultado septiembre 2019)
28. 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;82:102790.
29. Dolengevich-Segal H, Rodríguez-Salgado B, Ballesteros-López J, Molina-Prado R. Chemsex. An emergent phenomenon. *Adicciones*. 2017;29(3):207-9.
30. Dolengevich-Segal H, González-Baeza A, Valencia J, Pérez-Valero I, Troya J, Serrano R, et al. Slamsex is associated with severe psychopathological consequences in HIV positive MSM. Póster presentado en: XX Jornadas Nacionales de Patología Dual; 2018 abr 19; Madrid.
31. Pufall EL, 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 Med*. 2018;19(4):261-70.
32. Moltó J. Interacciones entre las drogas usadas para el Chemsex y los fármacos antirretrovirales. En: 99 Preguntas clave sobre Chemsex. Ignacio Pérez Valero, Jose Luis Blanco Arévalo eds. Fundación SEIMC-GESIDA; 2017.

33. Grupos de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTi). Chemsex y hepatitis C: una guía para profesionales sanitarios. 2017.
34. 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.
35. Soriano R. Prevención en el contexto del chemsex. *Rev Multidisc Sida Monográfico* 2019. junio de 2019;7(17). Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/prevencion-en-el-contexto-del-chemsex/> (consultado septiembre 2019)
36. Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Ibarguchi L. Aproximación al Chemsex en España. *Imagina Más, Apoyo positivo*; 2016.
37. 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):342-6.
38. 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.
39. Graf N, Dichtl A, Deimel D, Sander D, Stöver 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.
40. Tan RKJ, Wong CM, Chen MI-C, Chan YY, Bin Ibrahim MA, Lim OZ, et al. Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: A qualitative study. *Int J Drug Policy.* 2018;61:31-7.
41. Deimel D, Stöver H, Höbelbarth 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;13(1):36.
42. 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.
43. Hickson F. Chemsex as edgework: towards a sociological understanding. *Sex Health.* 2018;15(2):102-7.

2. Situación del chemsex en España

Una de las dificultades en la aproximación a la situación del chemsex en nuestro país es que al tratarse de un fenómeno cuya emergencia ha sido relativamente reciente, existen pocos trabajos que lo hayan estudiado. Además, la falta de consenso en su definición, debido en parte a su complejidad, dificulta la comparación entre trabajos llevados a cabo en nuestro país y otros contextos.

Cuando se analizan los datos sobre chemsex, se debe, por tanto, hacerlo teniendo en cuenta este hecho, ya que las diferencias en las definiciones de chemsex utilizadas no sólo afectan a su comparabilidad sino también a los resultados obtenidos. Por poner un ejemplo, algunas de las preguntas del estudio EMIS 2017 no incluyen el uso de GHB/GBL, lo que podría infraestimar la prevalencia.

Podría decirse que la alarma sobre la emergencia del chemsex fue la publicación en 2013 por Antidote (1). Desde este servicio de atención a población LGTBQ+ usuaria de drogas, se alertaba sobre un cambio en el patrón de consumo entre hombres GBHSH, con un mayor uso de metanfetamina, mefedrona y GHB/GBL en contexto sexual, y frecuencias elevadas de uso de la vía inyectada. Además, se subrayaba que este aumento había sido más importante dentro del grupo de GBHSH que vivían con VIH.

Desde ese momento, varios trabajos han intentado ofrecer luz sobre esta realidad en nuestro país, bien con análisis de datos secundarios o bien con estudios llevados a cabo con tal fin. A continuación, se presentan los más relevantes.

Aunque la encuesta EMIS-2010 no recogía información sobre chemsex propiamente dicho, sí que exploraba el uso de drogas en general en la población de hombres GBHSH. En un estudio publicado por el propio grupo Sigma (2), se midió la frecuencia de uso de GBL/GHB, ketamina, metanfetamina o mefedrona en el último mes en 44 ciudades europeas, drogas usadas con frecuencia en la práctica del chemsex, encontrándose que esta mostraba los valores más altos en 10 ciudades: Brighton (16,3%), Manchester (15,5%), Londres (13,1%), Ámsterdam (11,2%), Barcelona (8%), Zúrich (7%), Berlín (5,3%), Madrid (5%), Dublín (4,4%) y Valencia (4,3%). Asumiendo que no todo el uso de estas drogas era con fines sexuales, y que por tanto los datos pueden estar sobreestimados, se podrían considerar prevalencias de chemsex entre el 4% y el 10% en estas ciudades.

También se analizaron de forma global los factores asociados al consumo de cualquiera de estas drogas, encontrándose que el tamaño de la ciudad de residencia fue el factor que más se relacionaba con el uso de cualquiera de ellas (a mayor tamaño del municipio de residencia mayor consumo de drogas), pero también lo eran el haber sido diagnosticado de VIH y un mayor número de parejas sexuales. Un análisis realizado con datos de los participantes de EMIS-2010 residentes en España mostró la asociación entre el consumo de estas drogas y la mayor prevalencia de prácticas sexuales de riesgo

(3), aunque al tratarse de un estudio transversal no se pudo establecer una relación de causa-efecto.

En 2016 se publicaron los resultados de una encuesta online llevada a cabo por las organizaciones Imagina Más y Apoyo Positivo y que cumplieron 486 GBHSH que habían practicado chemsex en el último año, definido como consumo de sustancias asociado a contextos sexuales (4).

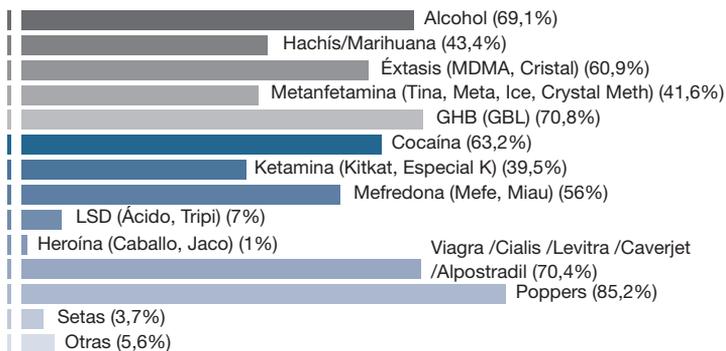
Al tratarse de un estudio cuyo criterio de inclusión era el consumo de cualquier tipo de droga en un contexto sexual y concentrarse su difusión en dos ciudades, el estudio no aportó datos sobre prevalencia, pero sí permitía identificar el perfil sociodemográfico y de consumo de los participantes.

Se encontró un perfil de hombres GBHSH residentes mayoritariamente en Madrid (47%) o Barcelona (42%), de 25 a 45 años (83%) y con estudios universitarios o superiores (68%).

En cuanto a las sustancias consumidas, las más frecuentes fueron, por orden decreciente, poppers, Viagra® o similares, GHB/GBL, alcohol, cocaína, éxtasis, mefedrona, metanfetamina y ketamina (Figura 1). Un 74% de los participantes declaró usar las drogas en sesiones, pero también un 34% las usaba en pareja. La mefedrona fue más consumida en Madrid (73,7%) que en Barcelona (37,9%), mientras que la metanfetamina fue más consumida en Barcelona (51,9% vs. 38,2%).

Estos datos de 2016 mostraban un patrón de consumo diferente al que de forma más típica se venía describiendo en Inglaterra, donde la cocaína y éxtasis parecían tener mayor protagonismo. Por último, los porcentajes de usuarios mensuales de algunas de estas drogas hablaban de un patrón de consumo reiterado de en torno a uno de cada cuatro usuarios de estas sustancias.

Figura 1. Frecuencia de uso de diferentes tipos de drogas



Fuente: Adaptado del informe "Aproximación al chemsex en España" (4)

Otros trabajos se han aproximado a la prevalencia del chemsex en determinados grupos desde la publicación de este estudio. Algunos de ellos se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Algunos trabajos que estiman la frecuencia de práctica de chemsex en algunos subgrupos de hombres GBHSH en Madrid.

Año	Población	Tamaño muestral	Definición de chemsex	Frecuencia
2014 (5)	Hombres GBHSH con diagnóstico de VIH reciente en centro de ITS Sandoval de Madrid.	61	Práctica de sexo no protegido bajo el efecto de las drogas (incluyendo alcohol) en el último año	77%
2017 (6)	Hombres GBHSH VIH negativos asistentes al Orgullo Gay de Madrid	339	Uso de sustancias psicoactivas en el contexto de relaciones sexuales en los últimos 6 meses	51%
2016-2017 (7)	Hombres GBHSH con VIH pacientes de servicios hospitalarios de VIH de Madrid	742	Uso intencional de mefedrona, MDMA, metanfetamina, anfetaminas, GHB/GBL, ketamina o cocaína durante el sexo en el último año	29%

Fuente: Adaptado de (5,6,7)

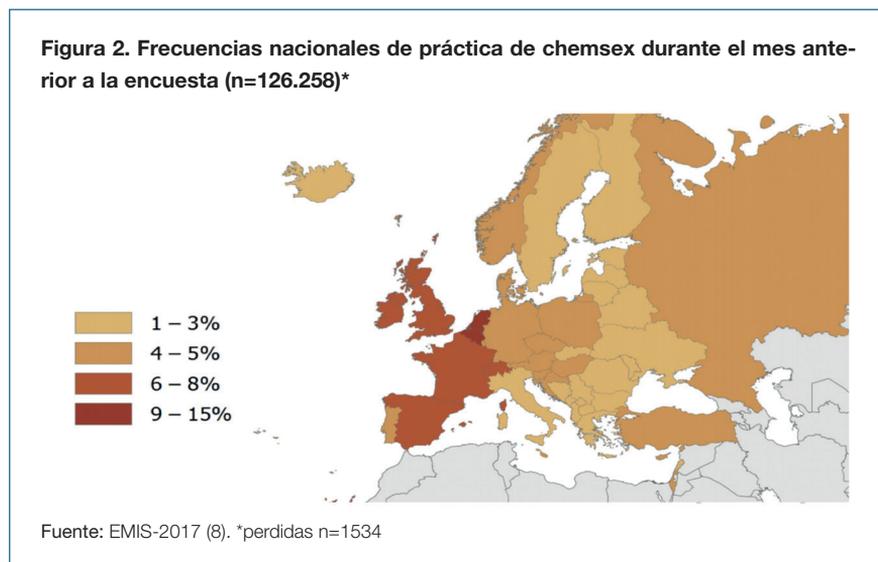
Aunque se trate de poblaciones distintas, estos datos reflejan de nuevo como el uso de una definición más precisa podría tener una influencia sobre la medida de la frecuencia.

Esta encuesta online EMIS-2017 se realizó en países europeos, Canadá y Filipinas. El informe final de la misma con resultados de 50 países se publicó en agosto de 2019. En total, se llevaron a cabo 127.792 encuestas, de las cuales 10.652 fueron entre hombres GBHSH residentes en España (8).

En esta ocasión, a diferencia del estudio realizado en 2010, sí se incluyó entre los objetivos medir la práctica de chemsex y describir el patrón de consumo y el perfil sociodemográfico de usuarios. En este estudio se preguntó por el uso de

drogas estimulantes (éxtasis/MDMA, cocaína, speed, metanfetamina, mefedrona y ketamina) para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo.

Basándose en esa pregunta y, asumiendo que las drogas no estimulantes podrían aparecer infrarrepresentadas, en el siguiente mapa (Figura 2) se puede observar la frecuencia de práctica de chemsex durante el mes anterior a la realización de la encuesta en varios países europeos.



Los países con una mayor frecuencia de chemsex fueron Holanda y Bélgica (entre del 9 y el 15% de los participantes), seguidos de Irlanda, Reino Unido, Francia y España (6-8%). No obstante, dado que se trata de un fenómeno que se concentra en grandes ciudades, los resultados por países podrían estar enmascarando una prevalencia local aún mayor.

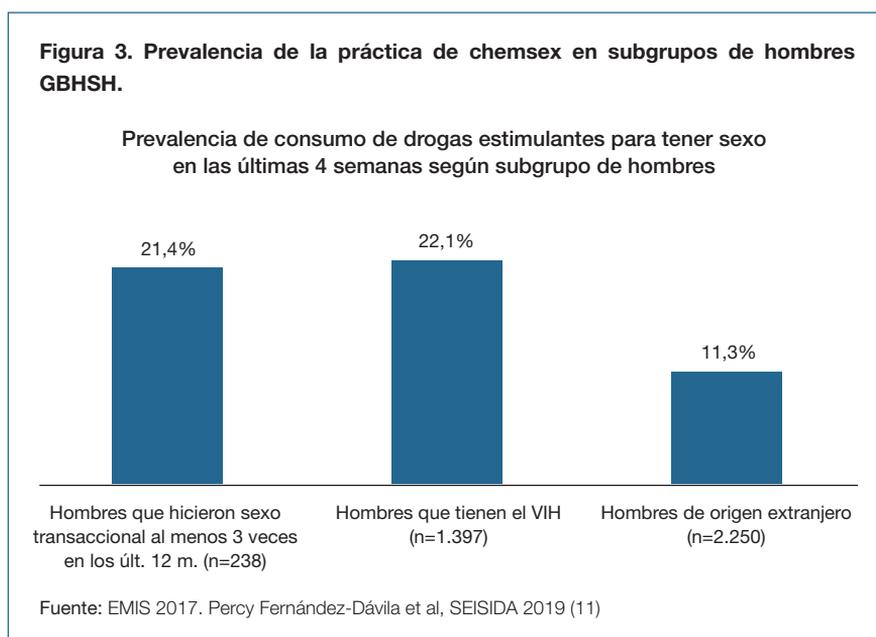
A nivel europeo, el informe presenta la frecuencia de inyección de drogas. Aunque en términos absolutos la frecuencia no es alta (1,2% de los participantes la había practicado en el último año), dentro de esta vía de administración predominan las drogas relacionadas con el chemsex. De entre los que se habían inyectado alguna droga en los últimos 12 meses, el 52% usó metanfetamina, el 31% mefedrona y el 25% otras drogas sintéticas parecidas a la mefedrona. En el caso de España, entre los hombres que declararon haber consumido drogas en el último encuentro sexual con pareja ocasional o trío con la pareja estable, un 2,3% (n=17)

de los hombres que habían consumido Viagra®, éxtasis, MDMA, anfetamina, metanfetamina, mefedrona u otros estimulantes sintéticos, GHB, o cocaína refirieron haberse inyectado en esa ocasión.

Esto es consistente con los resultados de otros estudios publicados en España sobre el uso inyectado de drogas en hombres GBHSH, que apuntan a que es minoritario (7,9). Si bien es cierto que la práctica del *slamming* puede ser infra-reportada por las actitudes negativas que existen dentro del colectivo (10). En el estudio de Imagina Más y Apoyo Positivo un 10% de quienes habían practicado *slamming* había compartido material de inyección (4).

Siguiendo con los datos de los participantes en España, éstos muestran que, entre los hombres que habían tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 14,1% había practicado chemsex en ese periodo y el 7,6% lo había hecho en las últimas 4 semanas, tal y como se muestra en la figura 2 (11). El 9,5% refirió haber practicado chemsex con más de un hombre a la vez (trío o sexo en grupo) en los últimos 12 meses, lo que, en contraste con el 14,1% global, debe llevar a pensar en que esta práctica ocurre también en el contexto de la pareja.

Por otra parte, la frecuencia de la práctica de chemsex en el último mes fue más alta en algunos subgrupos de hombres GBHSH como aquellos que refirieron haber cobrado o pagado a cambio de sexo, los hombres que tienen el VIH y los nacidos fuera de España (Figura 3).



Esta prevalencia también fue diferente a nivel geográfico. Tal y como se presentó en la reunión anual de la Sociedad Española de Epidemiología, a nivel autonómico la prevalencia más alta se encontró en Baleares (12,4%) y Cataluña (10,6%), seguido de Madrid (8,8%), Canarias (7,3%), Comunidad Valenciana (6,5%), Aragón (5%) y Asturias (4,8%) (12). Así, se puede ver que algunas capitales presentan prevalencias de práctica de chemsex superiores a las de sus comunidades autónomas (Tabla 2). Dado que el diseño de este estudio no tuvo en cuenta la representatividad autonómica y que el número de encuestas en algunas comunidades autónomas fue pequeño, estos datos han de interpretarse con precaución. Solamente se calculó el indicador para comunidades con más de 100 participantes. Cruzando los datos con el dato de residencia en una ciudad de más de 500.000 habitantes, se identificaron igualmente los indicadores para algunas ciudades.

Tabla 2. Uso de drogas estimulantes (éxtasis/MDMA, cocaína, speed, metanfetamina, mefedrona y ketamina) en las cuatro últimas semanas para hacer que el sexo fuera más intenso o durara más tiempo.

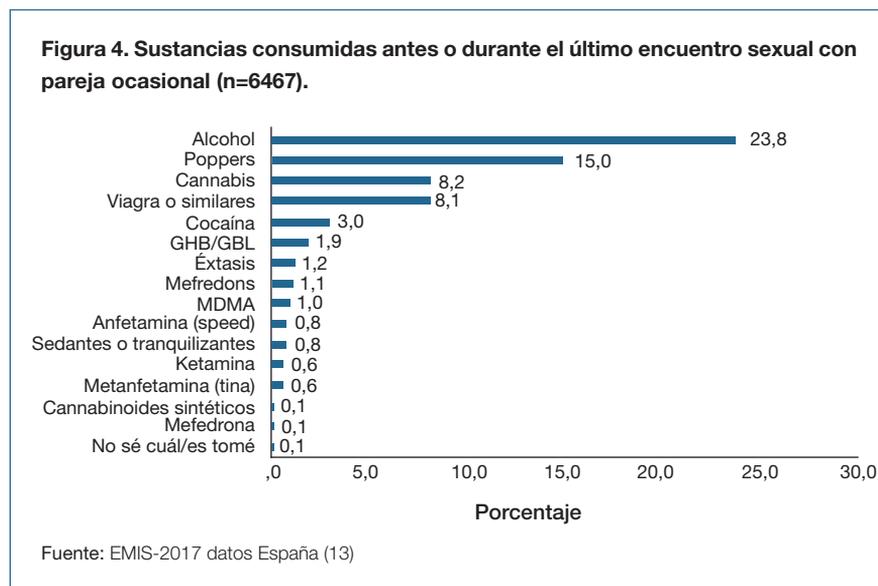
Comunidades	%	Ciudades	%
Islas Baleares	12,4	Barcelona	13,7
Cataluña	10,6	Madrid	9,7
Comunidad de Madrid	8,8	Valencia	7,5
Canarias	7,3	Zaragoza	5,2
Comunidad Valenciana	6,5	Sevilla/Málaga	4,8
Aragón	5		
Principado de Asturias	4,8		

Fuente: EMIS-2017 datos España. C Folch et al. SEE 2019 (12)

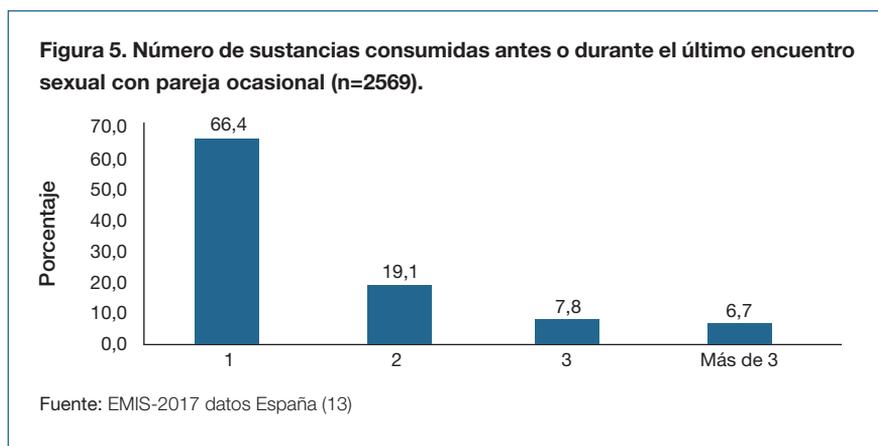
Entre los participantes que indicaron haber usado drogas estimulantes y haber tenido sexo con más de un hombre al mismo tiempo en los últimos 12 meses, los lugares más frecuentes donde ocurrió el encuentro sexual fueron una casa privada (68,4%) y un local comercial de sexo (sauna, club de sexo, cuarto oscuro de bar) (24,5%), lo que subraya la importancia de los espacios privados para la práctica del chemsex en nuestro contexto (11).

Por otro lado, en el marco de EMIS-2017 en España (13), el 41,1% de los hombres que tuvieron su último encuentro sexual con una pareja ocasional o trío con la pareja estable habían consumido alcohol o drogas durante el sexo. Dentro de este grupo, las sustancias más consumidas fueron el alcohol (23,8%), poppers

(15,0%), cannabis (8,2%), Viagra® o similares (8,1%) y cocaína (3,0%) (Figura 4). Estas sustancias fueron también las más declaradas a nivel europeo, excepto para el caso de la cocaína que a nivel global fue reportada por el 1,0%, siendo el GHB la droga reportada en quinta posición (2,6%).



Entre los hombres que declararon haber consumido drogas en el último encuentro sexual con pareja ocasional (Figura 5) o trío con la pareja estable, el 33,6% declaró policonsumo, es decir, consumo de más de una sustancia a la vez. El porcentaje que refirió 3 o más sustancias diferentes fue del 14,5% (13).



El policonsumo había sido abordado también en otros estudios anteriores en España. El estudio U-SEX realizado en 742 hombres GBHSH con infección por el VIH mostró que el 29,1% de los participantes habían practicado chemsex en el último año y de éstos, el 45,4% habían utilizado 3 o más drogas por sesión (7). Por su parte, en un estudio realizado en Madrid en 2016 en usuarios que acudían a un centro de atención a las adicciones por presentar un trastorno por dependencia de mefedrona, se observó que el 100% de los usuarios realizaban un policonsumo de 3 o más sustancias (14).

Bibliografía

1. Stuart, D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing* 2013;6-10.
2. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F, et al. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy* 2016; 38: 4-12.
3. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clí* 2015; 145(3): 102-107.
4. Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Ibarguchi, L. Aproximación el Chemsex en España 2016. *Imagina Más, Apoyo positivo*. Disponible en: apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximación-Chemsex-en-España-2016.pdf (consultado febrero 2020).
5. Ayerdi-Aguirrebengoa O, Vera-García M, Puerta-López T, Raposo-Utrilla M, Rodríguez-Martin C, Del Romero-Guerrero J. To whom is HIV pre-exposure prophylaxis proposed? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017; 35(5):299-302.
6. Iniesta C, Álvarez-del Arco D, García-Sousa LM, Alejos B, Díaz A, Sanz, N, et al. Awareness, knowledge, use, willingness to use and need of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) during World Gay Pride 2017. *PLoS One* 2018, 13(10): e0204738.
7. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez M J, 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). 112-118.
8. The EMIS Network. EMIS-2017-The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.
9. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clí* 2015;145(3): 102-107.
10. Fernández-Dávila P, Folch C, Galán V, et al. Slamming: actitudes, usos, cuidados y riesgos en un grupo de hombres gais y bisexuales que hacen ChemSex en la ciudad de Barcelona. Poster

presentado en XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Sevilla, 2017.

11. Fernández-Dávila P, Folch C, Díaz A, Vázquez MC, Villegas L, Mora R, et al. Consumo de drogas recreativas y su uso sexualizado en hombres gay, bisexuales y otros hombres-que-tienen-sexo-con-hombres de España: Resultados preliminares del estudio EMIS2017. XIX Congreso Nacional Sobre El SIDA e ITS (SEISIDA). Alicante 2019.
12. Folch C, Fernández-Dávila P, Díaz A, Vázquez M, Meyer S, Casabona, J. ¡Forma parte de algo grande! Resultados preliminares del EMIS 2017. XXXVII Reunión Anual SEE, XIV Congreso Da APE, XVIII Congreso SESPAS. Oviedo 2019.
13. Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España. Ministerio de Sanidad, 2020
14. Ballesteros-López J, Molina Prado R, Dolengevich-Segal H. Mefedrona y chemsex. Análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid. Revista Española de Drogodependencias. 2016;41(4)46-68.

3. Competencias culturales para la comprensión del chemsex

3.1. Competencias culturales y cultura sexual gay

La adquisición de competencia cultural ha sido definida como el proceso en el cual los profesionales de la salud se esfuerzan por adquirir conciencia, conocimientos y habilidades para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad (1,2). Este reconocimiento de la importancia de la cultura y la diversidad cultural en el cuidado de la salud, comenzó a ser impulsado desde la OMS a partir de los años 80 (3).

Factores socioculturales como el estigma, el *bullying* o las agresiones LGTBQ+fobas tienen un impacto en la salud y bienestar de quienes las sufren. Las evidencias disponibles muestran que las personas lesbianas, gais o bisexuales son entre dos y tres veces más propensas a presentar un problema psicológico o emocional de larga duración (incluyendo ideación suicida y suicidio, abuso de sustancias y autolesiones) en comparación con la población general (4). No debe caerse en la asunción de que las necesidades de salud de este colectivo estén relacionadas solamente con la salud sexual (5).

Diversos informes nacionales e internacionales confirman incidentes de discriminación hacia las personas LGTBQ+ en España (6), algunos de ellos ocurridos en servicios de salud (7), en los que es más probable que reporten experiencias negativas, incluidos problemas de comunicación con los profesionales e insatisfacción con el tratamiento y la atención recibida (4). Parte de estas personas temen que, si revelan su orientación o su identidad sexual a un trabajador sanitario, pueden ser objeto de discriminación y de peor trato (5).

La combinación de elementos como el estigma, la marginación, el estrés de las minorías y el afrontamiento desadaptativo (incluido el uso de drogas) contribuyen a la participación en “entornos de riesgo” sindémicos. La noción de sindemia hace referencia a una correlación de problemas de salud y factores psicosociales, que actúan conjuntamente aumentando la vulnerabilidad a, por ejemplo, contraer el VIH (8,9). Siguiendo estos enfoques teóricos, el chemsex podría ser uno de los escenarios en los que se expresan los comportamientos de riesgo resultantes de ese cúmulo de factores.

Los hombres gais son un grupo de población diverso, compuesto por personas de diferente edad, etnia, nacionalidad, nivel de estudios, situación económica, etc. Existen muchas formas de vivir el hecho de ser gay y esa diversidad se manifiesta también en la cultura sexual gay, existiendo dentro de la misma distintas subculturas sexuales, que forman parte a su vez de las amplísimas manifestaciones de la sexualidad humana.

La cultura sexual gay es el resultado de un proceso de construcción cultural histórico y dinámico. Se nutre de un conjunto de referencias compartidas, que entre otros aspectos incluye elementos de comunicación propios, como el uso de códigos y símbolos (10) para expresar por ejemplo preferencias, roles, atributos, deseos, etc. Otras manifestaciones de esa cultura sexual se expresan por ejemplo a través de la preferencia por determinadas prácticas o juegos sexuales, la elección de la vestimenta, la parafernalia de juguetes eróticos, el diseño de los locales de encuentro sexual, o los códigos y normas de comportamiento e interacción en estos últimos, entre otros aspectos.

Existen hombres GBHSH que mantienen comportamientos e imaginarios eróticos y sexuales particulares y diferenciados, como por ejemplo es el caso de la cultura *bareback* (11), la cultura del chemsex (12), la cultura *leather* y *fetish* (13), o la cultura de las aplicaciones de contactos como Grindr (14), entre otros.

Algunos autores han hablado de la cultura gay como una cultura del ocio (15) argumentando que, cuando hay menores obligaciones económicas familiares, esa disponibilidad de tiempo y recursos puede invertirse en gestionar el ocio, incluyendo el de tipo sexual. Durante las últimas décadas ese elemento ha devenido en objeto de interés económico creciente para el mercado, de modo que además de un proceso de avances en derechos, libertades y la aceptación social del colectivo, se ha puesto de manifiesto su incorporación a un modelo de consumo.

Para muchos hombres gais el sexo ocupa un lugar central en su vida social, estando estrechamente conectado a la forma de relacionarse y de disfrutar de su tiempo de ocio diario, semanal o vacacional. Parte de la oferta de la industria de ocio gay está hipersexualizada (16). A las saunas y locales con cuarto oscuro que existían décadas atrás, se han unido de manera progresiva nuevos negocios como los clubs de sexo, la pornografía online, las páginas y aplicaciones de contactos, y los grandes eventos o festivales internacionales gais, en los que también los aspectos eróticos y sexuales juegan un papel destacado.

Con frecuencia la representación gráfica, artística, comercial y mediática de los hombres gais se aleja de la diversidad real del colectivo. Los medios de comunicación y la industria tienden a explotar determinados prototipos de hombre y de interpretación de la masculinidad, contribuyendo a la reproducción de ciertos estereotipos. De esta manera 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.

Las imágenes estereotipadas y la cultura del culto al cuerpo pueden tener un impacto en el imaginario comunitario ejerciendo una presión estructural sobre el resto de hombres gays (17), al establecer unos estándares de belleza inalcanzables para la mayoría. Algunas de las normas que rigen el comportamiento y la deseabilidad sexual se basan en un modelo hiperbólico de lo viril, que se nutre de la asimilación e internalización de estructuras de deseo socialmente construidas (18), llegando a producirse comportamientos de discriminación y rechazo dentro del propio colectivo hacia quienes no se corresponden con determinados modelos hegemónicos de masculinidad, algo visible por ejemplo en el discurso de algunos perfiles en las aplicaciones de contactos gays (18,19).

3.2. El papel de las App y de los circuitos de ocio gay como facilitadores de la práctica del chemsex

El uso de las aplicaciones de contactos gays basadas en tecnologías de geolocalización ocupa un lugar destacado entre los diferentes elementos que probablemente actúan como facilitadores de la práctica del chemsex, o que son recurrentemente relacionados con el mismo. Estas tecnologías facilitan enormemente la búsqueda de nuevas parejas sexuales a cualquier hora del día durante toda la semana, por lo que estas aplicaciones se popularizaron muy rápidamente en este colectivo.

En la actualidad, estas App forman parte de la cultura gay. Para muchos, las aplicaciones son ya la vía más habitual para buscar sexo o conocer otros hombres, desplazando de esta manera a los espacios tradicionales de encuentro en este colectivo. Tal es así, que se han convertido en un duro competidor para los locales de ambiente y, algunas fuentes les atribuyen ser uno de los elementos que están detrás del cierre de muchos de estos negocios (20,21).

Se ha documentado la existencia de vínculos entre el uso de estas aplicaciones y el fenómeno del chemsex. Las evidencias muestran que hay usuarios que utilizan App para buscar parejas sexuales con las que compartir sesiones, o para comprar, vender o compartir sustancias (10). Además de las referencias a estas actividades, los códigos y símbolos utilizados en este espacio de comunicación reflejan numerosos elementos complementarios de la cultura sexual en torno al fenómeno del chemsex. Es decir, más allá de facilitar los contactos, las App se han convertido en un espacio virtual capaz de generar argot y de retroalimentar códigos, fantasías y fetichismos vinculados al imaginario de la comunidad gay.

Debido al reducido tamaño de las pantallas, pero también a la importancia cada vez mayor de la comunicación basada en imágenes, una de las características del lenguaje utilizado en estas aplicaciones es la brevedad de los textos. Se trata de

expresar lo que el usuario ofrece o busca, de la manera más escueta posible. Con frecuencia, las referencias a las sustancias aparecen encriptadas o camufladas, de manera que no resulte tan obvia o explícita para otros usuarios o para los moderadores de las aplicaciones.

Algunas de las expresiones observadas en los perfiles de estas aplicaciones, hacen referencia a determinadas preferencias o prácticas, como por ejemplo el *fisting*, o los juegos con fluidos corporales, también conocidos como *cerdeo*. Aparecen igualmente términos para reflejar la duración (plan largo, sin prisas), su intensidad (*sexo a saco, cañero*), sexo sin protección (*a pelo, bb*), el consumo vía inyectada (*slam*), y otras (10).

Algunos de los códigos relacionados con el fenómeno del chemsex, como los términos *chems* o *chill*, se utilizan en numerosos países y son fácilmente interpretables. Otros, como *colocón*, son términos autóctonos. La comunicación observada presenta una enorme variedad y dinamismo. Cualquiera puede crear una combinación de emoticonos o un acrónimo. En el momento que otros usuarios copian la idea y la reutilizan, se produce un código de comunicación colectivo.

Además de las App, una vez establecido el contacto existen otras herramientas tecnológicas como por ejemplo *WhatsApp* (22), que complementan y facilitan los encuentros, lo mismo que aquellas que permiten localizar fácilmente la ubicación del lugar donde encontrarse. En relación con el fenómeno del chemsex, en definitiva, las tecnologías de la información y comunicación han dado lugar a una experiencia que facilita enormemente los contactos, incluso para aquellos que viajan y acaban de llegar a una nueva ciudad o país. La idiosincrasia del fenómeno del chemsex, tal como hoy es conocido, y con la facilidad y rapidez de búsqueda y comunicación actual entre contactos, no habría podido ser posible unas décadas atrás.

Además de estas tecnologías, otro de los elementos que tienen un papel importante como facilitadores del fenómeno del chemsex, es la existencia de circuitos internacionales de macro eventos dirigidos al público gay en diferentes ciudades a lo largo de todo el año, donde el ocio sexual representa un componente más que relevante.

Según el *World Travel & Tourism Council*, WTTC, el turismo LGBTQ+ representa el 10% del volumen de los turistas a nivel mundial y un 16% del gasto en este ámbito. España es un destino sumamente popular para este perfil de turismo y este éxito ha sido reconocido a nivel mundial. Se calcula que el país recibe anualmente unos 7 millones de turistas pertenecientes a este colectivo (23) generando unos ingresos de más de 7.200 millones de euros (24).

Los principales polos de atracción de este perfil de turismo en España son: Madrid, Barcelona, Maspalomas, Torremolinos, Sitges e Ibiza. A nivel europeo, el de Madrid es el mayor evento de celebración del Orgullo LGBTQ+, mientras que el Circuit de Barcelona es el mayor festival gay. El evento LGBTQ+ de mayor

tamaño celebrado hasta ahora en Europa fue el *WorldPride* de Madrid en 2017. Estudios del sector del turismo muestran que España ha sido repetidamente votada como el país que ofrece la mejor experiencia de vacaciones en general para estos viajeros (25).

Varias empresas españolas forman parte destacada de este sector de negocio, celebrando giras a lo largo de todo el año. Este mercado incluye festivales en Europa, América, Asia y Australia. Por ejemplo, algunas empresas de Madrid y Barcelona cuentan con fiestas anuales y giras alrededor del mundo con presencia en unas 50 ciudades (26,27). Solo el mayor festival en Barcelona atrae a unos 70.000 participantes, de los que alrededor del 70% son turistas extranjeros (28). En el caso de Canarias, el polo de atracción de Maspalomas congrega cada mes de mayo a unos 200.000 participantes durante la celebración del orgullo (29).

Algunas aplicaciones de contactos permiten registrar en las mismas los viajes que el usuario ha programado realizar, ofreciendo un calendario de eventos internacionales y permitiendo confirmar la asistencia a estas fiestas, y visitar los perfiles del resto de usuarios que ya han confirmado su participación.

Por una parte, existen pues flujos importantes de hombres gais que visitan nuestro país como turistas (además de otros que lo hacen por estudios o motivos profesionales etc.) y, por otra parte, también hay lógicamente españoles que hacen lo propio en otros países. Tanto el volumen importante de viajes y eventos citados, como el hecho de que España sea un importante destino turístico para este colectivo, contribuyen a que el colectivo gay en España esté muy expuesto a tendencias de consumo de sustancias y de conductas sexuales que se dan en esta población a nivel internacional.

En definitiva, la práctica del chemsex en el territorio de España no es solamente la que se da en españoles y residentes, sino que incluye igualmente la que realizan durante su estancia aquellos que visitan el país (22). La existencia de estos circuitos internacionales de ocio gay podría facilitar y contribuir a una más rápida difusión de los nuevos patrones de comportamientos sexuales y de consumo, por lo que sería interesante estudiar el alcance o la dimensión que este elemento ha tenido en la expansión de este fenómeno.

3.3. El argot del chemsex

El argot gay es un conjunto de términos y códigos de comunicación que recoge muchos aspectos culturales y sociales propios del colectivo, y representa un elemento de identidad y empoderamiento. Principalmente se utiliza entre las personas LGBTQ+, aunque algunas de sus expresiones (p. ej., *salir del armario*) han trascendido fuera de este ámbito (30). En los periodos o contextos en los que la homosexualidad ha estado criminalizada (30), el argot ha servido como un lengua-

je propio o incluso un modo de comunicación secreto, muy vinculado a la erótica, para evitar visibilizar una orientación o identidad sexual no normativa y eludir, así, cualquier agresión lgbtqfóbica o discriminación.

El argot del colectivo LGTBQ+ ha evolucionado de una manera muy plástica y dinámica (32). El vocabulario generado en torno a la cultura del chemsex, es un ejemplo más de ello. Quienes tienen estas prácticas, han acuñado una jerga propia (33), que utilizan en el ocio, las aplicaciones de contactos gays y en otros contextos culturales y sociales.

Esta jerga incluye, por ejemplo, nombres para referirse al chemsex (*chill, sesión, guarrichill...*), para las sustancias utilizadas (*G, mefe, tina, keta*), o para las consecuencias adversas de su práctica (*doblar, ketaminazo, chungo*). En ocasiones se trata de expresiones que de alguna manera quitan hierro al aspecto al que se refieren, pasando de esta manera dulcificada a introducirse como elemento cultural del colectivo (34), siendo un ejemplo recurrente el término *slam* o *slamming*, que evita el uso social de expresiones como “inyectarse droga”, o “pincharse”, distanciándose así de otro tipo de usuarios (35).

La globalización y el uso de las nuevas tecnologías y las aplicaciones de contacto sexual han jugado un papel crucial en el desarrollo del argot del chemsex, siendo uno de los espacios donde, con más frecuencia, se pueden encontrar esas expresiones (36).

El uso de ese argot, como ocurre en otros contextos sociales, reproduce numerosos estereotipos machistas, homófobos, serófobos y discriminatorios (37) cuyo impacto genera opresión y vulnerabilidad. Así términos como “pasiva”, “tiene pluma”, “tiene el bicho” o “es un tío (referido a una mujer trans)” son frecuentes en este colectivo, afectando de manera especial a quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, como las personas trans, las personas con el VIH (38), o quienes practican chemsex (17).

El conocimiento de este argot es una competencia básica necesaria para el desempeño de cualquier actividad de prevención, sensibilización, y atención a usuarios en este ámbito.

Bibliografía

1. Campinha-Bacote J, Campinha-Bacote D. A framework for providing culturally competent health care services in managed care organizations. *J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc.* 1999;10(4):290-1.
2. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc.* 2002;13(3):181-4.
3. Osorio-Merchán MB, López Díaz AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm.* 2008;17(4):266-70.

4. European Union. State-of-the-Art Synthesis Report (SSR). Health4LGBTI: Reducing health inequalities experienced by LGBTI people. 2017. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en#fragment2 (Consultado agosto 2019)
5. OMC. Health4LGBTI: Estrategias para reducir desigualdades en salud en personas LGBTI. Boletín Europa al día; 2016. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/452_health4lgbti.pdf (Consultado agosto 2019)
6. Gabinete de Coordinación y Estudios. Informe sobre incidentes relacionados con los delitos de odio en España. Madrid: Secretaría de Estado de Seguridad, Ministerio del Interior; 2015.
7. López A, Generelo J, Arroyo A. Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España. Madrid: Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales; 2013.
8. Fernández-Dávila P. ¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón? *Rev Multidisc Sida Monográfico* 2015. 2015;1(6).
9. 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;20(4):411-27.
10. 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. *Rev Multidiscip Sida*. 2017;5(11):8-20. Disponible en: <http://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/> (consultado septiembre 2019)
11. Dean T. *Unlimited Intimacy: Reflections on the Subculture of Barebacking*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2009.
12. 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;52:9-15.
13. Grant M. Semana leather & fetish de Berlín, cultura del cuero y fetichismo entre la comunidad gay. Disponible en: <https://www.empresasgayfriendly.com/novedad/semana-leather-fetish-de-berlin-cultura-del-cuero-y-fetichismo-entre-la-comunidad-gay-000290/> (consultado septiembre 2019)
14. Shield D. Grindr culture: Intersectional and socio-sexual. 2018;18(1):149-61. Disponible en: <http://www.ephemerajournal.org/contribution/grindr-culture-intersectional-and-socio-sexual>
15. Guasch Andreu O. *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Laertes; 2007.
16. Soriano R. Prevención en el contexto del chemsex. *Rev Multidisc Sida Monográfico* 2019. Junio de 2019;7(17). Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/prevencion-en-el-contexto-del-chemsex/> (consultado julio 2019)
17. Curto Ramos J, Lombao Pardo C, Castillo González C, Molina Prado R, Varas Soler P, Barrio Fernández P, et al. Análisis de perfiles de usuarios del Programa SEXO, DROGAS Y TU (Programa de Ocio), y el 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. *Rev Multidisc Sida*. 2019;16.

18. Ariza S. Las plumas son para las gallinas»: masculinidad, plumofobia y discreción entre hombres. *Rev Dialectol Tradic Pop.* 2018;LXXIII(2):453-70. Disponible en: <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/583/586>. (consultado agosto 2019)
19. Gómez Beltrán I. Grindr y la masculinidad hegemónica: aproximación comparativa al rechazo de la feminidad. *Estudios Sociológicos.* 2019;37(109):39-68. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-64422019000100039&lng=es&nrm=i-so&tlng=es (consultado marzo 2020)
20. Campkin B, Marshall L. LGBTQ+ Cultural Infrastructure in London: Night Venues, 2006-present. UCL Urban Laboratory; 2017. Disponible en: https://www.ucl.ac.uk/urban-lab/sites/urban-lab/files/LGBTQ_cultural_infrastructure_in_London_nightlife_venues_2006_to_the_present.pdf (consultado julio 2019)
21. Greenhalgh H. Grindr and Tinder: the disruptive influence of apps on gay bars. *Financial Times.* 2017; Disponible en: <https://www.ft.com/content/be9779b6-bfcb-11e7-823b-ed31693349d3> (consultado julio 2019)
22. 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;82:102790.
23. FITUR GAY (LGBT+) consolida su presencia en FITUR 2020. IFEMA. 2019. Disponible en: <https://www.ifema.es/fitur/noticias/fitur-gay-2020-consolida-su-presencia-2020> (consultado marzo 2020)
24. Bienvenido a “FITUR GAY (LGBT+) 2019. FITUR. Disponible en: <http://www.fiturgaylgbt.com/presentacion/> (consultado marzo 2020)
25. European Travel Commission. Handbook on the lesbian, gay, bisexual, transgender and queer (LGBTQ) Travel Segment. 2018. Disponible en: <https://genctraveller.com/2018/07/26/outline-handbook-on-the-lgbtq-travel-segment-in-europe/> (consultado septiembre 2019)
26. We party. Disponible en: <http://www.wepartyontour.com/es/nosotros/> (consultado julio 2019)
27. Circuit Festival. Disponible en: <https://circuitfestival.net/barcelona/nosotros/?lang=es> (consultado marzo 2020)
28. EFE. Circuit Festival regresa a Barcelona para convertirla en el epicentro LGTBI. 2019. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/espana/gente/circuit-festival-regresa-a-barcelona-para-convertirla-en-el-epicentro-lgtbi/10007-4041245> (consultado marzo 2020)
29. Oficina de la Concejalía de Turismo. Más de 200.000 personas disfrutan de la libertad en el Maspalomas GayPride 2017. Ilustre Ayuntamiento de la Villa de San Bartolomé de Tirajana; 2017. Disponible en: <https://www.maspalomas.com/index.php/not-culturayocio/7235-mas-de-200-000-personas-disfrutan-de-la-libertad-en-el-maspalomas-gaypride-2017> (consultado julio 2019)
30. Yeh L. Pink Capitalism: Perspectives and Implications for Cultural Management. Universidad de Barcelona; 2018. Disponible en: http://www.ub.edu/cultural/wp-content/uploads/2018/03/Ensayo-personal_Prospectiva-ii_Lorenzo_JunzuanYe.pdf (consultado septiembre 2019)
31. Alpañés E. Polari, el lenguaje secreto del mundo gay. *Revista online Yorokubo.* 2015; Disponible en: <https://www.yorokubu.es/polari-el-lenguaje-gay/> (consultado julio 2019)
32. Ruiz J. El lenguaje gay está lleno de metáforas plásticas. Entrevista a Félix Rodríguez, filósofo

- y escritor del «Diccionario gay/lésbico». El País. 2008; Disponible en: https://elpais.com/diario/2008/06/02/ultima/1212357602_850215.html (consultado julio 2019)
33. Planet Romeo's Gay Dating Glossary. Disponible en: <https://www.planetromeo.com/en/blog/planetromeos-guide-to-gay-dating-slang/> (consultado julio 2019)
 34. La Luci Moreno feat Salinas. ¿Qué pasa?! (Que hoy hay chill en casa). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=6lhD6KQiz-s> (consultado julio 2019)
 35. Thunderfuck A. Cortometraje "Episode 3. Te red dress". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=SJZkkVhe4oE&t=47s> (consultado julio 2019)
 36. Lorace K. "La reina del grindr". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=z3exEE-H86ek> (consultado julio 2019)
 37. Gómez L. Micromachismo, un machismo silencioso y sutil [Internet]. Mujeres en Red; Disponible en: <http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/Micromachismos.pdf> (consultado julio 2019)
 38. Morgan J. GMFA. Watch HIV positive guys read means messages they got on Grindr. Gaystar; Disponible en: <https://www.gaystarnews.com/article/watch-hiv-positive-guys-read-mean-messages-they-got-on-grindr/#gs.6h6eud> (consultado julio 2019)

4. Implicaciones para la salud

4.1. Salud sexual y vida sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grave problema de salud pública. Cada día, más de un millón de personas contraen una ITS (1). Estas infecciones pueden estar provocadas por virus (VPH o virus del papiloma humano, VHS o virus del herpes simple, VHA, VHB y VHC o virus de la hepatitis A, B y C y VIH o virus de la inmunodeficiencia humana); bacterias (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum*, *Shigella*); protozoos (*Trichomonas vaginalis*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*), ectoparásitos (*Pediculosis pubis*, *Sarcoptes scabiei*) y hongos (*Candidiasis*). En muchos casos, las ITS son asintomáticas o se acompañan de síntomas leves que no siempre permiten diagnosticar precozmente la enfermedad. Se pueden producir distintos cuadros clínicos como la uretritis, cervicitis, proctitis, faringitis, úlceras, dermatitis o hepatitis entre otros (2). En algunos casos, las ITS tienen consecuencias graves para la salud reproductiva más allá del impacto inmediato de la propia infección tales como infertilidad, fistulas, artritis, epididimitis y otras (3,4).

Las prácticas sexuales que se mantienen bajo el efecto de drogas reducen la percepción del riesgo. Las drogas pueden desinhibir y provocar una hipersexualidad que facilita las sesiones prolongadas de sexo sin protección con un mayor número de parejas y sexo en grupo. En un centro de atención a hombres gais, bisexuales y otros hombres que practican sexo con hombres GBHSH consumidores de drogas en Londres, los usuarios declararon una media de cinco parejas sexuales por sesión con la práctica de chemsex (5). Estas sustancias, también favorecen una mayor duración de la actividad sexual pudiendo facilitar la aparición de erosiones o traumatismos en pene o recto (6). Este riesgo, se puede incrementar con el *slamming* u otras prácticas sexuales con mayor riesgo de traumatismos, como el *fisting* anal, que se producen con mayor facilidad dado el aumento del umbral del dolor bajo el efecto de algunas drogas (7).

Las prácticas sexuales en el contexto de las sesiones con práctica de chemsex, se han asociado de forma muy significativa al escaso uso del preservativo en múltiples estudios (8,9). En Reino Unido, un trabajo realizado en varios centros de atención a hombres GBHSH halló que los usuarios que practicaban chemsex tenían más relaciones sexuales, tanto orales como anales, de forma desprotegida en comparación con aquellos que no usaban drogas para mantener relaciones sexuales (10).

Un estudio europeo describió que los hombres GBHSH que participan en sesiones de chemsex tienen cinco veces más riesgo de adquirir el VIH, cuatro ve-

ces más de riesgo de contraer una ITS bacteriana rectal y nueve veces más riesgo de VHC que los hombres GBHSH que no practican chemsex (11). En España, también se ha objetivado una alta asociación entre la práctica del chemsex y la adquisición del VIH e ITS. En Madrid, el 88,5% de los seroconvertidores recientes al VIH (personas en las que se puede documentar una serología del VIH negativa en torno a los 6 meses previos al diagnóstico) habían usado drogas en el último año. De ellos, el 87% había mantenido prácticas sexuales no protegidas bajo el efecto de sustancias como mefedrona y GHB (12). Entre los usuarios que practican chemsex, existe una alta prevalencia del VIH.

Según los resultados del U-Sex Study, entre los GBHSH que habían participado en sesiones con práctica de chemsex, el 82% refirió haber sido diagnosticado de alguna ITS, siendo las más frecuentes sífilis, gonococia, clamidiasis y en menor medida el VHC (13). El diagnóstico de hepatitis C aguda se ha asociado con sexo anal desprotegido bajo el efecto de uso de drogas, sobre todo en pacientes con el VIH (14). Asimismo, el *slamming* supone un alto riesgo de infección por virus transmitidos por sangre, como el VIH y las hepatitis B y C, que sería especialmente alto al compartir material de inyección. Por todo lo anteriormente descrito, la práctica de chemsex se considera una conducta de alto riesgo tanto para la transmisión como la adquisición del VIH y otras ITS. Es un escenario clave en el que se debe intensificar el esfuerzo en la prevención y detección de estas infecciones.

Aunque la literatura ha documentado de manera menos sistemática los efectos negativos del chemsex sobre la vida sexual y la sexualidad en un sentido amplio, los datos procedentes de algunos estudios cualitativos y de la experiencia de psicólogos y terapeutas psicosexuales que atienden a personas que practican chemsex muestran como esta práctica puede comprometer también la vivencia de la sexualidad más allá del riesgo potencial de VIH/ITS o de las lesiones físicas en ano, recto y pene.

El uso de determinadas drogas para aumentar la intensidad y el placer sexual puede conllevar un aumento del consumo. Además, esta búsqueda de una mayor intensidad sexual también puede tener un impacto sobre la satisfacción sexual haciendo que el deseo sexual pueda convertirse en una pulsión insaciable. Un ejemplo de este comportamiento de encadenar una relación tras otra, se puede observar en las propias sesiones de chemsex cuando se ignora a los participantes de la sesión y se busca a través de las aplicaciones de geolocalización otros hombres para mantener el siguiente encuentro sexual. Una conducta de búsqueda de una mayor intensidad y placer junto con una pulsión sexual irrefrenable bajo los efectos de las drogas en el contexto del chemsex, podrían llevar a la cosificación del otro, de la pareja sexual. Además, el uso continuado de determinadas drogas con fines sexuales puede conllevar la incapacidad de disfrutar del sexo sin ellas, siendo esto uno de los aspectos posibles a abordar durante el proceso terapéutico.

Por otra parte, el uso de drogas no contribuye a clarificar y establecer nítidamente los límites de los juegos sexuales. El consumo de ciertas sustancias puede

aumentar la desinhibición, alterar las percepciones del riesgo y del dolor, ocasionar pérdidas temporales de memoria y confusión (15) y llevar incluso a que alguno de los participantes pierda el conocimiento y no pueda dar su consentimiento sexual. Utilizar sustancias en circunstancias tan sensibles, complica negociar los límites y aumenta la vulnerabilidad de una manera desproporcionada.

Cuando alguien se encuentra bajo los efectos de determinadas drogas sin haber dormido lo suficiente, o se encuentra en un entorno altamente sexualizado y culturalmente permisivo, su percepción sobre lo que está ocurriendo puede ser confusa (9). Puede también que se muestre menos empático o sensible a la vulnerabilidad de las personas con la que está teniendo sexo, que los matices de la comunicación sean difíciles de descifrar cuando sus parejas sexuales también están intoxicadas, y que los posibles abusos y agresiones sexuales no les resulten tan evidentes como cuando alguien las comete en otros escenarios (16).

Los relatos de las víctimas de abusos y agresiones sexuales (incluyendo la violación), y la mayor toma de conciencia sobre esta situación por parte de las organizaciones comunitarias, han llevado a que desde entidades se hayan elaborado mensajes de salud específicos en torno al consentimiento sexual en el contexto del chemsex (15-19). En el caso de España, sin embargo, esta línea de trabajo ha tenido todavía poca difusión.

4.2. Salud mental

La mayor parte de los estudios sobre las consecuencias o factores relacionados con la práctica de chemsex se han centrado fundamentalmente en ITS, con escasas publicaciones sobre la relación entre esta práctica y trastornos psicopatológicos (20).

Algunas de las dificultades para realizar estudios que además sean comparables estriban en los diferentes conceptos de chemsex utilizados. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la práctica de chemsex puede ser realizada sin consecuencias sobre la salud física o mental, hasta una práctica realizada en contexto de un trastorno por consumo de drogas o un trastorno psiquiátrico (como puede ser un trastorno depresivo o un trastorno psicótico) o ambos, lo que se denomina patología dual (coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias).

Por otro lado, si bien existe bibliografía que describe las consecuencias para la salud mental del uso de algunas de las sustancias más habitualmente descritas en contexto de chemsex, es menor el número de estudios que describen las consecuencias sobre la salud mental de las prácticas de chemsex (21).

Metaanálisis recientes señalan que el consumo de drogas en general y en contexto sexual es mayor en la población LGBTBQ+ y en el grupo de hombres GBHSH en particular en comparación con la población heterosexual (22). Ade-

más, en comparación con los hombres heterosexuales, el grupo de GBHSH presenta mayor prevalencia de ansiedad y depresión (22).

En el estudio europeo EMIS-2017 (23), utilizando la escala PHQ-4, un 18% refirió síntomas de ansiedad/depresión moderada en las últimas dos semanas, y un 8% refirió síntomas severos de ansiedad/depresión en ese mismo periodo. Un 21% había tenido ideas autolesivas en las últimas dos semanas y un 6% había presentado ideas autolesivas más de la mitad de los días durante las últimas dos semanas. Estos datos no fueron desagregados por consumo sexualizado de las drogas, por lo que no se dispone de información relativa a mayor prevalencia de síntomas ansiosos/depresivos o ideación suicida autorreferida que compare los GBHSH que consumen drogas en contexto sexual frente a aquellos que no lo hacen.

Para entender la relación entre salud mental y prácticas de chemsex, se ha intentado enfocar y analizar el estudio del fenómeno del chemsex desde la teoría del estrés de minoría y la teoría sindémica. Desde la teoría del estrés de minoría, estresores tales como el estigma, el prejuicio y la discriminación ejercida sobre la población GBHSH, tendrían un impacto en la salud mental. En este contexto, el uso de sustancias podría ser utilizado como estrategia de afrontamiento frente al estrés producido por una situación de estigma y discriminación (24) o por problemas psicosociales en los que se dan sinergias que pueden contribuir a la expansión de una enfermedad dentro una determinada población (25). Desde estas perspectivas y dada la gran concentración de factores sindémicos en las personas que practican chemsex, se podrían considerar las múltiples discriminaciones sufridas (tales como orientación sexual o serofobia por diagnóstico de VIH) como factores que pueden afectar a la salud física y mental de las personas, incluyendo el consumo problemático de sustancias en un contexto sexual (26).

En diferentes estudios cualitativos realizados en Europa, los participantes describieron síntomas psiquiátricos en contexto de consumo agudo tales como irritabilidad, ansiedad, agresividad, algunos de los cuales precisaron de intervención médica por crisis de ansiedad y síntomas psicóticos. Los usuarios también describieron efectos a largo plazo que relacionaron con el consumo: alteraciones de memoria, cambios en la personalidad, dependencia a sustancias y necesidad de tratamiento por servicios de salud mental (5). En estudios cualitativos realizados en Barcelona con personas que practicaban chemsex, se han identificado síntomas depresivos y ansiosos, problemas relacionados con el autoconcepto y la imagen corporal (27).

En estudios realizados fuera de España en hombres GBHSH con el VIH, se ha descrito que los que practican chemsex presentan con mayor frecuencia síntomas de ansiedad y depresión, y también, consumo activo de tabaco y de otras drogas no asociadas a entornos sexuales (13). En estudios retrospectivos realizados con GBHSH que acuden a centros de salud sexual, en los participantes con prácticas de chemsex se observaron impactos sobre su salud mental (15%), absentismo laboral (14,1%) e intoxicación accidental (4,8%) (7). Otros estudios realiza-

dos en España en población con el VIH que acude a consultas por esta infección han mostrado que los participantes que presentaban prácticas de *slam* presentaban mayor gravedad de síntomas relacionados con el consumo de drogas tales como abstinencia, dependencia, intoxicación severa, ideación suicida y síntomas paranoides (21). Por otro lado, también se ha observado que la ideación suicida en pacientes que practican *slam* estaba asociada con síntomas referidos de depresión y ansiedad (21).

En el estudio “Aproximación al chemsex en España” (28) la mitad de los participantes negaba que la práctica de chemsex hubiese afectado a sus relaciones personales, familiares y/o laborales. Por otro lado, existía un alto porcentaje que afirmaba que la práctica de chemsex había afectado su vida personal y/o profesional de forma esporádica (34,2%), frecuentemente (8,8%) o siempre (4,1%). En relación con síntomas depresivos fueron referidos esporádicamente (36,8%) y de forma frecuente (18,3%); un reducido grupo de hombres afirmó sentirse deprimido siempre (6,8%). En relación con posibles síntomas psicóticos la mayoría refirió no haberlos experimentado nunca (68,3%), aunque hay un pequeño grupo que sí se ha sentido así esporádicamente (11,3%), frecuentemente (6,0%) o siempre (1,4%). Con respecto a los síntomas de ansiedad, estos se experimentaron de forma esporádica (32,1%) o de forma frecuente (16,5%) por parte de los encuestados y una menor parte afirmó sentirla siempre (5,1%).

Por otro lado, se han descrito series y estudios de caso de trastornos psicóticos (29,30) síndrome serotoninérgico y delirium en contexto de práctica de chemsex, dependiendo del tipo de drogas utilizadas (31), así como encefalopatía (32). En los programas existentes de intervención con personas que practican chemsex en España (33) se ha descrito una alta prevalencia de trastorno por consumo de sustancias, trastorno depresivo, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos.

4.3. Conductas adictivas

Las conductas adictivas llevan asociadas la aparición de una serie de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos, así como gran dificultad para controlar determinados comportamientos que pasan a vivirse como una necesidad imperiosa e inevitable, pudiendo provocar una dependencia y por consiguiente deteriorando las relaciones familiares, afectivas, sociales, económicas y académicas o laborales. Clásicamente las conductas adictivas describían el trastorno por consumo de sustancias o adicciones a éstas. En la actualidad el concepto es más amplio y engloba igualmente otro tipo de conductas no relacionadas con el uso de sustancias.

Se ha descrito la existencia de una base neurobiológica común en determinadas conductas adictivas que activan el sistema de recompensa cerebral (refor-

zando la conducta), siendo los mecanismos fisiológicos los mismos que los de los reforzadores naturales (agua, comida, conducta sexual, ejercicio) y utilizando los mismos neurotransmisores, tales como la dopamina, serotonina y opioides endógenos entre otros.

Esta forma de entender las conductas adictivas ha llevado a que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5º edición (DSM-5) (34), contenga un capítulo denominado “Trastornos relacionados con sustancias y Trastornos adictivos”, en el que se incluye además del trastorno por consumo de sustancias, el juego patológico. Por lo que se refiere al trastorno de juego por internet, la adicción al sexo u otros comportamientos repetitivos denominados adicciones comportamentales, hasta el momento actual las evidencias precisan de mayor investigación.

Asimismo en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) en lo referente a los trastornos mentales y del comportamiento, además del capítulo referido al uso de sustancias psicotropas, aparecen los referidos a los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, donde está incluida la ludopatía. Estos trastornos se definen como comportamientos desadaptativos, repetitivos y persistentes, no secundarios a un síndrome psiquiátrico reconocido, y en los cuales la persona fracasa repetidamente en su intento de resistirse al impulso de llevarlo a cabo. Dentro de éstos estarían aquellas personas que plantean adicciones comportamentales como la adicción al sexo, a las aplicaciones geosociales/de contacto e incluso al ejercicio físico y a las compras, pero que, debido a la insuficiencia de datos científicos para establecer criterios diagnósticos, no están incluidas en los manuales de trastornos mentales.

La **adicción a sustancias** o los trastornos relacionados con sustancias (DSM-5), son comportamientos desadaptativos que se repiten de forma compulsiva con gran dificultad para su control, y que pueden resumirse en el uso frecuente de una o varias sustancias y el tiempo dedicado a la constante búsqueda de estas, a pesar de las consecuencias negativas que puede conllevar. Se conoce que el uso de drogas en exceso produce una activación muy intensa del sistema de recompensa cerebral (llegando a modificar el funcionamiento y estructura de los circuitos cerebrales), y por tanto refuerza el comportamiento de consumo por el intenso placer experimentado.

En el DSM-5 se contemplan 10 sustancias diferentes para el trastorno relacionado con sustancias. Sin embargo, existen otras sustancias denominadas nuevas sustancias psicoactivas (NPS) que no están contempladas y que se podrían incluir en la categoría de “otras sustancias” o en alguna más específica como, por ejemplo: “estimulantes”. Se trata, en el contexto chemsex, de sustancias como la mefedrona, la metanfetamina, el GHB, el popper, la ketamina, etc.

La **adicción al sexo** (posible admisión como enfermedad en la CIE 11), podría definirse como un patrón persistente de fallo para controlar los impulsos se-

xuales intensos y repetitivos, que lleva a la persona a un comportamiento sexual compulsivo, conduciéndola a descuidar su salud u otros intereses y responsabilidades, a pesar de que a menudo no obtiene el placer buscado. No siempre resulta sencillo determinar si una conducta presenta un problema o simplemente responde a la sexualidad deseada por la persona.

Por el momento la conducta problemática podría ser incluida en la categoría diagnóstica de Hipersexualidad o impulso sexual excesivo (CIE 10). En relación con el fenómeno de chemsex, conviene considerarla siempre en interrelación con el consumo de sustancias por el que se ve directamente influenciada.

En cuanto a la **adicción a App de contactos e internet**, en la actualidad no existen criterios ni estudios científicos suficientemente avalados para poder plantear como un trastorno mental el uso inadecuado de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), sin embargo, existen personas que tienen dificultades para controlar su conducta, produciendo ésta, interferencias en el desarrollo de su vida diaria. En relación con el fenómeno del chemsex, se han descrito prácticas como el uso de App de contactos, pornografía por internet y sexo online a través de videollamada. En el abordaje del usuario, es necesario evaluar el tiempo dedicado a estas prácticas, si éste aumenta de forma progresiva, si existe abandono de otras actividades, si repercute en sus relaciones familiares, sociales o en cualquiera de las áreas de su vida, empeorando el funcionamiento de las mismas. El uso de estas herramientas facilita el rápido contacto con otras personas con las que mantener relaciones sexuales y la percepción de ser aceptado ampliamente, lo cual repercute positivamente en aquellas personas con baja autoestima y sentimientos de inseguridad.

Las y los profesionales clínicos que trabajan en el abordaje de las conductas problemáticas en este campo, observan con frecuencia, además de las conductas problemáticas referidas al consumo de sustancias, aquellas referidas a las prácticas sexuales y al uso de App de contactos e internet, que producen gran malestar psicosocial.

Es bastante común encontrar en las personas atendidas, que estas conductas desadaptativas ya estaban presentes con anterioridad a la práctica o participación en encuentros de chemsex, aunque se daban de forma aislada o independiente (personas que ya tenían problemas con el consumo de sustancias, o problemas sexuales, o con el uso de tecnologías, aunque en otro contexto). Sumado a esto, suelen existir, como se contempla en el apartado anterior, otras dificultades/problemas más o menos graves en la esfera de la salud mental. Cuando se presentan conjuntamente varias de estas problemáticas, el abordaje clínico resulta mucho más complejo.

Por último, es importante considerar que pueden existir tanto personas con usos problemáticos de sustancias, prácticas sexuales y uso de App/internet, como aquellas con adicciones o conductas más graves. Podría establecerse la diferen-

cia fundamental en que una adicción afecta a la totalidad de la vida y áreas de la persona, haciendo muy difícil o imposible un funcionamiento óptimo en su día a día mientras que, en el uso problemático, éste puede darse en un tiempo y espacio concretos de la vida de la persona (p. ej. cuando se encuentra participando en prácticas de chemsex, permitiendo a ésta un funcionamiento óptimo en el resto de las áreas de su vida).

Esto no significa que no haya consecuencias negativas por ese uso problemático, sin embargo, su vida no gira o depende única y exclusivamente de la participación en el contexto de chemsex (como se ve en las personas atendidas que manifiestan mayor gravedad). Por otro lado, también es importante considerar y diferenciar que un uso problemático es una conducta de riesgo que podría llegar a evolucionar hacia una adicción, pero que no todo uso problemático acaba en una conducta adictiva.

4.4. Implicaciones para la salud derivadas del uso inyectado de drogas en el chemsex

Las drogas pueden introducirse en el organismo a través de varias vías: oral, intranasal, pulmonar, intravenosa, intrarrectal, etc., aunque no todas las sustancias admiten todas las vías. La elección de una u otra vía genera riesgos particulares para la salud. No obstante, en este punto se van a abordar los riesgos derivados del uso inyectado, por sus mayores implicaciones para la salud. En el Anexo de reducción de riesgos en función de la vía de consumo, se incluye información complementaria sobre otras vías.

Slam o *slamming* es un término de argot utilizado para referirse al consumo inyectado en el contexto de chemsex (35). Las sustancias más frecuentemente utilizadas por esta vía son mefedrona y metanfetamina, pero también cocaína, ketamina, MDMA, anfetaminas, metoxetamina y otras (35).

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 (37). Además, las personas que se inyectan estimulantes presentan niveles más altos de prácticas de riesgo, tales como compartir y reutilizar jeringuillas (6).

El riesgo de infecciones aumenta con las diferentes prácticas que se muestran en la tabla 1:

Tabla 1. 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 (Extraer repetidamente pequeñas cantidades de sangre en la jeringuilla antes de administrar todo el contenido)
Utilización de drogas estimulantes
Aplastar los comprimidos o las cápsulas en la boca antes de la inyección de la droga
Lamer la aguja para facilitar la inyección

Cuando la inyección de drogas 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). Si las infecciones son más severas o 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.

Generalmente, la mayoría de las infecciones por el uso de la vía inyectada están causadas por la flora comensal del sujeto, siendo el *Staphylococcus aureus* y las especies de estreptococos los patógenos más comunes (38), pero también pueden ser causadas por otros microorganismos menos comunes, como cándidas, pseudomonas, *E. coli* y otras enterobacterias (35).

Tabla 2. Lesiones mecánicas

Tipo de infección	Síntomas
Úlceras cutáneas	Llaga o lesión que aparece en la piel o en las mucosas a causa de una pérdida de tejido y que no tiende a la cicatrización en la zona de la venopunción. Son menos frecuentes que en usuarios de drogas no recreativas. El diagnóstico es clínico y no requiere de ninguna prueba complementaria.

Tabla 2. Lesiones mecánicas

Tipo de infección	Síntomas
Piomiositis	Infección que afecta al músculo. La inoculación directa de las bacterias en el músculo parece ser la responsable. La mayoría de los pacientes con piomiositis presenta dolor y tumefacción en la región afectada.
Fascitis necrosante	La fascitis necrosante, asociada o no a miositis, es la infección que con más frecuencia requiere un tratamiento inmediato y apropiado.
Fisuras anales	Pequeños desgarros en la mucosa anal, en la zona de la inyección, que provocan dolores y sangrado durante la evacuación intestinal.

Fuente: Adaptado de (35,37,39,40)

Tabla 3. Infecciones localizadas y de partes blandas

Tipo de infección	Síntomas
Abscesos cutáneos	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 desastrosas.
Flebitis	Dolor y endurecimiento de la vena por inflamación provocada por microorganismos o sustancias irritantes cuando los vasos se emplean frecuentemente para inyectarse
Tromboflebitis	Flebitis en las que coágulos sanguíneos producen obstrucciones en la vena Pueden formarse hematomas, trombosis, tromboflebitis séptica, aneurismas micóticos o fístulas arteriovenosas traumáticas.
Tromboflebitis séptica	Cuando se produce una tromboflebitis séptica se observa dolor local, tumefacción y fiebre asociados a bacteriemia y sepsis.
Celulitis	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.
Infecciones óseas y articulares	La mayoría de las infecciones esqueléticas 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. Los pacientes con osteomielitis suelen presentar escasas alteraciones y sólo refieren dolor e hipersensibilidad locales.

Fuente: Adaptado de (35,37,39,40)

Tabla 4. Infecciones generalizadas y a distancia

Tipo de infección	Síntomas
Bacteriemia	La bacteriemia es la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo que pueden causar infecciones metastásicas si es sostenida en el tiempo.
Septicemia	Se trata de una forma de infección muy grave que está diseminada en el torrente sanguíneo.
Endocarditis infecciosa	Es una infección microbiana del endocardio cuyo origen más frecuente es bacteriano. Produce afectación de las válvulas cardiacas, más frecuentemente en las cavidades derechas (tricúspide) y puede originar émbolos pulmonares. Puede presentarse fiebre, dolor torácico tipo pleurítico. es una de las complicaciones más graves en los usuarios de drogas inyectadas.
Osteomielitis Artritis séptica	Infección ósea secundaria a la presencia de bacteriemia o de endocarditis.

Fuente: Adaptado de (35,37,39,40)

4.5. Implicaciones del chemsex para los usuarios con infección por el VIH

Alrededor de 3 de cada 10 pacientes GBHSH atendidos en las consultas de VIH han practicado chemsex (13). La mayor parte de las personas infectadas por el VIH que acuden a las consultas y que practican chemsex, no declaran ningún problema grave relacionado con estas prácticas. Sin embargo, existe una minoría de pacientes que refieren problemas derivados del consumo con un impacto negativo sobre su salud y bienestar y que puede afectar a las personas su entorno. Las consecuencias físicas descritas en apartados anteriores (ITS, sobredosis, infecciones, interacciones medicamentosas) y psicológicas (ansiedad/depresión, paranoias, psicosis) repercuten negativamente sobre el ámbito personal, familiar, social y laboral del paciente.

Esta desestructuración de la persona asociada a los problemas derivados del consumo hace que el seguimiento en la consulta de VIH se vuelva errático. El seguimiento en las consultas se hace más irregular, con incomparecencia a las citas no sólo de la consulta de VIH sino de otras especialidades, así como a las pruebas diagnósticas complementarias prescritas.

La condición de dependencia activa o uso diario de algunas drogas o el consumo de poli-sustancias y el consumo problemático de alcohol, constituyen una barrera importante en la consecución de una adherencia óptima. Por ello es fundamental identificar a los pacientes con el VIH y con consumo problemático y/o perjudicial de drogas y alcohol, reducir los riesgos asociados a su consumo y abordar el abuso de sustancias y alcohol de manera interdisciplinaria y con entidades relacionadas a tratar las adicciones son esenciales en el manejo clínico del VIH (41).

En 2019 se realizó una comunicación en relación con la toma de TAR durante 4 días consecutivos versus 7 días y en los resultados preliminares se ha apuntado la no inferioridad con la toma diaria independientemente del tipo de TAR (42). Sin embargo, a pesar de estos datos preliminares, ante un fallo virológico, hay que considerar que la causa principal siempre, es la omisión de alguna dosis. Hay estudios que demuestran que no tomar una o dos dosis en las 4 semanas previas a la realización de la analítica puede determinar viremia detectable hasta en el 13% de los casos siendo más frecuente el fallo virológico a mayor número de dosis omitidas (43,44).

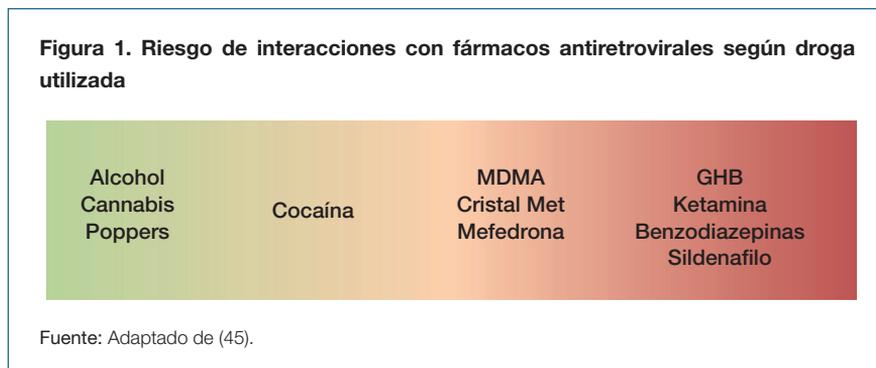
El Grupo de Expertos del Documento de consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, en su actualización de marzo de 2020, no recomienda administrar TAR menos de 7 días a la semana hasta disponer de datos de durabilidad y resistencias a más largo plazo.

Otro aspecto a tener en cuenta en las personas que consumen drogas con fines sexuales son las interacciones con fármacos (45). Los fármacos del VIH y algunas de las drogas interactúan entre ellos. En algunos casos, como cuando se combinan drogas con antirretrovirales que están potenciados con Ritonavir o Cobicistat, puede aumentar la concentración de las drogas y, como consecuencia, aumentar su toxicidad y provocar potenciales casos de sobredosis.

Por lo general, los pacientes son reacios a hablar de forma espontánea con el médico sobre el uso de drogas. Del mismo modo, algunos médicos no están familiarizados o no han sido formados en cómo establecer una comunicación efectiva para abordar el uso de drogas y/o la sexualidad en la consulta. Es probable que entre los factores que pueden influir en que el paciente no comunique el consumo se encuentren la ausencia de percepción de que su uso sea problemático, la idea de desconexión entre consumo y seguimiento de su/s infección/es y la falta de confianza con el médico.

La mayoría de las sustancias consumidas en el contexto del chemsex se metabolizan en el hígado por el citocromo P450 (CYP). Algunas drogas o medicamentos pueden actuar de inductoras o inhibidoras provocando la aparición de efectos adversos bien por aumento de las concentraciones, o bien por concentraciones subóptimas que disminuyan la efectividad de los fármacos. Por ello es fundamental la valoración por parte del profesional de las posibles interacciones farmacológicas y para ello se les remite a las diferentes páginas web que existen

y que se actualizan de forma sistemática (46-49). En la figura 1 se muestra una gradación del verde al rojo según el riesgo de interacción. En verde, las sustancias de menor riesgo de interacción con antiretrovirales y en rojo aquellas con mayor riesgo de interacción (45).



4.6. Impacto sobre las relaciones personales y redes de solidaridad primaria

Las redes de solidaridad primaria son aquellas relaciones de ayuda y cooperación que se dan dentro del grupo primario de apoyo (familia, amigos y vecinos). Se caracterizan por su espontaneidad, reciprocidad y bidireccionalidad y están basadas en vínculos afectivos relacionados con el parentesco, la amistad o la vecindad.

La práctica del chemsex puede deteriorar estas redes (50), disminuyendo las posibilidades de recurrir a ellas en caso de necesitarlo. Esto puede ser más grave en el caso de las personas migrantes con redes menos sólidas en su lugar de acogida. Este proceso suele darse de manera progresiva según van emergiendo los problemas derivados de la práctica del chemsex, lo que dificulta percibir y anticipar el problema en sus fases iniciales (51).

Este deterioro puede estar relacionado con factores vinculados a la práctica del chemsex como pueden ser:

- a) El empobrecimiento de la vida social y de ocio. La práctica sistemática del chemsex supone una inversión de tiempo en detrimento de otras actividades que permitirían renovar y fortalecer los vínculos con las personas que pertenecen a su red primaria de apoyo.
- b) El estigma asociado al uso de drogas. La persona no se atreve a pedir ayuda a su entorno cercano por miedo al rechazo o a la incompreensión.

- c) La homofobia y transfobia. El hecho de pertenecer a una minoría con orientación de género y sexual no normativa, puede haber condicionado el vínculo con su entorno. La persona quizás no pueda pedir ayuda por miedo a ser rechazada, o incluso por rechazos previos y no cuenta con la aceptación de su familia y círculo más cercano.
- d) La inmigración. El proceso de la migración a menudo puede acompañarse de desarraigo, efectos psicológicos y emocionales, especialmente si este proceso ha sido abrupto, que dificultan la vida de la persona, así como la ausencia de alternativas ocupacionales, barreras lingüísticas y culturales, incertidumbre social, necesidades básicas insatisfechas o cierta frustración ante las expectativas generadas en el proceso migratorio. Un factor determinante que agudiza la vulnerabilidad de las personas migrantes es su situación administrativa ya que puede suponer un claro obstáculo para el acceso a los servicios sanitarios o servicios sociales.
- e) El trabajo sexual. Se trata de una actividad fuertemente estigmatizada, ligada a fuertes prejuicios, actitudes y conductas discriminatorias. Muchos de los trabajadores sexuales son migrantes, con frecuencia en situación administrativa irregular, que viven muy lejos de sus familias. Dado que el uso de drogas es más frecuente en este subcolectivo, es común que parte de las personas de referencia con las que interaccionan o viven tengan también estas mismas prácticas.

4.7. Otras áreas potencialmente afectadas

Además de los problemas de salud descritos en apartados anteriores, quienes practican chemsex de manera habitual pueden llegar a presentar otras situaciones que agravan la situación y aceleran la necesidad de pedir ayuda o tratamiento (51).

La práctica intensiva del chemsex puede llevar a un deterioro físico considerable, ya que el usuario puede descuidar la alimentación y la higiene del sueño. Se ha descrito que algunas personas realizan sesiones continuadas de 3, 4 o más días sin dormir y sin comer, con pérdidas de peso significativas, que son evidentes a todas las personas en su entorno. Aunque en un principio el usuario lo ignore y continúe consumiendo, puede llegar un punto en que se tome consciencia del propio aspecto físico, pudiendo surgir otras consecuencias psicológicas y conductuales secundarias, incluyendo autoaislamiento, como por ejemplo no salir de casa para evitar sentirse juzgado por su aspecto o estado físico.

Pueden darse problemas de absentismo laboral, produciéndose retrasos o ausencias laborales, sobre todo los lunes tras un fin de semana de *sesión*. Aparecen además dificultades en el rendimiento laboral con disminución de la capacidad de concentración y organización. Las relaciones con los compañeros se vuelven

más dificultosas al presentar mayor irritabilidad por el consumo o la abstinencia o mayor aislamiento ante el miedo a que se descubran estas conductas. En los casos más graves se dificulta el ascenso a puestos de mayor responsabilidad o conlleva la pérdida de estos, pudiendo llegar a despidos del trabajo o a una incapacidad laboral (1). El gasto de dinero en drogas junto a la pérdida de ingresos económicos puede llevar a una situación en la que no sea posible hacer frente a hipotecas o préstamos, generándose una situación de vulnerabilidad que puede acabar convirtiendo al usuario en una persona sin hogar (1) o sin llegar a este extremo y con mayor frecuencia, la necesidad de retornar al domicilio familiar con los problemas que ello conlleva.

En el caso de quienes se encuentran todavía estudiando o terminando su formación, una de las manifestaciones de los problemas relacionados con las prácticas de chemsex puede ser la bajada del rendimiento académico, con reducción del tiempo de dedicación al estudio, pérdida de clases o exámenes, incluso abandono de los estudios.

Otra situación que puede darse es la aparición de problemas legales. Pueden presentarse sanciones administrativas como consecuencia de poseer determinada cantidad de sustancias, de haber comprado para terceras personas o de consumir en lugares públicos, así como problemas legales de mayor gravedad si se trafica con drogas.

Algunos usuarios pueden encontrarse involucrados en otros delitos que rara vez se denuncian por temor a ser acusado de tenencia de drogas, a cierta sensación de culpabilidad, o a que sus familias y entorno conozcan sus prácticas. Se han reportado destrozos o robos en los domicilios donde se practica chemsex, así como problemas relacionados con la difusión sin su consentimiento de grabaciones o fotografías de personas desnudas o practicando sexo bajo los efectos de sustancias.

Bibliografía

1. Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-raddad L, et al. Global and Regional Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2016. WHO Bulletin; 2019.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR. junio de 2015;64(3).
3. Report on global sexually transmitted infection surveillance, 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. 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> (consultado julio 2019)
5. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014. Disponible en: www.sigma-research.org.uk/chemsex (consultado septiembre 2019)
 6. 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.
 7. 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;28(4):362-6.
 8. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2019;139(1):23-33.
 9. 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;82:102790.
 10. Tomkins A, Ahmad S, Cannon L, Higgins SP, Kliner M, Kolyva A, et al. Prevalence of recreational drug use reported by men who have sex with men attending sexual health clinics in Manchester, UK. *Int J STD AIDS*. 2018;29(4):350-6.
 11. Pakianathan M, Whittaker W, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 2018;
 12. Ayerdi-Aguirrebengoa O, Vera-García M, Puerta-López T, Raposo-Utrilla M, Rodríguez-Martín C, Del Romero-Guerrero J. To whom is HIV pre-exposure prophylaxis proposed? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35(5):299-302.
 13. 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 STDs*. 2018;32(3):112-8.
 14. Valencia J, Ryan P, Alvaro-Meca A, Troya J, Gutierrez J, Cuevas G, et al. High HIV seroconversion rate in hepatitis C virus-infected drug users followed in a harm reduction unit: a lost opportunity for preexposure prophylaxis. *AIDS Lond Engl*. 2018;32(9):1157-63.
 15. Assault. Terrence higgins trust. 2018. Disponible en: <https://www.fridaymonday.org.uk/sex-and-drugs/consent-and-assault/> (consultado septiembre 2019)
 16. Stuart D, Labayen I. Primeros auxilios en chemsex. Disponible en: <https://www.davidstuart.org/Chemsex%20First%20Aid%20action%20sheet%20SPANISH.pdf> (consultado septiembre 2019)
 17. Observatoire du sida et des sexualités · Ex Æquo. Drogues et sexe entre hommes. Consentement. Disponible en: <https://chemsex.be/sexe-sous-chems/consentement/> (consultado septiembre 2019)
 18. Consent and chemsex. Information for gay & bi men in London. Galop, Survivors UK and London friend; 2016. Disponible en: <http://www.galop.org.uk/wp-content/uploads/2016/11/Consent-and-Chemsex-Advice.pdf> (consultado septiembre 2019)

19. Murphy L. Safer chems: Setting limits. GMFA (The Gay Men's Health Project). 2015. Disponible en: <https://www.gmfa.org.uk/saferchems-limits> (consultado septiembre 2019)
20. 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.
21. 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.
22. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 2008;8:70.
23. The EMIS Network. EMIS-2017-The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. Disponible en: http://sigmaresearch.org.uk/files/EMIS-2017_-_The_European_MSM_Internet_Survey_-_findings_from_50_countries.pdf (consultado septiembre 2019)
24. 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):342-6.
25. Tulloch TG, Rotondi NK, Ing S, Myers T, Calzavara LM, Loutfy MR, et al. Retrospective reports of developmental stressors, syndemics, and their association with sexual risk outcomes among gay men. *Arch Sex Behav.* 2015;44(7):1879-89.
26. Jacques-Aviñó C, Olalla PG de, Díez E, Martín S, Caylà JA. Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit.* 2015;29(4):252-7.
27. 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. Barcelona: Stop Sida, CEEISCAT y Subdirecció General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya; 2017. Disponible en: <http://stopsida.org/wp-content/uploads/2017/11/Informe-estudio-cualitativo-ChemSex.pdf> (consultado abril 2020)
28. Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Ibarguchi L. Aproximación al Chemsex en España. *Imagina Más, Apoyo positivo*; 2016.
29. Dolengevich-Segal H, Rodríguez-Salgado B, Gómez-Arnau J, Sánchez-Mateos D. Severe Psychosis, Drug Dependence, and Hepatitis C Related to Slamming Mephedrone. *Case Rep Psychiatry.* 2016;2016:8379562.
30. Pastor Haro J, Romero Pardo V, Curto Ramos J, Fernández Gómez N, Mellado Cuerno L, Bravo Ortiz M. Chemsex-induced psychosis, case report and literature review. Póster presentado en: 27th European Congress of Psychiatry; 2019 mar. Disponible en: <https://doi.org/10.26226/MORRESSIER.5C643DCE9AE8FB00131F9066> (consultado abril 2020)
31. Curto J. Delirium and serotonin syndrome in a patient with depression and mephedrone use disorder in chemsex context. Póster presentado en: 9th International Congress of Dual disorders; 2019; Madrid. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17579/AbstractBookICDD2019.01> (consultado abril 2020)

32. Curto J. Abuse of ethyl chloride in sexual context. Un uncommon drug associated with chemsex? A case report and review. Poster presentado en: 27th European Congress of Psychiatry; 2019; Poland. Disponible en: <https://doi.org/10.26226/morressier.5c642be19ae8fb00131cebbb> (consultado abril 2020)
33. González-Baeza A, et al. Perfil e intervención con usuarios de chemsex atendido en el Programa Sexo, Drogas y Tú (Apoyo Positivo). *Rev Multidisc Sida*. 2018;6(14):40. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/abstracts-de-las-comunicaciones-y-posters-mas-des-tacados/> (consultado abril 2020)
34. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5a edición (DSM-5). Editorial Panamericana; 2018.
35. Flores J. Manejo de las comorbilidades en el paciente que practica chemsex. En: 99 Preguntas sobre Chemsex. 1a. Fundación SEIMC-GESIDA; 2017.
36. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Slamming. Guía para la reducción de daños asociados al uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo. Barcelona; 2018.
37. 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.
38. Gordon RJ, Lowy FD. Bacterial infections in drug users. *N Engl J Med*. 2005;353(18):1945-54.
39. Ansari P. Fisura anal. MSD Manuals. 2018. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-gastrointestinales/trastornos-anales-y-rectales/fisura-anal> (consultado septiembre 2019)
40. Levine D, Brown P. Infections in Injection Drug Users. En: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8a. 2015. p. 3723-42.
41. 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.
42. Landman R, De Truchis P, Assoumou L, Lambert S, Amat K, Bellet J, et al. ANRS 170 QUA-TUOR 4/7 days maintenance strategy in antiretroviral treated adults with HIV-1 infection: an open randomised parallel non-inferiority phase III trial. Abstr WEAB0406LB presentado en: IAS 2019; 2019; Mexico City.
43. 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.
44. Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral (Actualización febrero de 2020). Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docAdherencia_actualizacionFeb20.pdf (consultado abril 2020)
45. Garin N, Zurita B, Velasco C. Impacto clínico del chemsex en las personas con VIH. *Rev Multidisc Sida*. 2017;5(11):21-31.
46. The University of Liverpool. HIV drug interactions webpage. Disponible en: <http://www.hiv-druginteractions.org/> (consultado septiembre 2019)

47. The University of Liverpool. HEP drug interactions webpage. Disponible en: <https://www.hep-druginteractions.org/> (consultado septiembre 2019)
48. Buscador de interacciones de drogas y antiretrovirales Infodrogas-VIH. Disponible en: <https://infodrogas-vih.org/> (consultado septiembre 2019)
49. Buscador de interacciones de fármacos y antiretrovirales Interaccionesvih. Disponible en: <http://www.interaccionesvih.com/> (consultado septiembre 2019)
50. Pérez Valero I, Iniasta 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.
51. Fernández-Dávila P. ChemSex en una zona de cruising gay de Barcelona: una exploración etnográfica sobre las necesidades de un grupo de hombres GBHSH en situación de extrema vulnerabilidad. I Jornadas de Chemsex Stop Sida; 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337739479_ChemSex_en_una_zona_de_cruising_gay_de_Barcelona_una_exploracion_etnografica_sobre_las_necesidades_de_un_grupo_de_hombres_GBHSH_en_situacion_de_extrema_vulnerabilidad (consultado abril 2020)

5. Prevención de las conductas adictivas en el contexto del chemsex

Entre los elementos sobre los que se ha propuesto basar dicha prevención, se encuentran los siguientes:

5.1. Habilidades para navegar frente a la normalización del uso de drogas y la presión de grupo para consumirlas

Existe el mito de que en el ambiente gay “todo el mundo se droga”, o que al menos la mayoría de la gente lo hace. Aunque el consumo de drogas es más alto en este grupo de población, es conveniente utilizar evidencias para desmontar dicho mito:

- La proporción de personas que usan drogas en el colectivo gay es minoritaria.
- La proporción de personas que usan drogas con fines sexuales en este colectivo es aún menor.
- La proporción de ellas que requieren atención profesional por esas prácticas es todavía menor.

Entre las habilidades cuya mejora o desarrollo podría reforzar los factores de protección frente al consumo de drogas (en general y en el contexto sexual), se encontrarían las siguientes:

- Autoconocimiento: conocerse a uno mismo, las fortalezas y debilidades, los intereses y también aquello que directamente *no va con uno*.
- Autoestima: cómo la persona se valore a si misma puede influir en la exposición al riesgo.
- Autocontrol: capacidad para dirigir y controlar la propia conducta y sentimientos, rechazando por ejemplo comportamientos que, a pesar de ofrecer efectos positivos inmediatos, repercuten negativamente a largo plazo.
- Habilidad para establecer y mantener relaciones sociales, y criterio para escogerlas.
- Comunicación efectiva: es una herramienta fundamental en la socialización, puede ser de especial utilidad para desenvolverse en un contexto nuevo o diferente.

- Pensamiento crítico: permite cuestionar cualquier oferta y no dejarse llevar por aquello que en el fondo uno no quiere.
- Toma de decisiones: esta habilidad permite tomar y mantener decisiones en contra de la opinión general, con capacidad de controlar la impulsividad.
- Habilidad para afrontar la presión emocional y la presión de grupo. Algunas fórmulas para afrontarla serían:
 - Dando argumentos a favor de la propia elección.
 - Desviando el tema hacia otro diferente (banco de niebla).
 - Repitiendo la misma respuesta hasta que cese la presión (técnica del disco rayado).
 - Saliendo de la situación en que se está recibiendo la presión para usar drogas.
 - Verbalizando la vivencia o sentimientos personales frente al grupo, por ejemplo: “para vosotros es una experiencia única, para mi es una experiencia muy peligrosa”.

5.2. Alternativas al ocio sexualizado

Toda persona necesita de un contexto social y de ocio para relacionarse. El ocio incluye un amplio abanico de posibilidades para adquirir nuevas destrezas, conocer a otras personas, experimentar sensaciones, buscar estímulos y conocer mejor los propios gustos. El desarrollo de parte de la cultura gay y sus expresiones ha estado significativamente vinculado a las formas específicas de relación, ocio y erótica de los hombres gais. Como se ha indicado anteriormente, en la actualidad la industria del ocio dirigido a los hombres gais ofrece alternativas o formatos altamente sexualizados y conectados con determinados estereotipos. Al mismo tiempo, se invisibilizan otras formas alternativas de ser hombres gais y personas sociales que, con frecuencia, no aparecen representadas. Existen grupos sociales, o subculturas, cuyas necesidades y preferencias son, en gran medida, invisibles y presentan diferentes obstáculos para lograr esas experiencias de ocio deseadas (1).

Dentro de esta cultura de ocio, la localización geográfica y el propio turismo cumplen un papel trascendental, como en las migraciones internas, dentro del propio país, o al extranjero. Hombres gais que dejan sus pueblos, o pequeñas ciudades, en busca de una gran urbe con un colectivo LGTBQ+, o gay, visible, más aceptado, donde poder vivir sin las restricciones de su lugar de residencia u origen. Como señalaba Skeggs (2) “un entendimiento de esas restricciones en el espacio es central para comprender cómo y porqué ciertos lugares pueden ser utilizados, o no, para el ocio”.

Como alternativas al ocio sexualizado desde la perspectiva de la prevención selectiva, sería conveniente fortalecer los espacios de encuentro que permitan interactuar y crear redes comunitarias y sociales (3). Los centros LGBTQ+ existentes en algunas ciudades, serían el mejor ejemplo de un recurso comunitario con esta orientación. En el mismo sentido, existen numerosas organizaciones comunitarias, culturales y deportivas LGBTQ+, además obviamente de todos los recursos disponibles en general que tengan un carácter inclusivo y permitan construir un ocio rico y diverso.

Por lo que se refiere a la prevención indicada, entre quienes practican chemsex, es frecuente que una parte importante de su tiempo libre se desarrolle en este escenario de ocio sexualizado. Una parte de aquellos que presentan situaciones más problemáticas, tienen dificultades para disfrutar de otros tipos de actividades lúdicas, especialmente durante sus fines de semana. En situaciones que requieren atención profesional en esta faceta, una de las opciones a plantear es el desarrollo de un plan de ocio terapéutico y alternativo que incluya educación en hábitos saludables y promoción de un mejor estado de salud y bienestar.

Toda intervención en ocio terapéutico incluye diagnóstico y evaluación de necesidades, tratamiento, educación y prevención y promoción de la salud y seguimiento de su evolución (4). La gestión de este tipo de intervenciones desde un modelo basado en organizaciones comunitarias debe partir de un equipo multidisciplinar, que participe de forma activa en cada fase de intervención, estableciendo un programa general de ocio como:

1. Entrevista inicial para valorar las necesidades de ocio del usuario y evaluar los beneficios que puede reportarle la participación en el grupo de ocio terapéutico. Durante la cita se informaría y orientaría sobre las actividades de ocio, las normas establecidas y el plan de seguimiento y evaluación.
2. Tratamiento:
Una vez recogidas las necesidades se establecería un Plan de Ocio personalizado, junto a la persona, que combinase las actividades lúdicas de ocio terapéutico, organizadas los fines de semana (jueves a lunes) y en horarios que rompan las otras actividades de ocio en las que se usaban sustancias. En el caso de que se disponga de tiempo libre suficiente entre semana, pueden proponerse actividades para ampliar redes sociales y desarrollar destrezas y otras habilidades sociales. Esta forma de invertir el ocio puede suponer para el usuario una oportunidad para recuperar su equilibrio, encontrar nuevas motivaciones, reincorporar conductas saludables, y mejorar sus habilidades sociales para interactuar con valores comunitarios y participativos.
3. Educación, prevención y promoción de la salud:
A través de actividades grupales se puede potenciar la educación en hábitos saludables. Desarrollar estos programas en entornos comunitarios o con la coordinación de una organización social, permite además vincular a la persona con otros servicios y actividades de salud sexual que ayuden al abordaje multifactorial del fenómeno.

4. Seguimiento y evaluación:

Un programa de ocio terapéutico debería incluir una evaluación inicial y continuada de las acciones emprendidas, donde se valore el nivel de participación y de satisfacción personal, los niveles de ansiedad, la mejora de destrezas sociales, las habilidades de ocio y de relaciones, la utilización de App de contactos y el uso de drogas.

Iso Ahola señala que hay una falta de motivación interna para escapar de las condiciones que llevaron al estado de indefensión (querer encajar en el colectivo, soledad, aprobación del éxito social y profesional...) (5). Por eso es importante que entre las funciones del responsable del ocio terapéutico se tenga en cuenta:

- Que conozca las necesidades reales de todas las personas participantes en estas acciones de un ocio saludable.
- Que acompañe a cada participante en su integración y sentido de pertenencia al grupo y en las acciones realizadas.
- Que acompañe en el desarrollo del sentido de conciencia de uno mismo y del control interno.
- Que potencie la motivación al cambio de actitudes y conductas negativas para dicho desarrollo.
- Que sea un facilitador de alternativas responsables tanto dentro como fuera del programa de ocio terapéutico, orientando hacia la creación de nuevas redes.

El ocio guiado, con objetivos terapéuticos y educativos, que aborde no sólo todos los aspectos emocionales y psicológicos de la persona, sino el factor de deconstrucción de un modelo de sociabilidad tóxico adquirido, contribuye a una mejora en el desarrollo de las relaciones sociales y habilidades de los participantes, como se demuestra en modelos como el centro comunitario The Village en Berlín (6) o en los centros CASA de la organización comunitaria Apoyo Positivo (7), que persiguen objetivos más amplios sobre esa estructura de ocio y comunitaria, generando espacios seguros para la comunidad diversa.

5.3 Identificación de escenarios de riesgo y de situaciones de vulnerabilidad personal

Las prácticas de chemsex pueden tender a acelerarse o incrementarse (8,9) en determinados contextos o situaciones, como por ejemplo cuando tienen lugar ciertos eventos personales negativos:

- inmediatamente después de un diagnóstico del VIH,
- inmediatamente después de la ruptura de una relación de pareja,
- tras la muerte de un familiar,

- después de migrar a una ciudad grande,
- en el contexto de turismo sexual en HSH.

En cuanto a esta última, escoger como lugar de vacaciones uno de los destinos turísticos más populares entre el público gay (o residir en ellos), supone enfrentarse a mayores oportunidades para involucrarse en prácticas de chemsex. Además, el calendario de los grandes eventos y los escenarios de riesgo son conocidos. En el caso de querer reducir la exposición a los mismos, hacer un ejercicio de toma de conciencia puede ser una estrategia para anticipar y preparar una decisión reflexionada al respecto.

Desde una perspectiva de reducción de daños, algunas situaciones o acciones pueden claramente identificarse como escenarios de riesgo. Aumentar la conciencia sobre sus implicaciones, sería una estrategia para la toma de decisiones:

- Residir en una zona urbana donde existen muchos residentes que practican chemsex y organizan sesiones o *chills*.
- Asistir a una sauna o club de sexo en horario de madrugada (cuando la mayoría de clientes no han dormido y utilizan el local como after).
- Acceder a una nueva sesión o chill sin haberse recuperado de una sesión anterior.
- Recibir invitaciones para participar en determinadas sesiones conociendo que implican prácticas de consumos más agresivos (como el *slamming*) o prácticas sexuales más extremas.

Los elementos y situaciones de carácter personal que podrían aumentar la vulnerabilidad en este contexto son diversos. Tomar conciencia de ellos puede proponerse como fórmula para adoptar una percepción de riesgo más ajustada. Algunos de estos elementos personales serían:

- Presentar problemas de salud que pueden hacer que las consecuencias negativas de la exposición al consumo puedan ser mayores (p. ej. insomnio, problemas cardíacos, glaucoma o problemas de alta presión ocular, haber tenido ya o problemas de adicciones o salud mental).
- Estar desempleado, lo que conlleva mayor disponibilidad y posibilidad de alargar el fin de semana (2).
- Estar solo; tener sentimientos de aislamiento, soledad no deseada (9,10), especialmente en grandes ciudades.

Bibliografía

1. Lino Herrera S. «We gotta get out of this place»: A qualitative study on the effects of leisure travel on the lives of gay men living in a small community. Master's thesis, Texas A&M University. Texas A&M University; 2003. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1969.1/1592> (consultado agosto 2019)

2. Skeggs B. Matter out of place: visibility and sexualities in leisure spaces. *Leis Stud.* 1999;18(3):213-32.
3. 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.
4. Gorbeña S. Modelos de intervención en ocio terapéutico. Deustuko Unibertsitatea; 2000.
5. Coleman D, Iso-Ahola SE. Leisure and Health: The Role of Social Support and Self-Determination. *J Leis Res.* 1993;25(2):111-28.
6. Village.berlin. Community Organization [Internet]. Disponible en: <https://www.village.berlin/>
7. Centros Comunitarios Casa de Apoyo Positivo. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/blog/apoyo-positivo-presenta-c-s/> (consultado agosto 2019)
8. Stuart D, Weymann J. Chemsex and care planning: One year in practice. *HIV Nurs.* 2015;15:24-8.
9. Fernández-Dávila P. Consumo de drogas y su relación con el sexo: Escuchando las voces de un grupo de hombres gais y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex. Barcelona: Stop Sida, CEEISCAT y Subdirecció General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya; 2017. Disponible en: <http://stopsida.org/wp-content/uploads/2017/11/Informe-estudio-cualitativo-ChemSex.pdf> (consultado abril 2020)
10. 2nd European Chemsex Forum. Forum Report. 22-24 March 2018, Berlin; 2019.

6. Prevención de las infecciones por el VIH, virus hepatotropos y otras ITS en el contexto del chemsex

Entre los elementos propuestos para servir de base a la prevención del VIH, virus hepatotropos y otras ITS en el contexto del chemsex, se encuentran los siguientes:

6.1. Prevención selectiva e indicada

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (1) incluye entre sus acciones la mejora de “programas de prevención universal, selectiva e indicada”. Esta clasificación de la prevención, que sigue la propuesta realizada por Gordon (2), diferencia tres niveles dentro de la misma:

- Prevención universal: serían las acciones preventivas dirigidas a toda la población.
- Prevención selectiva: estas acciones irían destinadas a aquellas personas que, por diferentes razones (socioeconómicas, geográficas, etc.) tienen más posibilidades de consumir que la media. Esto es lo que se conoce como grupos de riesgo. No consumen, pero el riesgo de que lo hagan es muy evidente.
- Prevención indicada: acciones dirigidas a un grupo muy concreto del colectivo, quienes ya están usando drogas.

A la hora de diseñar posibles campañas de prevención (tanto selectiva como indicada), es necesario situar en el centro de la estrategia preventiva a quienes practican chemsex. Hay que garantizar su participación de manera efectiva en la detección de necesidades, en la creación de estrategias y mensajes preventivos, y en la selección de los canales comunicativos más adecuados para difundirlos.

En los últimos años se han llevado a cabo diversas iniciativas preventivas relacionadas con el chemsex, la mayoría de ellas centradas en el nivel de prevención indicada, publicándose diferentes materiales, webs y vídeos que incluyen mensajes de salud para reducir los riesgos entre quienes ya practican chemsex (3-5).

Siendo estas acciones absolutamente necesarias y pertinentes, es también necesario desarrollar igualmente más acciones de prevención selectiva dirigidas a los hombres GBHSH que no se han incorporado a practicar chemsex (6).

Muchas de ellas son personas que han escuchado hablar sobre estas prácticas. A algunas, puede que ya les hayan propuesto practicarlas, por ejemplo, a través de App de contactos gays. En la actualidad, en España muchos miembros de la comunidad gay no conocen todavía la dimensión y el impacto que el fenómeno del chemsex está teniendo sobre la misma.

El enfoque comunitario en salud puede entenderse como aquel que (7):

- Entiende un determinado estado de salud como resultado de un proceso.
- Considera los factores que intervienen a lo largo de todo ese proceso (a nivel individual, social y estructural) y busca modificarlos.
- Busca el protagonismo de la comunidad (tanto en la comprensión de sus necesidades como en su participación activa en la respuesta a las mismas).

Dadas las características socio-psico-culturales del fenómeno (8), este tipo de abordajes ha demostrado ser capaz de dar respuesta a la problemática relacionada con el chemsex en programas de prevención indicada (9,10). Desde la importancia que otorga a los factores subyacentes, el enfoque comunitario permite entender la necesidad de desarrollar programas de prevención selectiva, ya que, aunque no todos los hombres GBHSH practiquen chemsex, muchos de los factores que podrían contribuir a ello son comunes a todo el colectivo.

Un abordaje comunitario, con las características enunciadas, permitirá buscar alternativas para una socialización más satisfactoria o nuevas formas de masculinidad, así como la identificación de otros factores que jueguen un rol importante para el colectivo.

Hay que señalar la importancia de que estos abordajes favorezcan el trabajo en grupo. Esto es importante para la prevención selectiva, pero especialmente lo es para la indicada. En términos de la psicología social, las interacciones sociales —particularmente las que tienen lugar dentro de un grupo— son las que reafirman, validan, o reconstruyen las subjetividades e identidades (11). Según este planteamiento, la propia comunidad es la que permite y normativiza patrones, relaciones y conductas, y, de la misma forma, la que tiene capacidad de cuestionarlos y proponer alternativas.

6.2. Indicación de la frecuencia de pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) a partir de marcadores conductuales

El cribado de VIH e ITS en hombres GBHSH con prácticas de chemsex de alto riesgo, es una herramienta de prevención útil tanto a nivel individual como a nivel de salud pública. El diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS en usuarios asin-

tomáticos previene el desarrollo de cuadros clínicos que pueden llegar a provocar complicaciones graves a corto y largo plazo. Además, permite interrumpir la cadena de transmisión a otros individuos y tiene que promover el estudio de contactos, lo que facilita la detección de infecciones ocultas (12). Especial mención merecen los programas de cribado rápido en usuarios asintomáticos en los que la respuesta diagnóstico-terapéutica se realiza en el menor tiempo posible ya que aportan un mayor beneficio en la interrupción de la cadena de transmisión (13,14).

La frecuencia con la que se deben realizar las pruebas diagnósticas depende de los factores de riesgo individuales. Dentro del grupo de hombres GBHSH está recomendado realizar las siguientes pruebas con la frecuencia indicada en la tabla 1 (12,15,16):

Tabla 1. Periodicidad de pruebas diagnósticas		
Etiología	Periodicidad	Test
VIH	Anual Cada 3-6 meses si mayor riesgo.	Serología: 2 EIA de 4ª generación (Ag y anticuerpos). Confirmatorio: WB o LIA
N. gonorrhoeae y C. trachomatis		PCR en exudado faríngeo, rectal y primera porción de la micción**
Sífilis		Serología: Prueba treponémica (MEIA, CLIA u otro EIA) + Prueba no treponémica (RPR).
VHC*		Serología: IgG antiVHC (En caso de cribado en usuarios con VHC previa curada realizar carga viral).
VHA		Serología: IgG antiVHA. (En caso de serología negativa se recomienda vacunación).
VHB		Serología: IgG anti VHBs, HBsAg y anti-HBc. (En caso de serología negativa se recomienda vacunación).
<p>* En el caso de VHC se recomienda el cribado anual salvo en usuarios de muy alto riesgo como usuarios de drogas intravenosas o prácticas de alto riesgo como fisting.</p> <p>** Se recomienda haber transcurrido al menos 2h desde la última micción.</p> <p>Fuente: elaboración propia a partir del Documento de Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Marzo 2017. GeSIDA</p>		

El cribado de otras ITS como *M. genitalium* o virus herpes simple no está recomendado de forma rutinaria según las guías clínicas. El cribado de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) tampoco está recomendado de forma rutinaria aunque sí se recomienda vacunar frente al VPH en hombres que tienen sexo con hombres menores de 26 años, así como el cribado de la displasia cervical y anal en algunas poblaciones (12,17).

La frecuencia de cribado de VIH e ITS depende de las prácticas sexuales y el riesgo asociado. Se recomienda la realización de las pruebas al menos una vez al año en hombres GBHSH. En usuarios de alto riesgo se recomienda el cribado de VIH, sífilis, *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* cada 3-6 meses y cada 12 meses en el caso de VHC. Se consideran usuarios de alto riesgo aquellos que presenten (15):

- Prácticas sexuales sin preservativo (oral o anal).
- Más de 10 parejas sexuales en los últimos 12 meses.
- Consumo de sustancias asociadas al chemsex.
- Diagnóstico reciente de VIH o ITS.

En los últimos años se han producido varios brotes de hepatitis A en hombres GBHSH tanto en España como en otros países europeos, por lo que son necesarios programas de vacunación adaptados a este colectivo, para controlar y prevenir una mayor propagación (18).

6.3. Vigilancia de la reinfección del VHC

A lo largo de los últimos quince años se han descrito numerosos brotes de infección aguda por el virus de la hepatitis C (VHC) en GBHSH que refieren la vía sexual como probable mecanismo de transmisión en el contexto del chemsex (19). Estos brotes han contribuido al aumento de la incidencia de la hepatitis C principalmente en hombres GBHSH con el VIH. Desde la puesta en marcha de los programas de profilaxis preexposición frente al VIH (PrEP) –que incluyen el cribado periódico de las hepatitis víricas–, también se ha registrado un aumento de la incidencia de la hepatitis C aguda en hombres GBHSH sin el VIH que refieren conductas de elevado riesgo sexual asociadas al chemsex (20,21).

En ausencia de una vacuna frente al VHC, las personas que han eliminado el VHC ya sea a través del tratamiento o por aclaramiento espontáneo, podrían reinfectarse si persisten las conductas de riesgo. La reinfección afecta principalmente a UDI y a hombres GBHSH (principalmente con el VIH) que mantienen conductas de riesgo elevado asociadas al consumo de drogas y/o las prácticas sexuales.

En una cohorte de hombres GBHSH con el VIH que habían logrado curar el VHC en diferentes ciudades europeas, la incidencia de reinfección fue de 7,3 casos por 100 persona-año. Se estimó que alrededor de una tercera parte de los pacientes se reinfectaría en el plazo de 5 años tras la curación si no modificaban las

conductas de riesgo (22). Datos más recientes de la cohorte EuroSIDA muestran que un 13,3% de las personas con el VIH (GBHSH y UDI) curadas de la infección por el VHC en Europa gracias al tratamiento, se reinfectan al cabo de los dos años de haber eliminado el VHC (23).

En Madrid, un estudio que evaluó la tasa de reinfección en GBHSH con el VIH curados del VHC, halló una tasa de reinfección de 5,93 casos por cada 100 persona-año en hombres. Esta tasa de reinfección extremadamente elevada contrasta con la observada en el mismo estudio en UDI: 0,21 casos por cada 100 persona-año, lo que significa que la tasa de incidencia de reinfección fue 23 veces superior entre hombres GBHSH que entre UDI (24).

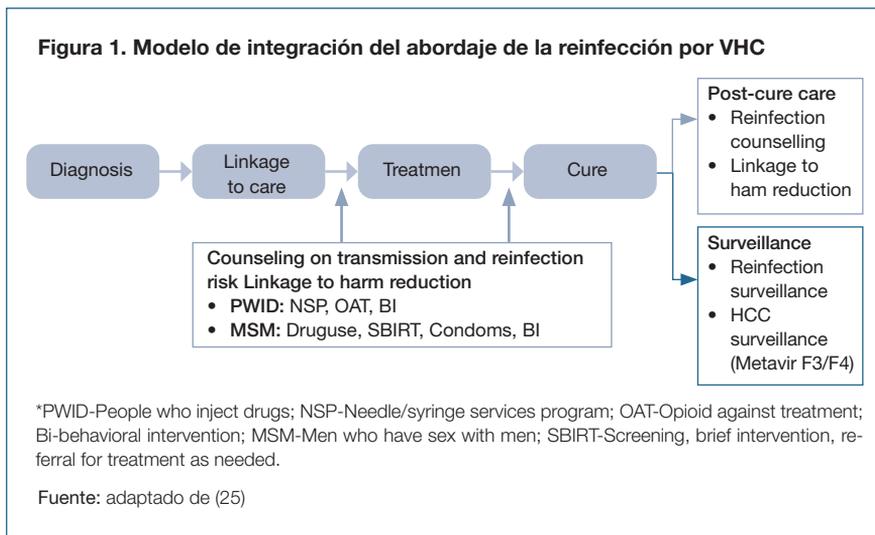
Además, esta elevada incidencia de reinfección por el VHC en poblaciones vulnerables, pone de manifiesto la necesidad de incorporar el abordaje de la reinfección en los servicios sanitarios de atención al VIH y de hepatología. Los expertos señalan que la detección de la reinfección por VHC en una población tratada no debería interpretarse como un fracaso programático, sino que debería considerarse en el contexto de los esfuerzos específicos dirigidos a eliminar la hepatitis C (25).

En este sentido, el riesgo individual de reinfección por el VHC y el consejo asistido para evitarla debería considerarse en la evaluación inicial de cada paciente cuando se evalúa el tratamiento frente al VHC. Por su parte, la evaluación del riesgo no debería ser un motivo para diferir el tratamiento frente al VHC. Al contrario; debería utilizarse para crear estrategias individualizadas de educación, *counselling* y derivación a otros servicios sanitarios o sociosanitarios que permitan a los hombres GBHSH reducir el riesgo de reinfección por el VHC una vez curados (26).

Junto con los factores individuales también deberían tenerse en cuenta y abordarse los factores contextuales. Se han identificado *clusters* de infección por el VHC en redes de hombres GBHSH con el VIH en situación de alto riesgo, lo que hace pensar a los expertos que tratar a un grupo o red de hombres GBHSH de forma simultánea podría ser la estrategia más efectiva para reducir la carga viral de la población (es decir, el reservorio de hombres GBHSH con viremia del VHC activa) y, junto con estrategias de reducción de riesgos tras la curación, prevenir la reinfección.

La cascada de servicios del VHC no finaliza con la curación de la enfermedad. La vigilancia de la reinfección del VHC tiene que mejorarse, ampliarse y convertirse en una parte rutinaria de la atención clínica. Para ello será necesario utilizar una definición consensuada sobre la reinfección por el VHC en la práctica clínica que permita su monitorización, comparar las tasas de incidencia en distintos contextos y poblaciones y que ayude a evaluar la efectividad de las intervenciones de reducción de riesgos y daños.

En la siguiente figura se presenta un modelo para integrar el abordaje de la reinfección por el VHC en la cascada de servicios de la hepatitis C (25):



Este nuevo enfoque supone un reto asistencial para los modelos asistenciales vigentes en el SNS. Sin embargo, un cambio de paradigma que implique el trabajo multidisciplinario y en red entre los dispositivos sanitarios, sociosanitarios y comunitarios permitiría maximizar el efecto curativo y preventivo del tratamiento frente al VHC, mejorar la salud en general de los pacientes y avanzar en la microeliminación (27) de la hepatitis C en hombres GBHSH.

6.4. Calendario anual de los grandes eventos de ocio gay

La industria del turismo y ocio gay está integrada por una amplia red empresarial de negocios LGTBQ+. Tal como se manifiesta en espacios como FiturGay, este sector cuenta además con la colaboración de los departamentos de turismo de numerosas ciudades y comunidades autónomas. Las celebraciones del Orgullo LGTBQ+ se encuentran entre los grandes eventos dirigidos al colectivo, atrayendo a un considerable volumen de público gay nacional e internacional. La diversificación en las fechas en que tienen lugar, tanto en ciudades españolas como europeas, ha contribuido a ello, haciendo más fácil atender varios eventos cada año.

Aunque el Día Internacional del Orgullo LGTBQ+ es el 28 de junio, la temporada de estas celebraciones comienza en Maspalomas y Torremolinos durante el

mes de mayo. A estos le siguen Ibiza, Madrid, Barcelona, Sitges a lo largo del mes de julio y, por último, Benidorm, en el mes de septiembre, de modo que el grueso coincide con el verano y la temporada alta de turismo. El calendario anual de eventos dirigidos al público gay en estas ciudades cuenta además con un nutrido circuito de festivales. Aunque muchos de ellos coinciden con la temporada estival, también diciembre concentra algunos de los festivales más importantes.

Algunos de los festivales tienen un público diferenciado (28) dentro del colectivo de hombres gais. Las imágenes y el tipo de productos de *marketing* utilizado para difundirlos, se caracteriza por una importante carga sexual. De alguna manera el circuito de ocio actual entrelaza las libertades e identidades y la práctica libre de ocio, incluido el vinculado al sexo, y sostiene muchas de las condiciones que facilitan un fenómeno como el chemsex.

Por este motivo resulta imprescindible tener en cuenta estas fechas y celebraciones. Estos eventos y festivales de ocio gay, suponen una oportunidad para intervenir en la prevención y/o reducción de daños respecto al fenómeno del chemsex, así como para dar a conocer los servicios y recursos existentes para ofrecer apoyo profesional a quien lo pueda necesitar. Este trabajo preventivo de campo, habitualmente ha venido realizándose por organizaciones sociales de base comunitaria:

- Sería conveniente mejorar la colaboración con las redes de empresarios LGTBQ+ y su sensibilización con el objetivo común de construir un ocio más saludable (6), como pilar de la intervención en estos espacios.
- El mundo del ocio gay incluye algunas expresiones artísticas de gran relevancia como el mundo travesti o *DJs*. Alguna de estas artistas, junto a la identificación de personas relevantes en el colectivo gay, puede contribuir en el abordaje del chemsex y la difusión de mensajes, así como a iniciar la conversación sobre el fenómeno.
- La intervención en los propios espacios de ocio con diferentes acciones: reparto material preventivo e información, realización de test, campañas, etc.
- La inclusión de charlas formativas comunitarias y acciones sobre el fenómeno de chemsex como intervención en los grandes eventos del ocio gay.

Otro ejemplo de cómo enfocar la colaboración con la industria de ocio, son los programas para otorgar sellos de calidad a los negocios que se comprometen con la salud pública, como el antiguo europeo *Everywhere* y el actual *Party+ New Net*, del que forma parte *Q de Festa! Nits de Qualitat* desarrollado en Cataluña.

Por lo que se refiere a los canales para dirigirse al colectivo, de la misma manera que las App permiten un alto nivel y rapidez de comunicación y encuentro, suponen también una vía para poder intervenir en la prevención en este ámbito. Cada vez son más las organizaciones comunitarias que recurren a perfiles para hacer llegar la información de sus servicios, mensajes de salud etc. apoyándose en cibereducadores que tratan de aprovechar las oportunidades de acceso que brinda este canal de comunicación.

Al mismo tiempo, es necesario documentar las actividades de prevención que ya se están desarrollando, e identificar las oportunidades de implementar nuevas actuaciones. Para poder dar un impulso a estas iniciativas, se requiere ampliar los espacios de diálogo y colaboración entre los agentes implicados, incluyendo al empresario de este sector, las organizaciones comunitarias y las administraciones (29).

6.5. La incompreensión hacia quienes practican chemsex

El temor a la incompreensión, a ser rechazado o juzgado, puede hacer que alguien con prácticas de chemsex sienta miedo de hablar del tema con amigos, familiares o profesionales, incluso si se encuentra ya en una situación en la que necesita pedir ayuda.

En los últimos años los medios de comunicación han divulgado diversas noticias relacionadas con el fenómeno del chemsex. Lamentablemente el tratamiento mediático ha sido en general sensacionalista y muy poco riguroso. Este tipo de abordaje informativo contribuye a desinformar y a generar alarma social, corriendo el riesgo de estigmatizar a quienes tienen estas prácticas. Sería conveniente incluir en los manuales y guías de estilo sobre temas de salud, referencias para un tratamiento informativo adecuado de este fenómeno.

En las aplicaciones de contactos dirigidas a hombres GBHSH se observan con frecuencia perfiles que contienen mensajes despectivos hacia otros usuarios de las App. Suelen utilizarse para manifestar el tipo de contactos en los que no se está interesado, pero en ocasiones se utilizan fórmulas que pueden resultar hirientes para otros usuarios: “No drogas”, “No enfermos”, “No viejos”, “No pluma”. Algunos de estos textos señalan de manera explícita a quienes practican chemsex, especialmente a quienes utilizan la vía inyectada, práctica que genera reacciones de mayor animadversión. En ocasiones los textos de los perfiles de las aplicaciones contienen expresiones que pueden suponer una carga extra de estigma hacia otros usuarios, como por ejemplo los hombres con VIH, los trabajadores sexuales o los migrantes. Una de las acciones que pueden implementarse para trabajar estos aspectos, sería hacer pedagogía invitando, en artículos y espacios de discusión comunitarios, a utilizar códigos más respetuosos para expresar las propias preferencias.

6.6. Programas PrEP en hombres que practican chemsex

Las guías españolas recogen, entre sus criterios de indicación para la PrEP, el uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección

(30), lo que permitiría la prescripción de PrEP a algunos usuarios de chemsex. Además, en algunos trabajos que analizaban el cumplimiento de estos criterios en potenciales usuarios de PrEP, se encontró que este criterio de indicación tendría una frecuencia relativamente elevada en relación con otros (31,32).

Desde una perspectiva de reducción de daños, la PrEP puede ser una herramienta deseable para las personas que practica chemsex, ya que permitiría planificar, con el acompañamiento de profesionales del ámbito de la salud, una estrategia de cuidados para evitar contraer la infección por el VIH.

Más allá del efecto profiláctico al VIH derivado de la toma de PrEP, es necesario señalar que pueden existir otros riesgos para la salud de quienes practican chemsex, y para los que una vinculación a un programa de PrEP puede ser beneficiosa. Las recomendaciones sobre estos programas incluyen despistaje trimestral de ITS y, en función de las necesidades individuales, la oferta de métodos alternativos para la prevención de ITS y promoción del uso del preservativo, el abordaje de problemas relacionados, o la derivación a otros recursos sociosanitarios (1).

Los resultados del estudio de implementación de la PrEP en España identificaron un descenso generalizado en el uso de drogas entre sus participantes. Aunque el estudio no estaba dirigido a conocer el impacto de los programas de PrEP en el consumo de drogas, este resultado fue interpretado como una posible capacidad de estos programas para mejorar la salud sexual de sus participantes de manera amplia, incluyendo el consumo de drogas, algunas de las que podrían estar relacionadas con la práctica de chemsex (33).

Por todo ello, los programas de prevención combinados que incluyen la PrEP, desarrollados por profesionales con conocimiento técnico y con competencias culturales adecuadas, pueden representar para algunos usuarios una oportunidad para tomar responsabilidad y decisiones informadas sobre su salud sexual, y mantenerse vinculados a recursos sanitarios que den respuestas a sus necesidades.

Bibliografía

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N. ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf (consultado agosto 2019)
2. Gordon R. An operational classification of disease prevention. En: Steinberg JA, Silverman MM, eds Prevention of Mental Disorders. Rockville, MD, Department of Health and Human Services; 1987. p. 20-6.
3. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Slamming. Guía para la reducción de daños asociados al uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo. Barcelona; 2018.

4. Grupos de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). Chemsex y hepatitis C: una guía para profesionales sanitarios. 2017.
5. Stop Sida. Vídeos Salud Sexual. Reducción de riesgos en las prácticas de chemsex. Disponible en: <https://stopsida.org/videos/> (consultado agosto 2019)
6. 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.
7. Pasarín M, Díez E. Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit.* 2013;27(6):477-8.
8. Fernández-Dávila P. ChemSex en España: Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. *Rev Multidiscip Sida.* 2018;6(13):57-62. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/chemsex-en-espana-reflexiones-sobre-buena-praxis-y-lecciones-aprendidas/> (consultado septiembre 2019)
9. Mora R. Servicio ChemSex Support: Una respuesta desde y para la comunidad LGTB+. *Rev Multidisc Sida.* 2018;6(15):42-8.
10. Curto Ramos J, Lombao Pardo C, Castillo González C, Molina Prado R, Varas Soler P, Barrio Fernández P, et al. Análisis de perfiles de usuarios del Programa SEXO, DROGAS Y TU (Programa de Ocio), y el 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. *Rev Multidisc Sida.* 2019;16.
11. Aguiló Pastrana E, Losada Cucco A. Los grupos y la intervención comunitaria. *ProCC;* 2015. Disponible en: https://www.procc.org/pdf/AP11.Los_grupos_y_la_intervencion_comunitaria.Aguilo_y_Losada.2015.pdf (consultado agosto 2019)
12. 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> (consultado agosto 2019)
13. Espasa M, Martínez D, Esperalba Ezquerro J, Barberà M, Verdeguer I, Blanco A, et al. Drassanes exprés. Programa especial para la detección rápida y el tratamiento precoz de infecciones de transmisión sexual en población asintomática con conductas sexuales de riesgo en Barcelona. *Enfermedades Emerg.* 2017;16(2):91-3.
14. Whitlock GG, Gibbons DC, Longford N, Harvey MJ, McOwan A, Adams EJ. Rapid testing and treatment for sexually transmitted infections improve patient care and yield public health benefits. *Int J STD AIDS.* 2018;29(5):474-82.
15. Clutterbuck D, Asboe D, Barber T, Emerson C, Field N, Gibson S, et al. United Kingdom national guideline on the sexual health care of men who have sex with men. BASHH guidelines. Disponible en: <https://www.bashh.org/guidelines> (consultado septiembre 2019)
16. Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Special populations. 2015. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/special-pops.htm> (consultado julio 2019)

17. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. 2018. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/GruposRiesgo.htm> (consultado agosto 2019)
18. Rodríguez-Tajes S, Perpiñán E, Caballol B, Lens S, Mariño Z, Costa J, et al. Hepatitis A outbreak in Barcelona among men who have sex with men (MSM), January-June 2017: A hospital perspective. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. 2018;38(4):588-93.
19. van de Laar T, Pybus O, Bruisten S, Brown D, Nelson M, Bhagani S, et al. Evidence of a large, international network of HCV transmission in HIV-positive men who have sex with men. *Gastroenterology*. 2009;136(5):1609-17.
20. Ramière C, Charre C, Mialhes P, Bailly F, Radenne S, Uhres A-C, et al. Patterns of Hepatitis C Virus Transmission in Human Immunodeficiency Virus (HIV)-infected and HIV-negative Men Who Have Sex With Men. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2019;69(12):2127-35.
21. Bradshaw D, et al. Risk factors and patterns of HCV transmission amongst men who have sex with men. 25th Annual Conference of the British HIV Association; 2019; Bournemouth.
22. Ingiliz P, Martin TC, Rodger A, Stellbrink H-J, Mauss S, Boesecke C, et al. HCV reinfection incidence and spontaneous clearance rates in HIV-positive men who have sex with men in Western Europe. *J Hepatol*. 2017;66(2):282-7.
23. Amele S, Peters L, Rodger A, et al. HCV reinfection among HIV/HCV co-infected individuals in Europe. Abstract WEAB0303 presentado en: 10th IAS Conference on HIV Scienc; 2019 jul 21; Mexico City.
24. Berenguer J, Gil-Martin Á, Jarrin I, Montes ML, Domínguez L, Aldámiz-Echevarría T, et al. Reinfection by hepatitis C virus following effective all-oral direct-acting antiviral drug therapy in HIV/hepatitis C virus coinfecting individuals. *AIDS Lond Engl*. 2019;33(4):685-9.
25. Falade-Nwulia O, Sulkowski MS, Merkow A, Latkin C, Mehta SH. Understanding and addressing hepatitis C reinfection in the oral direct-acting antiviral era. *J Viral Hepat*. 2018;25(3):220-7.
26. Salazar-Vizcaya L, Kouyos RD, Fehr J, Braun D, Estill J, Bernasconi E, et al. On the potential of a short-term intensive intervention to interrupt HCV transmission in HIV-positive men who have sex with men: A mathematical modelling study. *J Viral Hepat*. 2018;25(1):10-8.
27. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Thursz MR, Dillon JF, El-Sayed MH, Elsharkawy AM, et al. The Micro-Elimination Approach to Eliminating Hepatitis C: Strategic and Operational Considerations. *Semin Liver Dis*. 2018;38(3):181-92.
28. Gómez K. A qué tribu gay perteneces. *Revista Shangay*. 2015; Disponible en: <https://shangay.com/2015/02/11/a-que-tribu-gay-perteneces/> (consultado agosto 2019)
29. Soriano R, Mur A. Chemsex: oportunidades para la prevención en el contexto de los grandes festivales de ocio gay en España. *European ChemSex Forum*; 2019; París.
30. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Grupo de Expertos PrEP. Profilaxis Preexposición al VIH en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PROFILAXIS_PREEXPOSICION_VIH.pdf (consultado agosto 2019)
31. Ayerdi-Aguirrebengoa O, Vera-García M, Puerta-López T, Raposo-Utrilla M, Rodríguez-Martín C, Del Romero-Guerrero J. To whom is HIV pre-exposure prophylaxis proposed? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35(5):299-302.

32. Iniesta C, Álvarez-Del Arco D, García-Sousa LM, Alejos B, Díaz A, Sanz N, et al. Awareness, knowledge, use, willingness to use and need of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) during World Gay Pride 2017. *PloS One*. 2018;13(10):e0204738.
33. Iniesta C, Polo R, Spanish working group for PrEP. Profilaxis Pre-Exposición al VIH en España: resultados finales del estudio de implementación. XI Congreso Nacional de GeSIDA; 2019 jun; Toledo.

7. Propuesta para una atención integrada del chemsex

7.1. Premisas generales

La atención a usuarios con prácticas de chemsex debe basarse en las siguientes premisas generales:

- Enfoque basado en el usuario y atención integral (1) centrada 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. Asimismo la atención debe ser un espacio seguro y confidencial donde la persona no sea objeto de juicios morales, discriminación y estigmatización.
- Plan terapéutico personalizado, incluyendo tanto enfoques basados en la abstinencia, como en la reducción de riesgos y daños (1). Es además necesario hacer un abordaje de la sexualidad y su vivencia, fundamental para el cambio terapéutico.
- Abordaje interdisciplinar, con estrecha colaboración institucional y coordinación entre los diferentes profesionales y servicios implicados, tanto públicos como comunitarios.
- Simplificación del circuito asistencial para el usuario en las principales ciudades, incluyendo consultas integradas, prestadas por parte de diferentes profesionales en un mismo espacio.

Sobre la atención a estos usuarios en el sistema sanitario público, se propone seguir avanzando en los siguientes aspectos:

- **Garantizar el derecho a una atención adecuada del chemsex en los servicios públicos.**

Los usuarios que presentan usos problemáticos y/o adicciones a sustancias, o adicciones comportamentales relacionadas con el chemsex, tienen derecho a recibir una atención adecuada y de calidad por parte de los servicios públicos en igualdad de condiciones que el resto de usuarios, con independencia del tipo de sustancias o los contextos en los que las consuman.

- **Incluir el chemsex en los planes de formación.**

La formación sobre chemsex debe incluirse en la planificación anual de las administraciones públicas de una manera proporcionada, en particular en las áreas urbanas donde el fenómeno es más prevalente, y dirigida a los profesionales de los servicios cuya participación se requiere para prestar un abordaje adecuado a las necesidades de salud de estos usua-

rios. Esta formación debe incluir necesariamente la adquisición de competencias culturales LGTBQ+, para lo cual se requiere la participación de profesionales LGTBQ+ con experiencia en este campo.

- **Considerar la oportunidad y viabilidad de facilitar atención sobre chemsex en los servicios ya utilizados por los hombres GBHSH.**

Muchos hombres con prácticas de chemsex son renuentes a ser derivados a centros de atención a las adicciones y salud mental, excepto cuando la situación ya se ha agravado, lo que supone un cúmulo de oportunidades perdidas para intervenir en fases anteriores. Las evidencias disponibles y los ejemplos de buenas prácticas demuestran que resulta mucho más efectivo mantener la atención en los mismos centros y servicios a los que la población GBHSH ya suele acudir, como aquellos en los que reciben atención de salud sexual (2,3).

- **Implementar abordajes integrados en un mismo espacio.**

Dado que los usuarios que practican chemsex pueden requerir atención por parte de profesionales de diferentes ámbitos y especialidades, sería deseable disponer en las principales ciudades de servicios o unidades como los ya existentes en otros lugares de Europa, que integren en un mismo espacio al menos la atención de salud sexual, drogodependencias y salud mental. Algunos centros de ITS tienen consultas libres por las tardes, donde sería factible ofrecer también atención en materia de adicciones, salud mental y apoyo entre iguales.

- **Definir y publicar el circuito asistencial.**

Mientras no se disponga de recursos asistenciales que ofrezcan atención integrada en un mismo equipo, será necesario definir los circuitos asistenciales en las principales ciudades, describiendo el listado de los centros o dispositivos a los que los usuarios pueden ser remitidos para recibir la atención que requieran.

- **Reconocer o acreditar los centros cuyos equipos hayan recibido formación sobre chemsex.**

A efectos de evitar que los usuarios sigan siendo derivados de un lugar a otro, sin garantías de ser atendidos por profesionales con la formación adecuada, o sin la seguridad de que los centros participantes hayan establecido mecanismos para coordinarse durante el proceso, se propone que los centros o equipos que tengan un adecuado nivel de formación y de coordinación sean identificados y reconocidos.

- **Garantizar diversidad de enfoques de abordaje, incluyendo el de reducción de riesgos y daños (1).**

Es importante que la perspectiva de reducción de riesgos y daños se integre en la atención en todos los centros públicos.

- **Mejorar la oferta de atención en el horario de tarde.**

Ampliar la oferta de atención de los servicios públicos de salud sexual

y de adicciones para estos usuarios en horario de tarde, dado que la mayoría de los usuarios con prácticas de chemsex están socialmente integrados y trabajan con normalidad lo que facilitaría su asistencia, sin tener que ausentarse de su puesto de manera reiterada, de forma que no se convierta en una barrera importante para su adherencia, especialmente cuando el usuario no quiere que en su lugar de trabajo se conozca que presenta este problema de salud.

El enfoque basado en el usuario debe ser un pilar de cualquier estrategia de abordaje. Se debe partir de las necesidades percibidas por el usuario, tomando en consideración cuáles son sus prioridades y motivaciones, ya que esto facilitará su disposición e implicación en la intervención.

Conviene explorar cuáles son las estrategias que el usuario ya está adoptando (o que conoce y aún no ha puesto en práctica), e indagar sobre qué resultados ha tenido. Así será posible disponer de más información sobre los recursos de los que dispone la persona sobre los que construir estrategias preventivas personalizadas. Es fundamental explorar la aceptabilidad de las diferentes propuestas y su percepción sobre la probabilidad de llevarlas a cabo con éxito. Por tanto, es un proceso participativo, y será necesario hacer seguimiento de la eficacia y la utilidad de las estrategias acordadas.

Dependiendo del patrón de consumo, el usuario puede buscar diversas intervenciones: desde un lugar donde se le pueda informar acerca de las drogas que se consumen en contextos sexuales, sus efectos y riesgos, hasta un tratamiento por dependencia a sustancias. Por otro lado, hay que valorar la demanda del usuario, que puede ser diversa: un espacio para hablar de sus experiencias o preocupaciones respecto a la práctica del chemsex, encontrarse con personas que vivan una realidad similar a la suya en el cual pueda hablar libremente y sin prejuicios, recibiendo terapia, el deseo de dejar de practicar chemsex o dejar de usar drogas asociadas a ésta práctica dado que ha presentado consecuencias físicas o mentales, la búsqueda de poder realizar un chemsex sin riesgos, etc. Tomando en cuenta esta demanda, se pueden ofrecer diversas actuaciones, como se describirá a lo largo de este apartado.

7.2 Lecciones aprendidas

El abordaje del chemsex requiere comprender la realidad de cada escenario local y su conexión con el contexto global. Los frentes sobre los que actuar pueden ser muy diversos (salud sexual, adicciones, salud mental, tratamiento del VIH y/o VHC, terapia psicosexual etc.) por lo que resulta necesario multiplicar los espacios de diálogo y coordinación profesional, para analizar y consensuar cómo darle la respuesta más adecuada (4).

Algunos países como Reino Unido han liderado el desarrollo de políticas públicas para organizar la atención a los usuarios que requieren apoyo profesional por problemas derivados de sus prácticas de chemsex (5). Una de las claves para el manejo del chemsex, y sobre la que existe un consenso internacional, se resume en la necesidad de abordar conjuntamente las facetas del comportamiento sexual y de consumo. Experiencias pioneras en ciudades como Londres (6) han demostrado que los centros de ITS y las organizaciones comunitarias LGBTQ+ son dos espacios en los que resulta fácil identificar o captar a los usuarios que requieren atención profesional por chemsex.

Estos usuarios suelen sin embargo ser renuentes a demandar apoyo o ser derivados a los centros tradicionales de drogodependencias. Esto podría estar relacionado con el estigma asociado a estos centros, con la falta de referencias sobre la capacidad de los mismos para abordar la faceta sexual del chemsex, o también en el caso de una parte de los usuarios por no haber asimilado todavía el hecho de que requieren ayuda profesional. Una forma de eliminar estas barreras es el acercamiento por parte de profesionales de las adicciones a recursos que ya atienden a hombres GBHSH (por lo menos para ofertar allí las primeras visitas).

Es mejor atender al usuario de chemsex en un lugar donde ya acude de manera rutinaria (6), como es el caso de los centros de ITS, donde acuden a realizarse pruebas. Las organizaciones comunitarias LGBTQ+ son igualmente un recurso de referencia para esta población a la hora de solicitar información y apoyo. Derivar al usuario a otros centros, no siempre funciona, especialmente si se trata de servicios donde el personal no tiene las competencias culturales LGBTQ+ para abordar al usuario de manera adecuada.

Los acercamientos y colaboración con los servicios que tienen acceso a esta población permiten además abordar a los usuarios en fases más tempranas, antes de que puedan desarrollar problemas graves, acompañando así a quienes practican chemsex en el proceso de entender si realmente tienen problemas relacionados con el mismo. En ocasiones estas estrategias incluyen charlas y actividades grupales informativas (7).

Idealmente, sería mejor facilitar al usuario un servicio que concentre la mayor parte de la atención en un mismo punto. Fraccionar y dispersar el tratamiento en varios centros diferentes, dificulta la coordinación y el abordaje integral, y aumenta el riesgo de que el usuario no acuda al lugar al que es derivado (7). Sin embargo, algunos de los servicios que podrían tener una mejor acogida por parte de los usuarios, no tienen capacidad para abordar situaciones urgentes, como por ejemplo problemas graves de salud mental.

Para una parte de los usuarios la posibilidad de contar con profesionales miembros de la comunidad LGBTQ+ (con la formación adecuada para abordar a usuarios que practican chemsex) facilita mucho el establecimiento de un clima de confianza que les permita compartir su situación. Hay que advertir, sin embargo, que obviamente tener la misma orientación sexual no garantiza una atención ade-

cuada si el profesional no tiene la formación ni las habilidades necesarias, incluyendo una sólida formación en adicciones, y también en la perspectiva de reducción de riesgos. Muchas de las demandas iniciales de apoyo no están orientadas a objetivos de abstinencia (7).

Una parte importante de la prevención, del asesoramiento y de la atención, puede ser perfectamente desarrollada desde el tejido comunitario. La mirada de la propia comunidad debe de ser incluida en el diseño de cualquier propuesta de investigación o intervención. Las organizaciones comunitarias LGTBQ+ promueven y facilitan la participación de la comunidad en la detección de necesidades, la creación de estrategias de respuesta y la toma de decisiones sobre la implementación de las mismas (8).

Se considera una buena práctica ofrecer servicios en los que colaboren tanto profesionales de la red asistencial pública, como de entidades de base comunitaria, favoreciendo la aparición de sinergias y creando oportunidades para explorar la complementariedad entre ambos ámbitos. La colaboración entre los profesionales de estos dispositivos debe ser reforzada para eliminar barreras y establecer una coordinación fluida (1).

7.3. Circuitos asistenciales

Como se ha visto a lo largo del documento, muchos hombres con prácticas de chemsex se muestran reacios a acudir a centros de tratamiento de las adicciones (8-10). Además, la inclusión del chemsex es algo muy reciente en los planes de adicciones y de salud pública y, por lo tanto, también en el desarrollo de los circuitos asistenciales adecuados para su detección y atención (sanitaria y social y tratamiento a diferentes niveles).

El abordaje actual del chemsex se realiza por una serie de actores, cuya participación configura unos circuitos asistenciales, de nueva creación en muchos aspectos, y que puede tener variaciones en cada ciudad o comunidad autónoma.

Servicios de Salud

- Red de Centros y servicios de Atención a las Adicciones, en sus diferentes formatos en las diferentes CCAA, donde se abordan todas las adicciones, incluido el chemsex, especialmente en las grandes urbes donde se ha manifestado claramente. Incluyen abordajes tanto orientados a la abstinencia como a la reducción de riesgos y daños.
- Clínicas de ITS, o especializadas en salud sexual y comunitaria, donde se pueden detectar problemáticas y abordar su respuesta in situ, así como en red con el resto de los recursos públicos y privados.
- Servicios de enfermedades infecciosas/unidad de VIH, teniendo en cuenta que un amplio porcentaje de las personas que practican chemsex,

tienen el VIH. El abordaje de temas como el consumo, interacciones farmacológicas, problemáticas derivadas, etc., abre un espacio de abordaje asistencial al chemsex problemático y de localización de posibles usuarios de este consumo.

- Urgencias Hospitalarias, por los motivos como una sobredosis o brotes psicóticos, entre otras urgencias con las que los usuarios de chemsex problemático debutan en ocasiones en el sistema de salud.
- Centros de Atención Primaria, pueden ser receptores de personas demandantes de ayuda por chemsex o por diferentes motivos como la prueba del VIH, consecuencias físicas y psicológicas del consumo, etc., u otros indicadores de salud. Siendo un recurso cercano y muy accesible para la persona, es importante tejer una red de respuesta e información en Atención Primaria para el abordaje de los problemas derivados de prácticas de chemsex.
- Área de Salud Mental de Hospitales, donde pueden llevar casos de patología dual, depresión o algunas de las consecuencias en salud mental vinculadas al chemsex, y que deben ser identificados para su apropiado abordaje.
- Servicios ambulatorios de Salud Mental, o áreas de Patología Dual en servicios no hospitalarios, donde pueden proveer el adecuado abordaje a algunas de las consecuencias en salud mental del usuario con problemas relacionados con el chemsex.

Además de los servicios públicos, algunos de estos recursos existen también en el ámbito privado, incluyendo laboratorios y clínicas de salud sexual, hospitales, consultas privadas y centros asistenciales de salud mental y de adicciones, gabinetes de profesionales de la psicología, entre otros.

Organizaciones de base comunitaria:

- Entidades comunitarias LGBTQ+.
- Entidades comunitarias de respuesta al VIH y la salud sexual, como por ejemplo Comités Ciudadanos Antisida, y otro tipo de entidades que trabajan en VIH.

Estos recursos comunitarios abordan, entre otros temas, la salud sexual, el apoyo psicológico a los afectados, la oferta de alternativas de ocio y de actividades de grupo, y la formación de pares como agentes de salud y apoyo. Son además el agente clave en la prevención en el contexto del chemsex.

Dado que los usuarios con prácticas de chemsex presentan necesidades de atención diversas o que pueden afectar a diferentes áreas, es imprescindible contar con la intervención de distintos profesionales que aborden aspectos médicos, psicológicos y sociales (11) con un enfoque holístico. Esto hace que sea necesaria la colaboración interinstitucional entre diferentes agentes que pueden complementarse en la atención a prestar. Algunos servicios o centros en concreto son las principales puertas de entrada en el circuito asistencial público, y existen algunos elementos

que, de ser identificados, pueden contribuir a identificar usuarios que pueden estar teniendo ya una serie de problemas derivados de sus prácticas de chemsex.

Algunas personas que practican chemsex solo tienen contacto con los servicios de salud en situaciones puntuales, “como por ejemplo cuando presentan alguna ITS, o acuden a urgencias por cuadros de toxicidad o sobredosis, o para recibir profilaxis post-exposición del VIH, o en el caso de personas con VIH cuando acuden al control rutinario. Estas pueden ser oportunidades únicas para conocer la posible existencia de problemas relacionados con el chemsex” (12).

En la siguiente tabla se muestra una propuesta de indicadores de sospecha de uso problemático en los diferentes recursos de entrada:

Tabla 1. Indicadores de sospecha		
PROBLEMAS FÍSICOS	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	PROBLEMAS SOCIALES
ITS de repetición VIH, y Hepatitis recientes	Antecedentes de intentos autolíticos y/o ideación autolítica presente	Aislamiento, pérdida progresiva de contactos sociales y dificultad para entablar o mantener relaciones afectivas
Intoxicaciones que precisan atención en urgencias y/o de repetición	Trastorno del estado de ánimo y Trastornos de ansiedad	Deterioro de la relación con las redes de solidaridad primaria
Complicaciones de venopunción	Trastornos del sueño	Absentismo laboral recurrente, especialmente al inicio de la semana
	Sentimientos de vergüenza	Dificultad para retomar actividades gratificantes de las que antes disfrutaba
	Sentimientos de soledad	
	Agotamiento psíquico	
	Irritabilidad	
	Labilidad emocional	

Dada la diversidad de actores implicados en la atención de los usuarios de chemsex, el trabajo en red es imprescindible. Una primera aproximación puede ser intentar definir niveles de intervención, sus agentes y actuaciones diferenciadas, que pueden ayudar a establecer un circuito terapéutico donde se ofrezca una atención integral con los recursos actuales, sin duplicar actuaciones y que permita identificar áreas de mejora.

Existen modelos de abordajes integrados que proponen simplificar el circuito asistencial para el usuario, ofreciéndole varios tipos de atención en un mis-

Tabla 2. Niveles de intervención				
?Qué nivel?	Prevention y cribado	Identificación y abordaje inicial	Abordajes motivacionales, proceso de acompañamiento al usuario	Tratamiento de adicciones y necesidades de salud sexual, salud mental
?Dónde se actúa?	Entidades comunitarias Centros de ITS Servicios de enfermedades infecciosas/Unidad de VIH	Entidades comunitarias Centros de ITS Servicios de enfermedades infecciosas/Unidad de VIH Urgencias Hospitalarias Centros de Atención Primaria	Entidades comunitarias Centros de ITS Servicios de enfermedades infecciosas/Unidad de VIH Centros de Atención Primaria Centros de Salud Mental Centros de Atención a las Adicciones	Centros de Atención a las Adicciones Entidades comunitarias Servicios de enfermedades infecciosas/Unidad de VIH Centros de ITS Centros de Salud Mental
?Cómo se interviene?	Información, orientación y asesoramiento Refuerzo de comportamientos protectores Psicoeducación	Identificación de patrón de uso problemático de drogas, y/o prácticas sexuales de riesgo Diagnóstico de ITS, Hepatitis y VIH, y otras patologías Tratamiento de situaciones agudas: Infecciones y/o Intoxicaciones Derivación y coordinación con otros recursos	Acompañamiento. Motivación y Derivación al recurso adecuado. Favorecer un espacio adecuado de escucha, intimidad, seguridad y confianza, gestión emocional, reestructuración cognitiva Alternativas de ocio	Tratamiento de los trastornos por uso de sustancia y del sexo vinculado a drogas. Tratamiento de los Trastornos mentales. Abordaje de otras áreas afectadas (personal, familiar, laboral...) Gestión emocional y conductual Seguimiento Alternativas de ocio Derivación y coordinación con otros recursos
?Qué enfoque?	Reducción de riesgos (tanto a nivel sexual como de uso de drogas) Enfoques de abstinencia	Reducción de riesgos (tanto a nivel sexual como de uso de drogas) Enfoques de abstinencia	Reducción de riesgos (tanto a nivel sexual como de uso de drogas) Enfoques de abstinencia	Tratamiento orientado a: Reducción de riesgos y daños (tanto a nivel sexual como de uso de drogas) Enfoques de abstinencia
?Qué tipo?	Intervención individual y colectiva Intervención con pares Presencial y online	Intervención individual Intervención grupal Intervención con pares Presencial y online	Intervención individual Intervención grupal Intervención con pares Presencial y online	Intervención individual Intervención grupal Intervención ambulatoria Intervención en régimen de ingreso Intervención con pares Presencial y online

mo centro. Una de las maneras de operativizarlo es mediante el acercamiento de ciertos profesionales a otros servicios que ya tienen acceso a quienes practican chemsex. Este acercamiento puede hacerse:

- Por parte de equipos especializados en adicciones, cuyos profesionales se desplazan para realizar atenciones en organizaciones comunitarias y clínicas de centros de ITS.
- Por parte de equipos de profesionales/pares/voluntarios de organizaciones comunitarias, que realizan atenciones a los usuarios que ya acuden a servicios de enfermedades infecciosas/unidad de VIH, centros de atención a las adicciones, u otros servicios públicos de salud.
- Un modelo más completo, sería la integración en un solo servicio de la mayor parte de estas atenciones (VIH, salud sexual, salud mental, adicciones, terapia psicosexual etc.).

Por otra parte, en algunas ciudades se han nombrado determinados centros de adicciones como centros de referencia, concentrando la mayor parte de las derivaciones a estos servicios.

7.4. El papel de las organizaciones de base comunitaria

Las organizaciones de base comunitaria promueven y facilitan la participación de la comunidad en la detección de necesidades, la creación de estrategias de respuesta y la toma de decisiones sobre la implementación de las mismas. Estas organizaciones tienen una amplia trayectoria en el cuidado de la salud sexual desde y para la comunidad LGBTQ+ y algunas de ellas tienen un papel clave en la respuesta al fenómeno del chemsex, tanto en la atención a los usuarios como en la prevención.

Una de las principales aportaciones de las organizaciones de base comunitaria en general al abordaje del chemsex, ha sido la creación de espacios entre pares que faciliten la recogida organizada de información clave aportada por los usuarios. Dicha información permite, entre otras cosas:

- mejorar el conocimiento sobre el uso de drogas en contextos sexuales y sus significados,
- detectar necesidades de los usuarios,
- facilitar su participación en la creación de estrategias adaptadas de reducción de daños en el consumo y en sus prácticas sexuales,
- o la selección de los canales de comunicación más eficaces para llegar a esta población diana.

Además, pueden ofrecer un marco de actuación basado en derechos y un enfoque de atención integral, que permite tener en cuenta de forma holística a la

persona, incluyendo aspectos psicosociales, además de los propiamente fisiológicos o médicos. De este modo la atención no solo tiene en cuenta el consumo y los contextos en los que se realiza, sino que incluye otras necesidades de los usuarios que pueden influir en la vivencia de su sexualidad.

Las organizaciones de base comunitaria suelen disponer de servicios de atención confidencial y gratuita; esto facilita su accesibilidad. El hecho de que dicha atención se de en un marco entre iguales, con contextos y claves compartidas en la atención, facilita que los usuarios puedan sentirse cómodos, sin temor a ser juzgados a la hora de hablar de su sexualidad y de las emociones que les movilizan.

Una de las aportaciones que ofrecen las organizaciones de base comunitaria es que tienen en cuenta las vivencias de los usuarios en relación con la orientación sexual y/o identidad de género, ofreciendo la posibilidad de abordar en profundidad, no solo la conducta de la persona, o la reducción de daños, sino la vivencia de la sexualidad, profundizando en aspectos clave en su salud, satisfacción o cuidado.

Las organizaciones de base comunitaria pueden informar a los usuarios sobre los recursos de la red pública disponibles en función de sus necesidades (por ejemplo, un 75% de las personas atendidas en el servicio “ChemSex Support” de Stop Sida, desconocían otros recursos para el abordaje de las adicciones) (13), y pueden intervenir además en facilitar el acceso y la permanencia en dichos recursos, por ejemplo, a través de cauces directos de derivación, entablando relaciones con agentes sanitarios y facilitando a los usuarios referentes con los que contactar y, en ocasiones, realizando acompañamientos.

Otras opciones de colaboración incluirían facilitar en la propia organización el primer contacto con el profesional del centro de atención a las adicciones, o abordando posibles dificultades que puedan surgir en dicho recurso; también se podría facilitar fomentando que los agentes de salud de las organizaciones comunitarias puedan hacer intervenciones en centros de ITS, atención primaria o de atención a las adicciones.

Es necesario poner en valor el papel que las entidades de base comunitaria y sus equipos tienen en la respuesta al fenómeno de chemsex. Tanto las organizaciones de base comunitaria como el resto de recursos de referencia, necesitan conocer mutuamente los servicios que ofrecen, promoviendo la bidireccionalidad de las derivaciones, y el trabajo conjunto, coordinado y complementario.

Algunas organizaciones comunitarias imparten formación sobre la diversidad LGTBQ+, sobre el chemsex y las competencias culturales necesarias para abordarlo. Por ejemplo, Stop Sida ha participado en la formación de las unidades de VIH de los hospitales de Can Ruti y Clínic de Barcelona, o de los referentes en los servicios de atención primaria de ITS (14). Por su parte, Apoyo Positivo ha realizado sesiones formativas en servicios de enfermedades infecciosas/unidades de VIH, Unidades de Urgencias y otros recursos sanitarios y organizaciones LGTBQ+ (15). Como resultado, mejoró la coordinación y derivación de usuarios entre estos servicios avanzando en la consecución de protocolos comunes.

Otra de las aportaciones del tejido comunitario en este ámbito, tiene que ver con la difusión de estrategias de reducción de daños específicas, tanto a través de campañas y webs informativas (p. ej. [ChemSafe](#) y [chemsex.info](#)) como de forma personalizada, por parte de personas que practican o han practicado el chemsex. Por su experiencia, conocimientos y perfil, pueden comunicarse con el usuario como iguales y apoyarle facilitándole herramientas que mejoren su autonomía en la toma de decisiones. Esto incluye la posibilidad de formar a pares como agentes de salud que puedan intervenir en los espacios donde se practica el chemsex, facilitando el acceso a información y recursos.

Las organizaciones de base comunitaria tienen gran experiencia en el acercamiento a través de las TIC, que podría ser compartida con los servicios de la red sanitaria para facilitar su acceso a la población diana. En este sentido, se pueden hacer algunas recomendaciones para facilitar este acercamiento y no generar actitudes de rechazo por parte del usuario: las intervenciones no deben ser invasivas, aproximándose al usuario estando disponible y visible para el mismo, y desde una perspectiva que facilite la toma de decisiones informadas, sin aconsejar o decidir por él.

7.5. Otros abordajes: atención grupal, incorporación de pareja, familia o amigos al tratamiento, intervenciones con pares, intervención online

Intervención grupal

La terapia grupal es una herramienta muy utilizada en el tratamiento de las adicciones. En varios estudios sobre la prevención de recaídas basada en terapias cognitivo-conductuales (16), se demuestra que no hay diferencias significativas en la eficacia entre el formato individual o grupal (alcohol y otras drogas), aunque en el caso del tabaco, sí se ha logrado demostrar una eficacia superior del formato grupal al individual. Por este motivo, y a pesar de la escasa literatura científica sobre grupos específicos para el tratamiento del chemsex, la terapia grupal es una herramienta que se debe considerar para mejorar la salud y la calidad de vida de los usuarios (17).

Partiendo de la base de que es el usuario quien decide cuál es su objetivo terapéutico por alcanzar, en fases iniciales muchos usuarios puede que no se planteen la abstinencia como primera opción, sino más bien evitar o reducir problemas relacionados con estas prácticas. Otros usuarios se pueden plantear desde el comienzo

que el objetivo a alcanzar es la abstinencia sostenida (más común en usuarios con un alto nivel de dependencia y con infructuosos intentos anteriores de cambio). Por este motivo una de las posibles estrategias es trabajar en grupos separados de usuarios, orientados a la reducción de riesgos o a lograr la abstinencia y mantenerla.

Las ventajas de la intervención grupal son: aumento de la vinculación y frecuencia del seguimiento de los usuarios en el centro; mejora la adherencia al tratamiento farmacológico (cuando éste se aplica); se genera un sentimiento de identificación, cohesión y pertenencia grupal. Los grupos pueden favorecer el abordaje de temas “tabúes” relacionados con la sexualidad en GBHSH (18); permiten salir de la soledad terapéutica (aquella sensación de ser el único en tratamiento para el chemsex); facilita el efecto espejo de aprendizaje; y, por último, ayuda al profesional a anticiparse a posibles recaídas de los usuarios.

Se incluye a continuación un pequeño resumen de temas o asuntos a tratar en las sesiones grupales, aunque no necesariamente se deben seguir con un orden establecido y sistemático, ya que en ocasiones los aspectos a tratar parten de las propias inquietudes, necesidades y prioridades compartidas por los usuarios que acuden a las sesiones, o bien se generan a partir de las vivencias o dinámicas grupales.

- Propuestas de temas para grupos orientados a la reducción de riesgos:

Educación sobre el uso de sustancias (la búsqueda del placer, minimizando los peligros o riesgos relacionados con el consumo). Educación sexual y afectiva para GBHSH (17). Uso de App de contactos. Prevención de y tratamiento de ITS. Amor, afecto, pertenencia y familia. Homofobia y homofobia interiorizada. Acoso, miedo y trauma. Otras dificultades vitales y psicosociales (desempleo, desarraigo, aislamiento familiar y social). Salud física y salud mental. Reconsiderar la abstinencia como una posibilidad no visualizada con anterioridad.

- Propuestas de temas para grupos orientados a la abstinencia al chemsex:

Prevención de recaídas: Potenciar factores protectores y reducción de los factores de riesgos. Estrategias de afrontamiento y solución de problemas; habilidades sociales y eficacia interpersonal. Aspectos relacionados con la sexualidad, incluyendo el sexo sin consumo de drogas. Alternativas para el disfrute del tiempo de ocio. Amor, afecto, pertenencia y familia.

Independientemente del tipo de grupo se deben respetar una serie de normas generales comunes tales como, respeto (escuchar, evitar juzgar, evitar dar soluciones, no interrumpir el turno de palabra, evitar cualquier otra forma de discriminación), compromiso, puntualidad y confidencialidad.

Intervenciones desarrolladas por pares

La experiencia personal de afrontamiento que aportan los pares puede ser una herramienta facilitadora del cambio. En esta interacción se utilizan técnicas de modelado, que pueden contribuir a la adquisición de nuevas conductas cuando el modelo es percibido similar a uno mismo. Para realizar el proceso de acom-

pañamiento, los pares formados como agentes de salud deben tener formación avanzada en técnicas de *counselling*, e intervenir desde una actitud de aceptación incondicional, escucha activa y no juicio.

Pueden intervenir en actividades orientadas a la reducción de riesgos o a la abstinencia. En función de los objetivos pueden abordarse diversos aspectos como: ajustar información sobre las drogas consumidas, sus principales efectos y situaciones de riesgo; mejorar la percepción de riesgo; facilitar la reflexión y toma de decisiones en relación a la vida afectiva-sexual y a prácticas relacionadas con chemsex; promover conductas afectivo-sexuales saludables y otros hábitos de vida saludables; facilitar el afrontamiento adaptativo de la orientación del deseo o del hecho de vivir con VIH; explorar fórmulas de ocio alternativo y saludable (1). Los pares formados como agentes de salud pueden actuar en actividades de acercamiento (por ejemplo, con trabajadores sexuales), o en la sede de organizaciones comunitarias y otros servicios. También pueden intervenir como agentes de salud on-line ofreciendo información en Internet o mediante aplicaciones de contactos de telefonía móvil.

Incorporación de familia o amigos en el tratamiento

El soporte y empoderamiento de familiares para potenciar el proceso de cambios es una de las áreas fundamentales a tener en cuenta en la intervención en adicciones (19). Sin embargo, por la naturaleza del problema pueden surgir dudas de si incluirlo o cómo hacerlo en el caso de la intervención con personas que practican chemsex.

En los casos en los que la persona que pide ayuda no ha compartido sus dificultades con personas de su entorno, se deberá fomentar la toma de decisiones al respecto. El objetivo será ayudarle a tomar conciencia de los posibles beneficios de contar con elementos externos de apoyo en su entorno familiar o de amigos y facilitar el desarrollo de las habilidades de comunicación necesarias en caso de que decida comunicar su situación a alguna/s personas de su entorno. Si la persona decide incluir en su proceso a familia, pareja o amigos, se acordarán en todo momento con él los objetivos a abordar y el grado de intervención que desea que se tenga con ellos.

Algunas intervenciones a realizar con la familia son: comprender la naturaleza del problema, dar información para que, de acuerdo con el usuario, colaboren en el desarrollo de control de estímulos, refuercen los avances o identifiquen señales de recaída (20). Asimismo, es posible realizar intervenciones con miembros de la familia o con la pareja, cuando los conflictos de éstas con la persona que practica chemsex sean factores desencadenantes o mantenedores del problema.

Los padres y madres pueden mostrar y expresar amor y cuidado, invirtiendo tiempo en la relación afectiva paterno/materno-filial, ayuda a reafirmar el amor

y la aceptación mutua. Para construir relaciones de confianza y apoyo mutuo, es muy importante decidir los límites e ir comunicándolos claramente.

La pareja y amigos pueden trabajar aspectos de escucha activa sin juzgar a la persona. Es importante entender que nadie más puede ser responsable de sus decisiones, y valorar hasta dónde llega la capacidad de influir en la persona. Si alguien va a seguir practicando chemsex, las parejas y amigos pueden ayudar acordando límites que contribuyan a limitar los riesgos (21). Expresar afecto y comprensión puede ayudar a fortalecer los vínculos.

Atención online

Existen experiencias piloto evaluadas (22) en Inglaterra de programas que incluyen terapia de grupo online y asesoramiento individual online, pudiéndose conectar los usuarios desde su móvil, ordenador o tableta. Este tipo de programas puede ser beneficioso para personas que están geográficamente lejos de los dispositivos de atención presencial, o personas que por sus horarios de trabajo u otros motivos no pueden acudir a otros servicios.

Por otra parte, las intervenciones online pueden ser beneficiosas para personas que no tienen muy claro si quieren empezar a realizar cambios y por ello se resisten a ir a recursos presenciales. Este tipo de herramientas podrían ayudar a la toma de conciencia de problema si lo hubiera.

7.6. Sistemas de información y herramientas de vigilancia epidemiológica

La Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 (23) 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”. Así, uno de sus objetivos estratégicos es: “Desarrollar y reforzar los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica para obtener y analizar datos actualizados del fenómeno de las adicciones, sus patrones y tendencias y su impacto en la salud pública”.

En el caso del chemsex los sistemas de información y vigilancia actuales no permiten conocer las consecuencias de este fenómeno en términos de salud y las necesidades de atención derivadas del mismo, por lo que es necesario actualizarlos. Este proceso de actualización requiere esfuerzos de coordinación y consenso interinstitucional, de modo que se adopte un criterio consistente para identificar el fenómeno del chemsex.

Para implementar estos cambios será imprescindible la participación de los agentes implicados, pero también la voluntad y apoyo institucional de responsables técnicos y decisores políticos. Algunos de los parámetros que contribuirían a visibilizar los impactos del chemsex en términos de salud serían las demandas de tratamiento de estos usuarios en los centros de atención a las adicciones, así como las urgencias hospitalarias y las muertes relacionadas con estas prácticas.

Por lo que se refiere al cribado en materia de chemsex, tanto centros de ITS, servicios de enfermedades infecciosas/unidad de VIH, y centros de atención a las adicciones como organizaciones LGTBQ+ y otras de base comunitaria han implementado ya procedimientos utilizando preguntas para detectar de manera rutinaria las prácticas de chemsex entre sus usuarios.

Como ejemplo de recogida de información, el Ayuntamiento de Madrid ha dado un paso pionero, implementado un proceso por el cual en los Centros de Atención a las Adicciones (CAD) ya es posible desagregar las demandas de tratamiento de usuarios de chemsex. Por su parte, la colaboración entre el *Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya* (CEEISCAT) y la asociación Stop Sida, ha permitido incorporar en ésta un sistema de recogida de información basado en un cuestionario elaborado y validado que se realiza en las primeras acogidas a sus usuarios y con un seguimiento semestral.

La emergencia sanitaria producida por la pandemia por COVID-19 y su impacto sobre los usuarios de chemsex representaron nuevos desafíos para el abordaje de este fenómeno, muchos de ellos relacionados con las limitaciones a la movilidad y con el riesgo de transmisión del virus. Frente a esta situación emergente en pocas semanas se difundieron diversos materiales informativos y preventivos específicos para los usuarios de chemsex (24-27).

Bibliografía

1. 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.
2. Stuart D, Weymann J. Chemsex and care planning: One year in practice. *HIV Nurs.* 2015;15:24-8.
3. Stuart D. 56 Dean Street's ChemSex Response. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_244573_EN_David%20Stuart%2056%20Dean%20Street%20ChemSex%20response.pdf (consultado julio 2019)
4. Soriano R. Prevención en el contexto del chemsex. *Rev Multidisc Sida Monográfico* 2019. junio de 2019; 7(17). Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/prevencion-en-el-contexto-del-chemsex/> (consultado julio 2019)

5. Public Health England. Substance misuse services for men who have sex with men involved in chemsex. London; 2015. Disponible en: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/phe-substance-misuse-services-for-msm-involved-in-chemsex.pdf> (consultado julio 2019)
6. 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: <http://www.croi-conference.org/sessions/%C2%93chemsex%C2%94-and-high-risk-sexual-behaviours-hiv-positive-men-who-have-sex-men> (consultado julio 2019)
7. Soriano R. Abordaje del chemsex. Lecciones aprendidas. Temas de actualidad en adicciones. 2019. Disponible en: <http://cendocbogani.org/Archivos/Temas/abordatge-chemsex-llisons-apreses-2019.pdf> (consultado abril 2020)
8. Fernández-Dávila P. ChemSex en España: Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. *Rev Multidiscip Sida*. 2018;6(13):57-62.
9. 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;26(12):1171-6.
10. Grupos de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). Chemsex y hepatitis C: una guía para profesionales sanitarios. 2017.
11. Valencia J, Gutiérrez J, Troya J, González-Baeza A, Dolengevich H, Cuevas G, et al. Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: datos desde un screening comunitario de VIH. *Rev Multidisc Sida*. 2018;6(13):7-19.
12. 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.
13. Mora R. Servicio ChemSex Support: Una respuesta desde y para la comunidad LGTB+. *Rev Multidisc Sida*. 2018;6(15):42-8.
14. Adell H, Fernández E, González E, Ligeró C, Robau M, Vilar M, et al. Ejemplos de buenas prácticas: continuidad asistencial entre hospital terciario y entidad de base comunitaria para la atención de personas con VIH. *Rev Multidisc Sida*. 2019;7(19):39-45.
15. González Baeza A, Dolengevich H, Ibarguchi L. Programa de formación e intervención en prácticas de chemsex: Sexo, Drogas y TÚ. *Apoyo Positivo. Sidastudi*. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/IM33498.jpg> (consultado julio 2019)
16. Begoña E, Cortés M, editores. Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. *Socidrogalcohol*; 2008. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231208_EN_ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf (consultado julio 2019)
17. Curto Ramos J, Lombao Pardo C, Castillo González C, Molina Prado R, Varas Soler P, Barrio Fernández P, et al. Análisis de perfiles de usuarios del Programa SEXO, DROGAS Y TU (Programa de Ocio), y el 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. *Rev Multidisc Sida*. 2019;16.
18. Cruz. Manejo del paciente de chemsex, abordaje de conductas adictivas y problemas de salud mental (tema 7). Material del curso online: Abordaje integrado de la salud sexual y los problemas de consumo de drogas en el contexto del chemsex. FCSAI, Instituto Mixto de Investigación, Escuela Nacional de Salud, Instituto de Salud Carlos III; 2017.

19. González-Baeza A, Ibarguchi L, Dolengevich H. Capítulo 11: Programas psicosociales de intervención en personas que practican chemsex. En: 99 Preguntas clave sobre Chemsex. Madrid: Fundación SEIMC-GESIDA; 2017.
20. Zapata M. La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Rev CES Psicol.* 2009;2(2):86-94.
21. London Friend, Adfam. Chemsex more than just sex & drugs. Information and advice for families, partners & friends. 2019. Disponible en: https://adfam.org.uk/files/ChemSex_Affected_Others.pdf (consultado abril 2020)
22. Edwardes D, Halfin G, Harbottle J, Moncrieff M. Online services: reaching MSM around the country who are struggling with issues around sex, drugs and alcohol. *A Public Health England HIV Innovation Project March 2016-November 2017.* *HIV Med.* 2018;19 (Suppl. 2 s21-s152):abstract P257.
23. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N. ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf (consultado julio 2019)
24. Energy Control. Chemsex, fiestas y drogas en tiempos de coronavirus. Disponible en: <https://www.chem-safe.org/chemsex-fiestas-y-drogas-en-tiempos-de-coronavirus/> (consultado abril 2020)
25. Stop Sida. Gestión emocional para usuarios de Chemsex en tiempos de coronavirus. Disponible en: <https://chemsex.info/gestion-emocional-usuarios-chemsex-tiempos-coronavirus/> (consultado abril 2020)
26. Stuart D. What does coronavirus (COVID-19) mean in regard to chemsex?. Disponible en: <https://www.davidstuart.org/covid-19-chemsex> (consultado abril 2020)
27. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Preguntas y respuestas sobre COVID-19 y VIH. 2020. Disponible en: http://gtt-vih.org/files/active/1/Infovhital_COVID_2020.pdf (consultado abril 2020)

8. Abordaje del chemsex en diferentes contextos asistenciales

8.1. Centros de atención a las conductas adictivas

Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, así como los comportamentales, son trastornos complejos que requieren un abordaje integral (1), individual y personalizado en función de la gravedad de la adicción y su situación personal y social.

Los centros de atención a las conductas adictivas son servicios sanitarios integrados por equipos multidisciplinares, que prestan asistencia a las personas usuarias de drogas desde una perspectiva biopsicosocial y que han ido evolucionando para incorporar otros tipos de adicciones. Actualmente en muchos de ellos se atienden personas con problemas relacionados con todo tipo de sustancias, usos inadecuados de las TIC, problemas relacionados con el juego tanto online como presencial, se atiende a adolescentes y jóvenes, y se realizan asesoramientos a familias, etc.

Sus equipos suelen estar compuestos de profesionales de disciplinas como la medicina, psiquiatría, enfermería, psicología, trabajo social, educación social y terapia ocupacional. Están distribuidos por todo el territorio en base a criterios poblacionales y de accesibilidad, y se dirigen a proporcionar asistencia ambulatoria especializada, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios con problemas relacionados con las adicciones.

Las derivaciones a estos centros provienen con frecuencia del médico de familia. Pero en aquellos que disponen de programas de atención al usuario de chemsex, con frecuencia las derivaciones proceden de servicios de enfermedades infecciosas/unidades de VIH, o de centros de ITS (donde suele realizarse cribado sobre prácticas de consumo en contextos sexuales). Otra parte de las derivaciones vienen de las organizaciones comunitarias LGTBQ+, recursos de referencia para muchos hombres gais, donde es más habitual poder hablar abiertamente y sin tabúes sobre el sexo y el uso de drogas. Además, los usuarios pueden también acceder a estos centros por iniciativa propia.

Para el abordaje del usuario de chemsex en los centros de atención a las adicciones se recomienda utilizar un estilo de entrevista empático, que no cuestione, juzgue ni muestre actitudes de sorpresa o rechazo, así como, entrevista motivacional. La vinculación debe ser el primer objetivo. La intervención incluirá:

- Diagnóstico de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM5 para el trastorno por consumo de sustancias (2). Valoración del policonsumo. Valoración de áreas afectadas.

- Valoración de la vinculación entre el consumo de sustancias y su vida sexual, motivaciones, tiempo que se lleva practicando, si todas las relaciones sexuales tienen lugar bajo efectos de sustancias, conductas y prácticas de riesgo, así como las necesidades percibidas.
- Diagnóstico de patología psiquiátrica si existiera.
- Solicitud de analítica de sangre para conocer la situación serológica, si es pertinente.

Una vez se hayan realizado las primeras visitas con cada uno de los profesionales, estos, junto con el usuario, elaborarán un Plan Terapéutico individual (PTI) que marcará las directrices del tratamiento, siendo posible abordar la problemática desde dos perspectivas:

Para algunos hombres GBHSH el objetivo será conseguir que los consumos y comportamientos sexuales tengan menos riesgos y con menores impactos negativos, o bien conseguir que estas prácticas sean más esporádicas, evitando perder el control y procurando el mayor grado posible de mejora de salud y calidad de vida. En este caso se trabajará sobre un mayor conocimiento de las sustancias y sus interacciones, el manejo del *craving*, el significado de la adicción y su relación con sus conductas.

Para otros, sin embargo, el objetivo será dejar de consumir totalmente las drogas durante los encuentros sexuales. Hay usuarios que, para conseguir la abstinencia al uso de sustancias, deciden dejar temporalmente de tener sexo. El abordaje del sexo sobrio, puede requerir un trabajo a medio o largo plazo. El proceso puede incluir recaídas. No se debe olvidar el papel que sustancias como el alcohol o el Tetrahidrocannabinol (THC) juegan a la hora de producir una desinhibición de la conducta, que pueden facilitar las recaídas.

En un estudio realizado en el CAD de Arganzuela (Madrid) en 2016 para describir la situación de los usuarios que acuden al centro con esta problemática, se observó que el 100% realizaban policonsumo (en el 65% de los casos combinando mefedrona junto con GHB/GLH y poppers). Los usuarios presentaban edades comprendidas entre 24 y 54 años, con una mediana de edad de 40 años. El 60% había completado estudios superiores, frente al 40% restante que tenía nivel de estudios medios. El 73% se encontraba en activo laboralmente y el 53,33% vivían solos. El periodo desde el inicio del consumo hasta el momento de consultar para iniciar tratamiento reflejaba una media de 17 meses y presentaban ya una adicción desarrollada (3).

La intervención también trabajará aspectos relacionados con la sexualidad y el desarrollo personal: salud sexual, visibilidad de la orientación sexual, historias de *mobbing* o *bullying*, homofobia interiorizada, arraigo/desarraigo familiar, duelo ante una seroconversión, carencias afectivas, sentimientos de soledad (1), estrategias de resolución de conflictos y asertividad. Uno de los puntos a explorar será la motivación que lleva a usar drogas con fines sexuales.

Cada profesional debe estar entrenado para hablar de sexo, sexualidad y prácticas sexuales en general y especialmente de aquellas relacionadas específicamente con la práctica del chemsex, sin que la persona se sienta juzgada. Para ello, es necesario previa-

mente reflexionar sobre las propias creencias y prejuicios sobre el sexo y la sexualidad, desactivando actitudes y pensamientos que puedan interferir de forma negativa en la atención y apoyo que se ofrece. El hecho de que los profesionales estén familiarizados con la terminología y demuestren conocimientos sobre el fenómeno del chemsex, puede contribuir a que los usuarios se sientan más receptivos en la relación de ayuda.

Igualmente, puede ser posible ofertar intervenciones grupales y en casos cuya situación lo requiera, también puede valorarse la derivación temporal a recursos de ingreso como apoyo al tratamiento.

8.2. Centros de ITS

En los Centros de ITS puede identificarse, a través de la historia clínica, a aquellas personas que consumen sustancias recreativas para mantener relaciones sexuales y hacer una primera evaluación sobre el uso de estas sustancias asociadas al sexo y la participación en las sesiones de chemsex. Para ello, es fundamental incluir preguntas sobre el uso de drogas dentro de la anamnesis habitual.

Los usuarios que refieren la práctica de chemsex requieren ser evaluados de forma específica en estos centros ofertando el cribado de ITS/VIH con una frecuencia adecuada, teniendo en cuenta tanto la sospecha clínica, como la epidemiológica. Para determinar el tipo de prueba y frecuencia se tendrán en cuenta múltiples factores como el número de parejas sexuales, tipo de prácticas sexuales o uso del preservativo.

Es importante el estudio de contactos con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz e interrumpir las cadenas de transmisión. Igualmente, se intensificarán las medidas preventivas para evitar la adquisición y transmisión de cualquier ITS.

Sería conveniente mejorar el acceso a los centros ampliando los horarios, eliminando posibles barreras administrativas, y ofreciendo atención sin cita previa para temas urgentes o para usuarios ya identificados que presenten comportamientos de mayores riesgos.

Finalmente, aquellos usuarios en los que se detecte un consumo problemático de sustancias recreativas serán derivados a otro centro para una valoración especializada y se procurará realizar un seguimiento coordinado de forma multidisciplinar, de forma que se confirme que la derivación se ha efectuado satisfactoriamente (1).

8.3. ONG LGTBQ+ y otras entidades de base comunitaria

Las organizaciones LGTBQ+ de base comunitaria han sido pioneras en la oferta de los servicios dirigidos a abordar las necesidades de atención de los usuarios de

chemsex. El hecho de que dicha atención se de en un marco entre iguales que comparten referencias y códigos culturales, facilita que los usuarios puedan sentirse cómodos y no juzgados a la hora de hablar de su sexualidad y de las emociones que les movilizan.

Una de las aportaciones de estos servicios es que tienen en cuenta las vivencias de los usuarios en relación a la orientación sexual y/o identidad de género, ofreciendo la posibilidad de abordar en profundidad, no solo la conducta de la persona, o la reducción de daños, sino la vivencia de la sexualidad, profundizando en aspectos clave en su salud, satisfacción o cuidado.

Además, estas organizaciones también actúan en fases de consumo no problemático, con frecuencia a través de pares formados como agentes de salud, desarrollando intervenciones de reducción de riesgos y daños tanto presenciales como virtuales, realización y divulgación de campañas, y difusión de cuestionarios que permitan al usuario comprender si tiene un uso problemático o si puede requerir apoyo.

El abordaje terapéutico de los usuarios de chemsex debe partir de un entendimiento de las normas, valores sociales y comunitarios subyacentes a la idiosincrasia del colectivo gay. De ahí la importancia de disponer de las competencias culturales adecuadas cuando se trata de abordar el estado serológico al VIH, el uso de sustancias o su estilo de vida.

El enfoque de abordaje de las organizaciones comunitarias en este ámbito incluye el uso de elementos socioverbales y culturales propios del colectivo, abordando aspectos relacionados con la sexualidad, la construcción de la masculinidad y otros rasgos descritos en este ámbito (por ejemplo, el culto al cuerpo o la actividad sexual como medida de éxito).

Estos servicios comunitarios se coordinan con los recursos de salud mental y de atención a las adicciones, para la derivación a los mismos de los usuarios que lo requieren, incluyendo los casos graves en los que necesita abordar necesidades de salud urgentes. Desde los centros comunitarios se desarrollan protocolos bidireccionales que facilitan el conocimiento mutuo entre diferentes recursos (centros de salud mental, centros de atención a las adicciones, trabajadores sociales...). que permiten de manera conjunta establecer planes personalizados de intervención y mejoras en las incidencias que se producen.

8.4. Servicios de enfermedades infecciosas/unidades de VIH

Dado que estos servicios o unidades centralizan la atención a las personas con el VIH, son uno de los dispositivos clave para la detección de la práctica del chemsex

entre los hombres gays infectados por el VIH. Aquellos servicios que intervengan en la implementación de la PrEP en el ámbito hospitalario, pueden también identificar usuarios con prácticas de chemsex en ese grupo de población.

Cuando en el seguimiento de un usuario aparecen comportamientos no habituales, como la falta a las citas, repuntes de la carga viral del VIH, una peor adherencia al tratamiento, problemas de pareja o laborales, otros diagnósticos de ITS, síntomas de ansiedad, depresión, consultas a servicios de urgencias, o cambio en la actitud hacia el médico se debe descartar un problema asociado al uso de drogas.

Un abordaje proactivo en la entrevista clínica, marcado por el respeto a la privacidad del usuario y una actitud empática, facilitará una relación digna, de confianza y respetuosa, lo que ayudaría a identificar los casos. Tener folletos y pósteres sobre el fenómeno de chemsex visibles en la consulta es una forma de poner de manifiesto que el usuario se encuentra en un espacio seguro para hablar sobre sexo y drogas con un profesional sanitario.

La anamnesis inicial de todo usuario nuevo debe incluir preguntas encaminadas a detectar si usa drogas durante las relaciones sexuales. Esta primera entrevista además permitirá identificar a quienes puedan presentar mayor probabilidad de realizar este tipo de prácticas en el futuro, por lo general varones jóvenes homo o bisexuales sexualmente activos. Si refieren no haber practicado chemsex hasta la fecha, se realizará un seguimiento que permita identificar su disposición o actitud hacia este tipo de prácticas. Si refieren haber practicado chemsex, el seguimiento permitirá identificar la evolución del caso y plantear las intervenciones pertinentes a cada momento.

Para favorecer la comunicación en torno al chemsex, puede introducirse el tema utilizando fórmulas como: “me gustaría hablar sobre un tema que a veces cuesta compartir” o “últimamente he atendido a personas que utilizan drogas durante el sexo”, para pasar posteriormente a hacer preguntas directas del tipo: ¿has usado drogas antes o durante el sexo alguna vez en la vida? ¿Y en los últimos 6 meses? En el caso de que el usuario conteste afirmativamente será necesario completar la anamnesis con una serie de preguntas adicionales que permitan evaluar el tipo de consumo y el perfil de riesgo del usuario, tales como: ¿Qué drogas has usado (mefedrona, GHB/GBL, cristal metanfetamina...)? ¿Alguna vez has usado drogas inyectadas? ¿Crees que tu nivel de consumo es adecuado para ti o te gustaría reducirlo o eliminarlo? ¿Cuándo fue la última vez que tuviste sexo sin necesidad de usar drogas? ¿Consideras que tu consumo te está causando problemas en tu vida sexual, a nivel familiar, con tus amigos o laboralmente?

En todos los usuarios que practican chemsex se debe plantear un seguimiento médico adicional al estándar, consistente en el despistaje de ITS y valorar. Respecto al despistaje de ITS se recomienda realizarlo cuando el usuario presente síntomas, o si se encuentra asintomático cada 6 meses. Este despistaje incluirá serologías de sífilis, hepatitis C y en zonas de alta incidencia de ITS, una triple toma uretral, anal y faríngea para la detección mediante PCR de los principales

microorganismos responsables de las ITS (gonococo, chlamydia...). Respecto al despistaje de la displasia anal producida por el virus del papiloma humano, se debería de ofrecer a todos los usuarios de chemsex, de acuerdo con el protocolo instaurado en cada centro, así como la vacunación tetravalente en los casos en los que esté indicado. En aquellos centros que no tengan en su cartera de servicios alguna de estas pruebas se debería establecer, en la medida de sus posibilidades, mecanismos de derivación que garanticen el adecuado seguimiento del usuario.

El manejo de la persona que practica chemsex en las unidades hospitalarias de VIH debe ir encaminado a la minimización del riesgo personal y comunitario asociado con el consumo y las prácticas sexuales de riesgo asociadas al mismo. Para ello, será necesario crear un espacio de reflexión en el que la persona tome conciencia de los riesgos. El profesional sanitario dará pautas de minimización de riesgos que incluirán la descripción de los efectos y las complicaciones más frecuentes asociados al consumo. Igualmente se deberá informar sobre las potenciales interacciones entre las drogas utilizadas, el tratamiento antirretroviral y los tratamientos concomitantes que esté recibiendo.

En segundo lugar, el profesional deberá identificar si el usuario presenta un perfil de consumo problemático. Algunos aspectos claves para ello son: definir la pauta de consumo y el cambio en la misma (aumento de frecuencia, cantidad o inicio de policonsumo), identificar complicaciones agudas derivadas del consumo como pérdidas de conocimiento o síntomas psicóticos, detectar ITS u otros problemas médicos derivados del uso de drogas, identificar cambios a nivel psicológico como agresividad, agitación, ansiedad, depresión, ideación autolítica, manía... o identificar problemas a nivel social tales como problemas en el trabajo, los estudios o el ámbito familiar como consecuencia del consumo. Aunque el seguimiento de los usuarios de chemsex pueda ser el mismo que el del resto de pacientes con VIH, en aquellos casos en que exista un consumo problemático, el médico deberá valorar seguimientos más frecuentes (cada 2-3 meses) para apoyar al proceso de derivación apropiado.

Aquellos usuarios en los que exista un consumo problemático, especialmente aquellos que presenten complicaciones psicológicas o sociales derivados del mismo, deberán ser derivados a un centro de atención a las adicciones, así como a otros servicios en función de sus necesidades.

Este periodo es especialmente sensible y de riesgo para el usuario, por lo que hasta que reciba atención para abordar su consumo o prácticas problemáticas, se recomienda que pueda tener acceso a los profesionales de la unidad de VIH de forma preferente, a poder ser sin necesidad de cita previa. Finalmente, en el caso de que el usuario presente ideación autolítica o síntomas psicóticos, deberá ser derivado de forma urgente a un servicio de urgencias que cuente con atención psiquiátrica.

Es importante que cuando en un usuario se identifiquen situaciones que puedan suponer un riesgo de transmisión de ITS, VIH o VHC, se intente completar

el estudio de contactos y se establezcan medidas efectivas de diagnóstico y tratamiento precoz, con el objetivo de cortar la cadena de transmisión.

8.5. Equipos de salud mental

Los equipos de salud mental se ubican habitualmente en los centros de salud mental para adultos o centros de salud mental infanto-juvenil. A pesar de que en algunos casos están localizados en las consultas externas de los hospitales, en la mayoría de casos se hallan en el entorno comunitario, o bien cerca de la ubicación de los equipos de atención primaria o aislados y apartados de cualquier equipamiento sanitario. El procedimiento habitual a través del cual una persona accede a los equipos de salud mental es a través de una derivación desde los equipos de atención primaria, desde un recurso hospitalario o desde equipos de urgencias psiquiátricas. Se aconseja que la persona con enfermedad mental acuda al centro de salud mental más cercano a su lugar de residencia habitual.

El motivo de derivación a los equipos de salud mental suele ser la presencia de patología psiquiátrica que requiere atención especializada, como en los casos de trastornos psicóticos, trastornos del humor, trastornos de ansiedad graves o alteraciones de conducta. Aunque estos trastornos pueden estar asociados al uso de sustancias, también puede existir comorbilidad, es decir, la presencia de un diagnóstico de enfermedad mental además de un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias. En cualquier caso, la existencia de ambos diagnósticos, fenómeno que se denomina patología dual, empeora el pronóstico de mejoría de la persona que los padece. En el caso del uso de sustancias en el contexto del chemsex, hay casos en los que la persona que consume ya tiene una patología psiquiátrica de base a la que se añade el consumo, o bien, el hecho de consumir condiciona la presencia de sintomatología psiquiátrica.

En cualquier caso, ante la presencia de patología dual en personas que usan chemsex, se requiere un abordaje simultáneo de la patología psiquiátrica y del uso de sustancias para mejorar suficientemente la eficacia del tratamiento mediante la coordinación con los equipos especializados en el tratamiento del uso de sustancias de los centros de atención a las conductas adictivas (CAD/CAS/UCA) de referencia. Es preferible que en los casos de patología dual se atienda a la persona en el mismo recurso o equipo, ya sea de salud mental o el de conductas adictivas, a que la persona tenga que acudir a los dos recursos/equipos.

Las redes de dispositivos de salud mental suelen incluir, además de los centros de salud mental, hospitales de día, servicios de rehabilitación comunitarios, centros de día y centros ocupacionales. El profesional del centro de salud mental de referencia de la persona con enfermedad mental deberá decidir en cada momento, cuál es el dispositivo más adecuado para cada persona para poder conseguir la máxima mejoría, estabilización, recuperación y rehabilitación. Aunque el uso de

sustancias suele ser un criterio de exclusión para poder acceder a estos dispositivos, en situaciones de abstinencia o de consumo controlado, algunas personas con patología dual usuarias de chemsex pueden beneficiarse de los programas que se realizan en dichos dispositivos.

A pesar de que el tratamiento psicofarmacológico es una herramienta muy útil para conseguir la mejoría sintomática de la mayoría de los trastornos mentales, el abordaje es multidisciplinar y los equipos de salud mental incluyen profesionales de enfermería especializada en salud mental, psicología y psiquiatría, trabajo social y en algunos existen rehabilitadores/as, educadores/as o integradores/as sociales, psicopedagogos/as, y otros.

Una de las principales limitaciones del uso de los equipos de salud mental por parte de las personas que usan chemsex es el fenómeno de la estigmatización, ya que la enfermedad mental tiene una connotación negativa que dificulta que la persona que la padece acepte el diagnóstico, lo que puede condicionar perpetuación de la sintomatología psiquiátrica y un peor pronóstico en general. Por este motivo es importante que los profesionales de otros ámbitos puedan hacer una labor de facilitar y reforzar la necesidad de atención de los problemas de salud mental en los equipos de referencia.

Algunos aspectos a valorar en la entrevista de los usuarios de chemsex podrían ser (4): procurar que la entrevista sea particularmente cuidadosa y empática, evitando juicios de valor y con una escucha abierta y activa. En la anamnesis general, hay que incluir preguntas activas sobre antecedentes de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y VHC. Esto abre la posibilidad de preguntar acerca de la orientación sexual y la cantidad de parejas sexuales que ha podido tener. Sería deseable una historia sexual completa del usuario. Asimismo, habrá que indagar sobre el uso de sustancias y las circunstancias de éste, así como valorar en qué etapa de cambio (5) se encuentra el usuario.

Para valorar si existe algún trastorno mental, es importante distinguir si el trastorno mental puede ser concurrente o inducido por el uso de sustancias o ha aparecido antes. En caso de detectar algún trastorno mental se puede abordar tanto de forma psicoterapéutica como farmacológica. Elementos de la entrevista motivacional y de terapia sexual afirmativa pueden ser herramientas útiles en el abordaje terapéutico. Si se detecta algún trastorno relacionado con uso de sustancias hay que abordarlo como un paciente con patología dual y tratar ambos trastornos de forma simultánea o incluso derivarlos a otros recursos.

8.6. Servicios de urgencias hospitalarias

El abordaje de los usuarios de chemsex en las urgencias hospitalarias puede ser consecuencia de las complicaciones médicas, psiquiátricas e incluso por cuadros

graves que requieren intervención de Unidad de Cuidados Intensivos. Los principales motivos de atención de estos usuarios en Urgencias son:

Complicaciones físicas:

- Lesiones en pene, desgarros en mucosa anal, perforaciones intestinales, infecciones de transmisión sexual en área genital, anal, mucosa oral u otras.
- Abscesos en extremidades, pene u otras áreas por uso de drogas inyectadas (*slamming*).
- Intoxicación grave y estado de coma, con necesidad de intervención urgente, intubación y derivación a UCI.
- Delirium (síndrome confusional agudo).
- Complicaciones derivadas de cada droga utilizada o la combinación de varias, así como interacciones entre drogas o drogas-fármacos (ver capítulo correspondiente).

Complicaciones psicopatológicas:

- Agitación psicomotriz, psicosis agudas, ideación o intentos de suicidio.

Otras:

- Solicitud de profilaxis post-exposición.
- Valoración de posible abuso sexual/sumisión química.

Para un adecuado abordaje en urgencias, es necesario que los profesionales que trabajan en dichos servicios dispongan de las actitudes, habilidades y conocimientos para poder intervenir en las siguientes áreas (6):

- Detección y evaluación de complicaciones relacionadas con el chemsex
- Tratamiento de las complicaciones agudas.
- Intervención breve en urgencias.
- Adecuación y derivación en caso de precisar a recursos tales como salud mental, Centros de Adicciones, etc.

La necesidad de un abordaje multidisciplinar en urgencias es de gran importancia ya que es un momento en el que un usuario puede tomar conciencia de un problema que de otra manera no vería. Así se refleja por ejemplo en el caso clínico de un usuario derivado desde la entidad Apoyo Positivo a un servicio de urgencias hospitalarias donde es valorado e inicialmente ingresado en la UCI, posteriormente en el servicio de medicina interna, finalmente en psiquiatría, y después del alta es referido a la propia entidad comunitaria para seguimiento (7).

Existen pocos estudios que hayan evaluado los motivos de atención en urgencias por sustancias utilizadas en el contexto del chemsex. Uno de ellos es un análisis retrospectivo de los episodios de intoxicación por drogas de abuso en usuarios infectados por el VIH, que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona entre enero de 2016 y junio de 2017 (8). Para ello, definieron como sustancias asociadas al chemsex las anfetaminas, GHB, poppers y ketamina. De 101 usuarios, con edad media de 37 años, 93 (92%) fue-

ron varones. Entre estos, 56 (60%) eran GBHSH. En el colectivo GBHSH, las sustancias que produjeron más casos de intoxicación aguda fueron GHB (60%), anfetaminas (56%) y cocaína (49%). La prevalencia de chemsex fue del 87%. La principal causa de consumo fue la lúdica en 96 de los casos, y en 5 fue por tentativa de suicidio. Once pacientes requirieron ingreso en UCI y de la muestra 2 pacientes fallecieron. Asimismo, el grupo de Alonso y col. (9) presentan una serie de casos atendidos en el Hospital Clínico de Madrid, en el que destacan la necesidad de detección de las sustancias relacionadas con el chemsex, sobre todo mefedrona y otras catinonas, con análisis toxicológicos específicos que no son de uso habitual en la mayoría de los hospitales. Estos autores recomiendan la realización de un despistaje de drogas a todos los pacientes infectados por el VIH que acuden a un servicio de urgencias con signos de intoxicación aguda. Ello permitiría identificar las drogas utilizadas y aplicar las medidas terapéuticas al momento, así como, en el manejo ambulatorio posterior para ajustar el TAR con el fin de evitar interacciones.

Estos estudios comienzan a surgir en España tras la publicación de dos cartas al editor en la revista *Adicciones*, donde se plantea el chemsex (10) como un fenómeno emergente en España y se describen las repercusiones que puede tener en la salud mental de los usuarios. La respuesta a esta carta la realiza el grupo de Redondo y col. (11) del Hospital Clínico de Madrid, planteando la necesidad de conocer las sustancias utilizadas en el contexto del chemsex en las unidades de urgencias, las potenciales interacciones con tratamientos ART, los riesgos de infecciones de transmisión sexual, incluyendo al VIH y el VHC, y la valoración del uso de la PrEP.

Estudios realizados en otros países reflejan la atención hospitalaria o en los servicios de urgencias por intoxicaciones relacionadas al uso de *club drugs* como catinonas, GHB o metanfetamina, pero no reflejan el contexto del uso de estas sustancias, por lo que no se puede precisar si se utilizaron en relación con el chemsex. Cabe destacar el dato que expresa Bourne en el *ChemSex Study*, en donde describe que en su muestra la mayoría de las intoxicaciones que requirieron atención médica se debieron al GHB y los usuarios describen su experiencia en el hospital como muy angustiada, percibiendo que el personal hospitalario se mostró reprobatorio ante su situación, aunado a su propia sensación de vergüenza y horror (12).

Recomendaciones en el abordaje del usuario de chemsex en urgencias:

- Realizar una anamnesis libre de juicios morales, respetuosa y cercana, junto a la exploración física.
- Preguntar específicamente por el uso de sustancias, contexto, prácticas de riesgo y percepción de riesgo.

- Indagar sobre la posibilidad de haber sufrido abuso o agresión sexual.
- Valorar que, en las intoxicaciones por nuevas drogas, éstas no se detectan en los test toxicológicos habituales.
- Plantear un abordaje sindrómico tomando en cuenta el policonsumo.
- Conocer las sustancias y sus efectos, así como interacciones.
- Valorar las consecuencias físicas: lesiones físicas, abscesos, sobredosis, coma.
- Valorar las consecuencias psiquiátricas: trastornos adictivos, psicosis, conducta suicida.
- Valorar posibilidad de trastorno mental/sustancias: interconsulta a psiquiatría.
- Valorar el ingreso hospitalario: UCI, medicina interna, psiquiatría.
- Ofertar opciones terapéuticas: organizaciones comunitarias con servicios de atención a usuarios con prácticas de chemsex, salud mental, centros de atención a las adicciones, clínicas de salud sexual, servicios de infecciosas/unidad de VIH.

Según las recomendaciones recogidas en la Guía *Neptune* sobre Nuevas Sustancias Sicoactivas y *club drugs* (6) (no específicas para usuarios de chemsex), sería aconsejable derivar a los servicios de atención a adicciones especializados en los siguientes casos:

- Utilización de la vía intravenosa.
- Incapacidad referida para disminuir el consumo tras haberlo intentado.
- Presentación en servicios de urgencias repetidamente con problemas relacionados con salud mental física, psicológica o por situación social.
- Percepción de necesidad de ayuda por parte del usuario o solicitud por parte del mismo para derivar el caso a centro de adicciones.

Desde dicha guía, también se recomienda aprovechar la intervención breve en un entorno empático y cálido y ofrecer información breve partiendo de algún modelo específico, planteando como ejemplo el modelo FRAMES (6). Este incluye los siguientes aspectos:

- Retroalimentación por parte del profesional que atiende al usuario de la información relativa a daños y riesgos.
- Devolver responsabilidad al usuario sobre su conducta y las decisiones sobre el uso de sustancias.
- Ofrecer consejo claro, objetivo e imparcial con respecto a cómo reducir los daños asociados con el consumo.
- Ofrecer una variedad de estrategias y opciones terapéuticas.
- Potenciar la autoeficacia percibida.

En la Tabla 1 se describen los síntomas de distintos síndromes de intoxicación por nuevas drogas psicoactivas y otras clásicas adaptado a las sustancias utilizadas en chemsex.

Tabla 1. Síntomas guía de los distintos síndromes de intoxicación y sustancias emergentes y algunas “clásicas”

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) MDMA Piperazinas 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, 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 Benzodicepinas GHB Opíáceos Ketamina y derivados

Fuente: Adaptado de (13)

8.7. Servicios de Atención Primaria

Los profesionales de Atención Primaria pueden desempeñar una función importante en la detección y abordaje de los problemas relacionados con el uso de drogas en general y en el chemsex en particular (1,14), especialmente en aquellas áreas en las que este fenómeno resulta más prevalente. El entorno de la Atención Primaria de Salud presenta unas características que facilitan este abordaje:

- **Accesibilidad:** Los adultos jóvenes acuden con poca frecuencia a los servicios sanitarios, pero suelen acceder al sistema a través de los Centros de Atención Primaria.
- **Atención longitudinal:** Los profesionales suelen atender numerosas visitas a lo largo de la vida de las personas, lo que permite generar relaciones de confianza.
- **Enfoque integral:** Consideración de la salud desde sus esferas biológica, psicológica y social, en equipos multidisciplinares: médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares, entre otros.
- **Formación específica en técnicas de comunicación:** Este aspecto, característico del ámbito de la Atención Primaria, facilita el abordaje de aspectos íntimos y privados, como puede ser el uso de drogas y la sexualidad.

Las barreras percibidas por los profesionales son la falta de tiempo o de conocimientos específicos, que son aplicables a cualquier otro problema de salud. Pero con unas técnicas de entrevista adecuadas y unas nociones básicas sobre el fenómeno, el potencial de la Atención Primaria en el abordaje del consumo de drogas y de chemsex puede ser muy eficiente.

Una adecuada entrevista sobre drogas y sexualidad (huyendo de enfoques moralistas o paternalistas, evitando juicios de valor, cuidando los aspectos del lenguaje no verbal y utilizando preguntas abiertas) puede ser para muchos usuarios la primera oportunidad para valorar la posible existencia de un problema.

El creciente número de profesionales formados en técnicas de Entrevista Motivacional puede facilitar un abordaje y una evaluación de mayor calidad y eficiencia. La evaluación conjunta sobre aspectos relativos a la persona, las sustancias utilizadas y los contextos de uso, así como la propia vivencia de la persona sobre estos, su motivación al cambio y sus expectativas pueden facilitar la derivación al recurso más adecuado.

La vertiente comunitaria de la Atención Primaria de Salud permite coordinarse con los recursos sociosanitarios específicos de la zona, incluyendo el establecimiento de vínculos con las organizaciones comunitarias que trabajan específicamente con esta población.

Bibliografía

1. 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.
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5a edición (DSM-5). Editorial Panamericana; 2018.
3. López JB, Molina R, Salgado BR, Herrero JLM, Segal HD. Mefedrona y chemsex: análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid. *Rev Esp Drogodepend.* 2016;(4):47-61.
4. González Baeza A, Ibarguchi L, Dolengevich H. Programas de intervención psicosocial en personas que practican chemsex. En: 99 preguntas clave sobre Chemsex. Fundación SEIMC-GE-SIDA; 2017.
5. Prochaska J, Prochaska J. Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Ediciones en neurociencias; 1993. p. 85-136.
6. Abdulrahim D, Bowden-Jones O, NEPTUNE Expert Group. Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE); 2015. Disponible en: <http://www.Neptune-clinical-guidance.com> (consultado julio 2019)
7. Molins Pascual S, Serrano R, Ibarguchi L, Dolengevich Segal H. Abordaje multidisciplinar del síndrome de abstinencia grave a ácido gamma-hidroxibutírico y 3-metilmecatinaona. *Med Clínica Práctica.* 2019;2(1):1-3.
8. Perelló R, Aused M, Saubi N, Quirós C, Blanco JL, Martínez-Rebollar M, et al. Intoxicación aguda por drogas de abuso en el paciente VIH: papel del chemsex. *Emergencias.* 2018;30(6):405-7.
9. Alonso CF, Jorge OQ, Tejedor SA, Sáez AS, Armengol JJG. Intoxicación aguda por nuevas drogas de abuso en probables casos de sumisión química oportunista o mixta y chemsex en pacientes con VIH atendidos en urgencias. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg.* 2019;31(4 (Agosto):289-90.
10. Dolengevich-Segal H, Rodríguez-Salgado B, Bellesteros-López J, Molina-Prado R. Chemsex. An emergent phenomenon. *Adicciones.* 2017;29(3):207-9.
11. Redondo Domínguez D, Picazo L, Docavo Barrenechea-Moxo ML, González Del Castillo J. Chemsex: are we prepared? *Adicciones.* 2018;30(2):158-9.
12. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014. Disponible en: www.sigma-research.org.uk/chemsex (consultado septiembre 2019)
13. Sánchez Mateos D, Zamora Vargas F, Rodríguez Salgado B, Dolengevich Segal H. Capítulo 44. Aspectos generales en la atención del paciente con intoxicación aguda por nuevas drogas psicoactivas. En: Nuevas drogas psicoactivas. Madrid: Entheos; 2015.
14. Mora R. Servicio ChemSex Support: Una respuesta desde y para la comunidad LGTB+. *Rev Multidisc Sida.* 2018;6(15):42-8.

9. Acrónimos

AP	Atención Primaria
App	Aplicaciones
BASHH	British Association for Sexual Health and HIV
BB	Bareback (penetración anal sin preservativo)
Bi	Behavioral intervention
BHIVA	British HIV Association
CAD	Centro de Atención a las Drogodependencias/Adicciones
CAS	Centro de Atención y Seguimiento
CCAA	Comunidades Autónomas
CD4	Linfocitos CD4
CEEISCAT	Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya
CIE	International Classification of Diseases
CLIA	ChemiLuminescent Immuno Assay, Quimioluminiscencia
DJs	Disc-Jockey o pincha discos
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EIA	Enzimoimmunoanálisis
EIP	Enfermedad Inflamatoria Pélvica
EMIS	European MSM Internet Survey
G	Término de argot para referirse al GHB
GBHSH	Gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres
GBL	Ácido gamma-butirolactona
GESIDA	Grupo de Estudio de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
GHB	Ácido Gammahidroxibutírico
HBsAg	Antígeno de superficie de la hepatitis B
HCC	Carcinoma hepatocelular
HSB	Hombres que tienen Sexo con Hombres
HTA	Hipertensión Arterial
IGG	Inmunoglobulina
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTBQ+	Lesbiana, gay, transexual, bisexual, queer y otros
MDMA	3,4-metilendioximetanfetamina, conocida como éxtasis
MEIA	Método Enzimático de Inmuno Análisis
Mg	miligramos
MI	mililitros
MSM	Men who have sex with men
NPS	Nuevas Sustancias Psicoactivas
NSP	Needle/syringe services program

OAT	Opioid against treatment
ONG	Organización No Gubernamental
PCR	Prueba de Proteína C Reactiva
PnP	Party and Play, término de argot equivalente a sesión de chemsex
PNS	Plan Nacional sobre el Sida
PPE	Profilaxis Post Exposición
PrEP	Profilaxis Pre Exposición
PWID	People who inject drugs
RPR	Reagina Plasmática Rápida, prueba de detección de sífilis
SBIRT	Screening, brief intervention, referral for treatment as needed
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarato
THC	Tetrahidrocannabinol
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UCA	Unidad de Conductas Adictivas
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UDI	Usuario de Drogas Inyectadas
VHA	Virus de la hepatitis A
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VHS	Virus del herpes simple
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano
WB	Western Blot
WTTC	World Travel & Tourism Council
3-MMC	3-Metil Metocatinona
4-FMC	4-fluoromethcatinona o fletedrona
4-MEC	4-Metil-N-Etilcatinona

10. Glosario

Términos de argot

Expresiones de argot para referirse al chemsex

Sesión, colocón, chill, chillout, guarrichill, fiesta...

“estar de sesión”, “ir de colocón”, “invitar a un chill”...

En el lenguaje escrito, además de los anteriores, son también frecuentes códigos como: *morbo, vicio, chuches*, así como emoticonos de caramelos...

En inglés se utilizan fórmulas como, por ejemplo:

chems, PnP (party and play), H&H (high and horny) etc.

Nombres de argot de sustancias

(ver tabla completa en el apartado 1.3)

Prácticas

<i>BB, bareback</i>	penetración anal sin preservativo
<i>Cruising</i>	ligoteo al aire libre o en un local
<i>Fist, fisting</i>	penetración anal con la mano o puño
<i>Guarreo, cerdeo</i>	juegos sexuales con fluidos corporales
<i>Slam, slamming</i>	uso de drogas vía inyectada

Enlaces de interés

Existen diferentes materiales de información y prevención relacionados con el chemsex, la mayoría enfocados desde la perspectiva de la reducción de riesgos asociados al mismo:

<https://chemsex.info/>

<https://www.chem-safe.org/>

<http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/slamming>

http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/guia_chemsex

<https://www.davidstuart.org/chemsex-firstaid-sp>

<https://stopsida.org/videos/>

<https://apoyopositivo.org/blog/proyectos/practicas-chemsex/>

http://www.imaginamas.org/inicio/chemsex/?cli_action=1587468347.277

Anexo

Reducción de riesgos en
chemsex

Reducción de riesgos en chemsex

1. Reducción de riesgos en función de las sustancias utilizadas

Es imprescindible que quienes tienen prácticas de chemsex dispongan de información objetiva sobre las sustancias, sus efectos, características, dosis y duración. Desde una perspectiva de reducción de riesgos, algunos elementos importantes a considerar son:

- **Potencia:** Algunas drogas son activas en el rango de los microgramos (p. ej. LSD), otras en pocos miligramos (p. ej. metanfetamina, ketamina...), otras en el rango de 50-100 mg (p. ej. cocaína, mefedrona...). Calcular a ojo la dosis puede ser más o menos complicado según el caso.
- **Tipos de efectos:** Según sus efectos sobre el sistema nervioso central las drogas pueden clasificarse en depresoras/estimulantes/psicodélicas. Algunas drogas tienen efectos estimulantes a dosis bajas (alcohol, ketamina), pero depresores (alcohol) o psicodélicos (ketamina) a dosis más elevadas. Combinar sustancias de grupos distintos contrarresta los efectos de ambas y puede enmascarar intoxicaciones y efectos no deseados. La combinación del GHB con otros depresores (incluyendo dosis moderadas de alcohol), es particularmente peligrosa y multiplica el riesgo de pérdida de conciencia que puede llegar al coma e incluso ser letal (1).
- **Duración de efectos:** La duración de los efectos de cada sustancia es variable y es importante conocerla para calcular los intervalos de administración. Por ejemplo, los efectos de la mefedrona por vía intranasal se mantienen durante unos 30-60 minutos, mientras que los de la metanfetamina se prolongan entre 6 y 8 horas.
- **Efectos adversos previsibles:** Como cualquier sustancia, cada droga tiene un perfil de efectos secundarios propio, p. ej: los estimulantes (anfetaminas, cocaína, mefedrona...) pueden producir taquicardia, ansiedad o insomnio; éstos son efectos previsibles que dependen de la dosis, aunque algunas personas son más o menos susceptibles a ellos.
- **Toxicidad:** La intoxicación por cada sustancia (o grupo de sustancias) tiene una serie de características. Para evitar riesgos mayores, quienes tienen prácticas de chemsex deben disponer de unos conocimientos básicos al respecto de las sustancias utilizadas, así como unas mínimas nociones sobre su manejo inicial y ser capaces de identificar los signos que hacen necesario pedir ayuda.

- **Riesgo de abuso y dependencia:** Por sus características farmacológicas algunas sustancias presentan propiedades diferentes, con mayor potencial de redosificación a la hora de aumentar la cantidad o la frecuencia, pudiendo su uso conllevar riesgos particulares. Por ejemplo, en el caso del consumo continuado de GHB puede darse un síndrome de abstinencia específico que aparece tras la supresión. El riesgo de que el uso de drogas o su mantenimiento en el tiempo acabe teniendo consecuencias problemáticas, puede depender de múltiples factores personales, comunitarios, contextuales etc.
- **Vía de administración:** Utilizar una vía inadecuada de administración puede ocasionar problemas muy graves. Por ejemplo, las complicaciones del uso intranasal de poppers son raras, pero una ingestión accidental puede causar la muerte. Algunos aspectos relativos a la vía de administración y dosificación de las sustancias se abordan en el punto 2 de este anexo.
- **Situación legal:** El uso de drogas ilícitas conlleva riesgos específicos, como por ejemplo sanciones administrativas por tenencia o consumo en espacios públicos, o delitos penales por venta o posesión destinada a la venta. Además, existen otros riesgos derivados de la variabilidad en la pureza o la adulteración. Las sustancias vendidas como polvo o cristal (cocaína, MDMA, ketamina, metanfetamina...) son más susceptibles de ser adulteradas que otras como los comprimidos. A la hora de consumir una muestra cuya composición es desconocida, es preferible empezar con una cantidad muy pequeña para conocer sus efectos. En España, hay laboratorios que disponen de un servicio de análisis de sustancias destinado a personas usuarias, como el que ofrece el proyecto Energy Control de la organización ABD.

Todos estos elementos tienen una variabilidad individual asociada a múltiples factores como la constitución física, el sexo, la experiencia en el consumo, el lapso de tiempo desde el último consumo...

También hay que tener en cuenta alguna información específica sobre las sustancias:

- La metanfetamina es una sustancia muy potente y pequeñas cantidades tienen efectos significativos. La metanfetamina pura es activa en dosis de 5-15 mg y sus efectos pueden durar entre 6-8 horas. Así, su consumo requiere ser particularmente cuidadoso a la hora de calcular las dosis. La probabilidad de desarrollar trastornos mentales relacionados con el comportamiento (uso problemático, adicción, dependencia,...) es más elevada que con otras sustancias. Destacar mensajes como la importancia de ponerse límites en cuanto a tiempo, dinero, y observarse de forma continua es particularmente importante en estos casos.
- La prohibición de la mefedrona y otras catinonas sintéticas ha dado lugar a la aparición de una serie de derivados no fiscalizados o de

legalidad indeterminada como la 4-Metil-N-Etilcatinona (4-MEC), bufedrona, fiefedrona (4-FMC). Estas moléculas son muy parecidas a la mefedrona, pero sus efectos y riesgos en humanos son aún más desconocidos. No es infrecuente que, en el momento actual, cristales vendidos como mefedrona contengan cantidades variables o mezclas de estas sustancias. En relación con medidas de reducción de riesgos en el uso intranasal, son válidas las recomendaciones descritas en el apartado 2 de este Anexo.

- El GHB tiene un margen de seguridad menor al de otras sustancias. Pequeños incrementos en la dosis pueden dar lugar a efectos desproporcionadamente elevados y la diferencia entre la dosis recreativa y la dosis tóxica es estrecha. La intoxicación por GHB se caracteriza por la disminución del nivel de conciencia (sueño), que puede llegar al coma profundo (lo que en argot se conoce como *doblar o dar un chungo*). El uso simultáneo de otros depresores (alcohol incluso en pequeñas dosis, comprimidos para dormir) facilita la aparición de este tipo de problemas. Las intoxicaciones son más frecuentes si el usuario no conoce la concentración exacta y la cantidad de producto que está utilizando.

- Lo más importante es calcular bien la dosis y no mezclar GHB con alcohol y otros depresores (comprimidos para dormir, ketamina...). La mezcla incluso en pequeñas dosis puede provocar la aparición de sobredosis. Es recomendable que el consumidor primero se familiarice con los efectos del GHB en un entorno controlado (una casa, por ejemplo), consumiendo dosis bajas. Para evitar riesgos, cualquier aumento de las mismas debe ser muy leve, para evitar riesgos. En la medida de lo posible, es importante no tomarlo sólo, sino con otras personas que sepan la sustancia que uno ha consumido, de modo que puedan dar esta información en caso de que surjan problemas.

Manejar el propio GHB calculando y midiendo las dosis con una jeringa facilita la dosificación correcta, reduciendo riesgos. Es necesario ser extremadamente cuidadoso con las dosis, por lo que no se debe aceptar GHB sólo porque alguien lo ofrezca ni debe beberse de las dosis de GHB preparadas para otras personas.

Ante una intoxicación por GHB la primera medida a tomar es siempre tumbar a la persona de lado en la posición de seguridad, para mantener las vías respiratorias abiertas y evitar la aspiración de un posible vómito. Si la persona está inconsciente y no responde a estímulos (tras hablarle o pellizcarlo), es conveniente buscar asistencia médica urgente.

- El efecto anestésico de la ketamina puede facilitar prácticas sexuales que impliquen dolor, como la penetración anal, el *fisting* o el uso de dilatos de gran tamaño que pueden producir heridas o desgarros que pasen inadvertidos. Dosis demasiado altas o seguidas producirán un considera-

ble entorpecimiento corporal (pérdida del equilibrio, de los reflejos, etc.) que pueden suponer un riesgo de caídas y accidentes. Para evitarlo será necesario cuidar la dosificación y espaciar suficientemente las tomas.

- Los poppers deben manejarse con cuidado, cerrando el frasco después de cada uso. Puede producir quemaduras en contacto con la piel, por lo que conviene lavarse bien con agua si se derrama accidentalmente. Si hay contacto con mucosas o con los ojos, el lavado debe prolongarse varios minutos. En el caso de dolor intenso o alteraciones en la visión hay que buscar asistencia médica urgente.

A la hora de aspirar, suele ser más sencillo que una persona se encargue de abrirlo, administrarlo, cerrarlo y dejarlo en un lugar seguro. El uso de máscaras u otro tipo de dispositivos durante el consumo, puede producir problemas respiratorios o de asfixia.

Los poppers son inflamables. Deben mantenerse alejados de fuentes de calor (estufas, radiadores, mecheros, cigarrillos...) por el riesgo de explosión.

El efecto del popper dura unos pocos minutos, pero el uso repetido favorece la aparición de efectos secundarios, sobre todo dolor de cabeza.

Su uso puede ser especialmente peligroso en personas con problemas cardiovasculares, de tensión arterial o glaucoma.

La acción del popper es rápida y en algunos hombres dificulta o interrumpe la erección, por lo que es más conveniente ponerse el preservativo antes de usar esta sustancia.

Aunque la relajación del esfínter anal facilita la penetración o el fisting, es importante proceder con cuidado, sobre todo en personas no habituales, para evitar riesgos de sangrado o lesiones.

Algunos estudios han vinculado el uso de poppers con un mayor riesgo para la transmisión del VIH (2,3). Aunque la relación causa-efecto no está clara, es posible que tenga que ver con una mayor probabilidad de sangrado por la dilatación de las venas del ano o la asociación con prácticas sexuales de mayor riesgo.

2. Reducción de riesgos en función de la vía de consumo

Uno de los factores más importantes que condiciona los riesgos de las drogas (y, por tanto, las formas de disminuirlos) es la vía de administración. Una primera idea tiene que ver con que no todas las sustancias admiten cualquier vía de administración y un error en este sentido puede tener consecuencias fatales.

Los efectos tóxicos graves al utilizar poppers por vía inhalada son improbables. Pero su uso oral produce quemaduras de gravedad en boca y esófago, además de metahemoglobinemia (urgencia médica en la que se desoxigena la sangre) (4).

A continuación, se van a describir las características de cada vía, las sustancias que más típicamente se administran por esa vía y las medidas de reducción de riesgos.

2.1. Vía oral

Sustancias: GHB/GBL, fármacos de prescripción (hipnosedantes, fármacos contra la disfunción eréctil), MDMA (en comprimidos o cristal).

En el consumo por la vía oral entran en acción distintos filtros (ácidos gástricos, barrera hepática...) que metabolizan la droga antes de llegar al cerebro.

Es importante transmitir al usuario que si se utiliza la vía oral los efectos tardan un tiempo en manifestarse: entre 30 y 60 minutos, aunque este tiempo puede ser variable según el contenido estomacal y otros factores.

Así, conviene esperar lo suficiente antes de consumir la siguiente dosis ya que, si no ha hecho efecto la anterior, los riesgos de sobredosificación son importantes, en particular con drogas como el GHB.

El GBL, precursor inmediato del GHB es cáustico para la piel y las mucosas. Debe utilizarse siempre diluido en agua u otra bebida no alcohólica y a un ritmo moderado (el que se emplearía para beber una copa) para minimizar estos efectos.

2.2. Vía intranasal

Sustancias: cocaína, ketamina, mefedrona, anfetamina (*speed*), metanfetamina.

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 precoz. No obstante, es una vía que facilita más el uso compulsivo y los problemas de dependencia.

No es infrecuente confundir sustancias en polvo (por ejemplo, cocaína o mefedrona con ketamina), diferencia que el usuario percibirá de forma inequívoca al consumirla.

Es posible la aparición de problemas locales. La congestión nasal, rinitis o el sangrado episódico, sobre todo después de sonarse, son frecuentes. Otros problemas más graves incluyen sinusitis y otras infecciones. Su frecuencia e intensidad suelen estar en función de la dosis y frecuencia de uso, y de si la sustancia tiene un efecto vasoconstrictor, como es el caso de la cocaína.

La persistencia en el tiempo de un problema aparentemente leve, rinorrea purulenta o la aparición de dolor local intenso o fiebre, son criterios para una valoración médica. Muchos cuadros desaparecen con tratamiento farmacológico, pero pueden complicarse si no son diagnosticados y tratados a tiempo.

Algunas medidas de reducción de riesgos específicas para el uso intranasal son:

- Pulverizar o triturar bien la sustancia antes de su administración.
- No utilizar siempre el mismo lado de la nariz, sino alternar ambas fosas nasales.
- Utilizar una superficie limpia (nunca encima de la taza de un váter, por ejemplo).
- Irrigar las fosas nasales con suero fisiológico (o agua templada con un poco de sal).
- Utilizar un turulo (cilindro para inhalar) propio, limpio y desechable, no rígido (para evitar dañar las fosas nasales). Una pajita cortada o un papel limpio (nunca un billete) son suficientes.

Respecto a esta última advertencia de salud, el virus de la hepatitis C, puede vivir un tiempo fuera del organismo. La detección del Virus de la Hepatitis C (VHC) en billetes y otros materiales usados para la inhalación, abrió el debate sobre si “compartir turulos” podría ser una vía de transmisión. No hay evidencias claras al respecto de un problema que, de existir, sería de magnitud muy limitada.

2.3. Vía pulmonar

Sustancias: metanfetamina, cannabis, tabaco, cocaína en base.

El consumo de estas sustancias por la vía fumada suele hacerse mediante su calentamiento en una pipa, cigarro u otro dispositivo (pipa de filtro de agua o *Bong*, papel aluminio, etc.) a la que se le aplica fuego o calor inhalando por la boca el humo de la combustión. Fumar (combustión a alta temperatura, habitualmente mezclada con tabaco) implica el consumo de residuos, toxinas y calor liberados por la combustión, lo cual conlleva riesgos añadidos. Es el caso, por ejemplo, del cannabis.

La vaporización de sustancias es otra forma de introducir las en el cuerpo a través de los pulmones. La superficie de absorción pulmonar es muy grande, por lo que también suele considerarse una vía que facilita el uso problemático.

Entre las sustancias consumidas en los contextos del chemsex, la metanfetamina no puede fumarse con tabaco, sino que precisa de otros dispositivos que permitan la vaporización a menor temperatura. El más habitual es una pipa de cristal con forma de bulbo, aunque también hay quienes utilizan papel de aluminio (como en el consumo de la heroína o la cocaína base). Recientemente han aparecido en el mercado adaptadores para cigarrillo electrónico que permiten la vaporización de cristales (CBD o metanfetamina).

El uso de sopletes o mecheros de gran calibre puede dar lugar a accidentes graves, es más seguro usar un mechero, que se apaga cuando no se está presionando el gas. El humo muy caliente o el contacto de la piel con una pipa recién utilizada pueden producir quemaduras graves. Hay que evitar que la piedra o roca de cocaína o metanfetamina quede muy cerca de la cara. Los tubos a utilizar deben ser lo suficientemente largos para que el humo se enfríe antes de entrar en la boca.

Compartir la pipa con otras personas puede dificultar el control sobre la dosis que se está utilizando, facilitando la transmisión de infecciones, como por ejemplo el virus de la hepatitis C en el caso de la vía intranasal si se usan pipas caseras que puedan contener zonas punzantes o cortantes. El consejo de salud es no compartir nunca y, si se utiliza una botella, que cada persona lleve su tubo y lo lave cada vez. La hidratación y cuidado de los labios, con vaselina, por ejemplo, pueden prevenir la aparición de grietas y heridas en los labios, que son posible puerta de entrada de patógenos.

A veces, cuando se utiliza el papel de aluminio para fumar, existe la creencia de que primero se ha de eliminar algún tipo de “misterioso” residuo, quemándolo, pero no es así. No hay ningún tipo de barniz ni capa plástica. La razón por la cual un lado es brillante y el otro mate, es porque uno se pule con rodillos durante el proceso de producción. Quemar el papel de aluminio sólo hará que el papel sea más frágil (5).

2.4. Vía intravenosa

Sustancias: metanfetamina, mefedrona

La vía de administración intravenosa es, con diferencia, la que mayores riesgos implica. Por un lado, las sustancias entran directamente en la sangre y llegan, primero al corazón, después a los pulmones y luego al cerebro, de manera prácticamente instantánea. Por otro, la aparición de problemas de dependencia es más frecuente que con cualquier otra.

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. 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. Las venas de las piernas serían una opción si no se dispone de accesos venosos en los brazos, pero extremando las medidas de higiene, ya que, al ser zonas menos limpias y en las que la circulación puede verse afectada por diversos factores, hay más riesgo de infecciones.

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. Además, la posibilidad de una infección local en estas áreas tiene mucho riesgo de complicarse en, una endocarditis o una septicemia.

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

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, ya que son más finas y cortas, lesionan menos la piel y las venas, y por lo tanto dejan menos marcas. 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 2ml, 5ml o 10ml (6).

Para ampliar información sobre estrategias de prevención y reducción de daños en el uso de la vía inyectada en este contexto y mensajes de salud dirigidos a quienes la utilizan, existen materiales de consulta específicos como la publicación *“Slamming. Guía para la reducción de daños asociados al uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo”*, publicado por gTt (6).

2.5. Vía rectal (enemas)

Sustancias: mefedrona, metanfetamina.

Algunas personas utilizan la vía anal para administrarse determinadas drogas disueltas en líquido usando una jeringuilla. La absorción es variable (depende del volumen administrado, del contenido del recto y de la capacidad de la persona para retenerlo). En general no es adecuada para conseguir efectos rápidos y reproducibles, y sí para lograr niveles plasmáticos más o menos sostenidos.

Para reducir los riesgos debe utilizarse una jeringa pequeña, bien lubricada e introducida con cuidado para evitar heridas o lesiones. Nunca debe usarse con aguja, ni compartirse con otras personas. El volumen de líquido utilizado debe ser pequeño (1-2 ml).

3. Reducción de riesgos relacionados con el contexto de consumo

En los apartados anteriores se ha abordado la aplicación de la perspectiva de reducción de riesgos y daños, centrándose en aquellos riesgos derivados del uso de

las sustancias (o de las combinaciones de éstas), y de sus vías de administración. Utilizando la misma perspectiva, en este apartado se describirán diferentes aspectos sobre los que construir mensajes de salud que, de manera específica, se refieren a aquellos contextos en los que se practica el chemsex.

3.1. Sesiones, *chills*, fiestas en casas particulares

Mientras que en las saunas o locales de sexo y *cruising*, cada empresario establece sus normas de acceso, horarios, política de drogas, precio de las consumiciones etc., en el caso de las fiestas privadas en casas particulares la mayor parte de las reglas no están escritas. El tipo de interacciones y situaciones que se pueden producir durante una sesión o chill son muy variadas. En ocasiones el anfitrión puede haber invitado a algunos amigos o contactos, pero también pueden utilizarse aplicaciones para invitar a nuevos participantes.

En un piso en el que entran y salen muchas personas durante varios días, el tono del encuentro puede variar notablemente durante ese periodo de tiempo. Durante una sesión puede darse una alta rotación de participantes, lo que implica que algunos de ellos utilicen sustancias distintas o que tengan preferencias por distintos tipos de prácticas sexuales y, una vez bajo los efectos de las sustancias, hay situaciones que pueden irse de las manos, generándose situaciones incómodas o fuera de control.

Algunos materiales con mensajes de salud específicos para este contexto (7), recomiendan reflexionar previamente sobre los propios límites, antes de aceptar involucrarse en situaciones en las que uno puede sentirse sobrepasado. Proponen también averiguar ciertos detalles antes de aceptar desplazarse a una fiesta o chill, como por ejemplo el número de participantes que son en ese momento, el tiempo que llevan ya de sesión, las sustancias que están utilizando y la vía de consumo (si practican *slamming*), si utilizan preservativos, etc. De esa manera, es más viable entender cuál es el escenario, y pensar sobre los riesgos que puede implicar, antes de verse dentro de la situación.

Otros mensajes propuestos (7) hacen referencia a establecer límites realistas en cuanto a la hora a la que sería conveniente salir, ya que una vez dentro de la sesión puede ser complicado encontrar el momento de parar. Convendría pensar en la necesidad de dejar por lo menos una noche para poder dormir tiempo suficiente y recuperarse en caso de tener que ir a trabajar. Salir con el teléfono cargado y llevar consigo el cargador, puede ayudar a estar en contacto con quien sea necesario en caso de que haya que llamar a un servicio de urgencias.

De la misma manera (7), convendría llevar una bolsa con los elementos personales de protección (preservativos, lubricante y, en caso de utilizar la vía inyectada, material propio de un solo uso), pues no se puede asumir que en ese lugar los

haya. Es mejor no llevar encima cosas de valor, que podrían perderse, y mantener la bolsa o pertenencias controladas en un solo lugar. Salir con demasiado dinero, podría facilitar el seguir comprando sustancias y alargar la actividad por encima de lo previsto, por lo que convendría evitarlo.

Otras fuentes (8), proponen que quien hace de anfitrión de este tipo de encuentros busque personas de confianza para definir algunas reglas sobre, por ejemplo, el número máximo de participantes, quién puede invitar a más participantes, quién puede abrir la puerta, quién tiene autoridad para expulsar a alguien, si se puede o no utilizar el timbre o el ascensor, no molestar a los vecinos... También se propone comunicar las reglas al resto, definir espacios donde se puede estar, cerrar habitaciones, etc.

3.2. Saunas y clubs de sexo

Para una persona que se encuentre bajo los efectos de sustancias psicoactivas, las instalaciones y equipamientos de la mayoría de las saunas y clubs de sexo, representan un riesgo añadido para su salud e integridad. Con frecuencia, estas instalaciones cuentan con importantes barreras arquitectónicas, salas de vapor o saunas finlandesas donde se alcanzan temperaturas muy altas, zonas con escasa o nula iluminación, pasillos estrechos y áreas de laberinto, cabinas con cierre interior, suelos mojados o resbaladizos, etc. Los denominados *cuartos oscuros*, son además un tipo de espacio donde se pueden producir robos, situaciones de presión física por aglomeración, y agresiones sexuales.

Durante décadas se ha insistido a los usuarios de heroína que evitaran consumirla en un lugar cerrado como un aseo, porque en caso de sobredosis hace muy complicado poder socorrerles a tiempo. En la actualidad ese tipo de mensaje se ha adaptado al ámbito del chemsex, informando sobre los riesgos que supone consumir GHB en el interior de una cabina de una sauna o de un club de sexo. Por definición, estos locales son un espacio donde debe desaconsejarse taxativamente el consumo de drogas.

En el caso de que alguien se encuentre intoxicado en un espacio de estas características, entre las medidas que podría adoptar para reducir los riesgos, estarían, el mantener una hidratación adecuada y el evitar o reducir la permanencia en cuartos oscuros abarrotados y en áreas cargadas, calurosas y húmedas, pues aumentan el riesgo de que se produzca un golpe de calor o un bajón de tensión (9). Conviene no llevar mucho dinero encima, dejar las cosas de valor en la recepción (no en la taquilla) y tratar de mantener el móvil cargado con batería suficiente. Ir con un amigo puede ser un apoyo en caso de reacción adversa o sobredosis, pues si una persona se desmaya o se duerme solo en una cabina, resulta potencialmente muy vulnerable, habiéndose denunciado robos de la llave de la taquilla y agresiones sexuales (10).

Por parte del local pueden también ponerse en marcha diferentes medidas y políticas para reducir posibles daños. Por ejemplo, formar a su personal para saber reaccionar ante una sobredosis, poniendo a la persona en posición lateral de seguridad y avisando a los servicios de emergencias si fuera necesario. Deberían realizarse varias rondas por hora, para comprobar que nadie haya quedado desmayado en las áreas más oscuras y recovecos de saunas de vapor y saunas secas. En sitios oscuros, sin luz natural ni relojes a la vista y después de haber tomado ciertas sustancias, es fácil perder la noción del tiempo (9) y del horario para comer o descansar. Es por ello recomendable que cada negocio establezca un número de horas máximo de estancia en las instalaciones.

Cualquier intervención preventiva en este ámbito debe estar basada en primer lugar, en entender los aspectos socioculturales que han propiciado la emergencia de este fenómeno y posteriormente, en recoger las necesidades de la población que lo practica (11).

3.3. Play room (zona de juegos) de discotecas y festivales gais

Algunos festivales disponen un espacio específico como zona *chill out* (relajación) o como *zona de juegos* (eufemismo para referirse a un lugar donde practicar sexo). Generalmente esta área cuenta con una iluminación distinta del resto de la discoteca o recinto, pudiendo ser un cuarto oscuro o en penumbra acotado por malla de camuflaje, vallas de obras, paneles, etc. En este tipo de eventos puede haber participantes que alternen ambientes y pasen varias horas bailando o practicando sexo.

Si la ventilación no es la adecuada pueden darse altas temperaturas, y la actividad física puede agravar la falta de hidratación y aumentar el riesgo de que se produzca un golpe de calor. Para reducir este riesgo, es conveniente salir periódicamente del local para “tomar el aire”, hacer descansos y vigilar la hidratación. Para quienes consumen GHB/GBL, hacer un seguimiento del tiempo de espera entre tomas, o encontrar un lugar con buena iluminación para medir la dosis con precisión, puede resultar complicado en este contexto, aumentando el riesgo de sobredosis. Algunas fuentes (12) apuntan la opción de premezclar las dosis de GHB (medidas con una jeringa) en envases pequeños como forma de reducir algunos de los riesgos relacionados con la dosificación en los clubes.

En algunos casos quienes venden drogas ofrecen mejores precios si se compra cantidad para varias personas, las implicaciones de llevar encima dosis de sustancias para varias personas, en caso de registro o cacheo puede suponer ser acusado de suministrar drogas a terceros, lo que tiene implicaciones legales graves.

3.4. Zonas de *cruising*

La práctica del chemsex en estos lugares plantea algunos riesgos particulares extras. Algunos de ellos tienen que ver con la seguridad, debido al riesgo de sufrir robos o agresiones, por lo que conviene extremar la vigilancia (13).

Por otra parte, en muchos de estos lugares no hay agua potable, ni agua para poder lavarse o enjuagarse, por lo que conviene llevar comida y agua embotellada para mantener la hidratación necesaria y la higiene. Con frecuencia el *cruising* tiene lugar de noche en parajes que pueden tener desniveles, rocas, o vegetación abundante. En un lugar así, una persona intoxicada tiene mayor probabilidad de sufrir caídas, heridas o incluso perderse. En estas circunstancias resultaría imprescindible contar con el móvil cargado y poder utilizar la geolocalización y la linterna para poder orientarse o demandar ayuda.

Un elemento común que puede darse en todos los espacios descritos en este apartado, es la alteración de los patrones de horarios para alimentarse o descansar. En lugares donde las temperaturas pueden ser elevadas (como en saunas o determinados locales, debido a la mala ventilación o la alta concentración de público), estos riesgos se multiplican. Algunas fuentes han elaborado diferentes mensajes de autocuidado en este sentido (14), insistiendo en la importancia de que el cuerpo disponga de la cantidad adecuada de comida, agua y descanso para poder minimizar el daño que pueda producir esta actividad, y para poder recuperarse mejor una vez que termine.

Proponen comer incluso aunque no se tenga hambre, tanto antes de comenzar como durante la actividad, especialmente alimentos ricos en proteínas y nutrientes (pero no dulces) para picar con frecuencia. Convendría llevar comida propia en una mochila (mejor si se trata de comidas favoritas o apetecibles) para tener a mano. La hidratación es vital, antes, durante y después de la actividad. Beber agua o bebidas isotónicas sería la mejor opción, evitando el alcohol o las bebidas con mucho azúcar. El tener la boca seca, o el que la orina sea de color oscuro, son síntomas de que es necesario ingerir más líquido. Si se está tomando medicación, conviene llevar de antemano cantidad suficiente para varios días, ya que no siempre es posible predecir cuándo se va a volver a casa.

En todos aquellos casos en los que sea necesario desplazarse para acudir a un lugar donde se vaya a consumir, es conveniente prever cómo se va a regresar a casa y comprobar las opciones de transporte público disponibles, ya que jamás se debe conducir bajo los efectos de un psicoactivo (15), debido al riesgo vital para la persona y para terceros.

4. Reducción de riesgos relacionados con el uso de app de contactos y otras tecnologías

Algunos de los riesgos o situaciones problemáticas que se han descrito en el fenómeno del chemsex, están relacionados con el uso de tecnologías y con la seguridad personal. Organizaciones británicas como Terrence Higgins Trust (16) y London Friend (17) han elaborado mensajes de salud dirigidos a reducir posibles problemas en este contexto.

Uso compulsivo de las App de contactos. Los efectos de algunas sustancias pueden favorecer un uso compulsivo de estas aplicaciones, contribuyendo a que el usuario pase todavía más horas utilizándolas sin ser consciente del paso del tiempo. El constante movimiento de deslizar el dedo por la pantalla puede conducir a sentir estrés y ansiedad. Estrategias para reducir los riesgos con las App que pueden ser trabajadas con los usuarios:

- Establecer un límite de tiempo de uso, o desinstalarlas.
- Tratar de evitar entrar en las App después de una sesión, invirtiendo ese tiempo en otras actividades: organizar un plan alternativo con alguien, cocinar o comer algo, ver la televisión, etc.
- Si la persona está intentando dejar de consumir por un tiempo o haciendo un tratamiento, borrar las App puede ser una buena forma de evitar la tentación. Existen bloqueadores de aplicaciones con un código de acceso que se puede entregar a un amigo o profesional.

Acoso. Este tipo de acoso puede referirse a difundir información personal o fotos íntimas y vídeos de los que la víctima haya compartido. La mayoría de estas aplicaciones tienen una función para bloquear e informar del incidente, sin embargo, los acosadores utilizan estrategias como crear una nueva cuenta de usuario y perfil para continuar amenazando a sus víctimas. Si se comparten fotos o vídeos desnudos, no mostrar el rostro o tatuajes dificultará que se identifique a la persona.

Seguridad personal. Quedar con desconocidos es algo muy habitual en el contexto de las prácticas de chemsex, y puede conllevar un cierto grado de riesgo. Se han reportado casos de agresiones, crímenes de odio y robos. Como medidas de seguridad para minimizar estos riesgos puede orientarse a los usuarios facilitando indicaciones, como por ejemplo quedar con la persona en un espacio público y evitar ofrecer información personal sensible. Las aplicaciones permiten encontrarse sin necesidad de dar el número de teléfono. En casas privadas es conveniente no dejar a la vista objetos de valor cuando se tienen invitados desconocidos o si se participa en un *chill*.

5. Reducción de riesgos relacionados con las prácticas sexuales

5.1. Estrategias relacionadas con la modificación de conductas

La adquisición de habilidades para el manejo de situaciones de elevado riesgo de transmisión del VIH, hepatitis víricas y otras ITS, puede ayudar a minimizar estos riesgos. En este apartado se describen habilidades y estrategias de reducción de riesgos en ese contexto (18).

Penetración anal: Sin preservativo es una práctica de alto riesgo tanto para quien penetra como para quien es penetrado, pero el riesgo se minimiza con la correcta utilización del preservativo (19). Cuando se practica sexo en sesiones prolongadas, es más seguro utilizar un nuevo preservativo cada 30 minutos. Una revisión sistemática que incluye cinco estudios de cohortes ($n = 8.825$) mostró que el uso del preservativo redujo la transmisión del VIH (riesgo relativo (RR): 0,36; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,20 a 0,67) (20). No obstante, si se toma la decisión de no utilizar preservativo en las penetraciones, existen otras estrategias para reducir el riesgo de transmisión del VIH, hepatitis y otras ITS, como por ejemplo (21):

- Reducir el número de parejas sexuales en general, o el número de parejas con las que se realiza la penetración no protegida.
- Utilizar mucho lubricante, de base acuosa, poliuretano o silicona, en las penetraciones para reducir la posibilidad de que se produzcan heridas, tanto en el pene como en el ano. Se recomienda retirar los *piercings* de los genitales.
- Evitar la penetración receptiva y, en caso de practicarla, evitar la eyacuación dentro del ano.
- Evitar prácticas en las que se produzcan lesiones en el ano antes de la penetración (por ejemplo, evitar la introducción del puño, o dejarlo para después de la penetración).
- Evitar utilizar lavativas antes de la penetración anal o su uso frecuente, ya que debilitan la mucosa anal y la hacen más susceptible a las heridas.
- No compartir juguetes sexuales y en caso de hacerlo, ponerles un condón en cada uso con una persona diferente. Para prevenir la transmisión de la hepatitis C debe evitarse que los juguetes usados entren en contacto o que los toquen otras personas, y lavarse y desinfectarse las manos o usar guantes antes de tocar los juguetes de otros.
- Evitar el afeitado del pubis y genitales, ya que produce heridas o microheridas en la piel. En caso de realizarse, se puede evitar el contacto

de esas zonas con fluidos con capacidad de infección (sangre, semen). Intercambiar cuchillas de afeitarse es una práctica de riesgo para el VIH, las hepatitis y otras ITS.

- Realizar otras prácticas alternativas a la penetración: practicar sexo más seguro incluye cambiar el sexo anal por prácticas sexuales alternativas que conlleven menos riesgos de transmisión del VIH, tales como el sexo oral, sexo intercrural (entre los muslos, sin penetración) y la masturbación recíproca (22).

Sexo oral/Felación: El riesgo de contraer el VIH a través del sexo oral es muy bajo o nulo (23). Pero, aunque sea extremadamente raro, en teoría es posible transmitir el VIH durante el sexo oral si un hombre VIH positivo eyacula dentro de la boca de su pareja (24). El riesgo de transmisión de otras ITS durante la práctica del sexo oral, es elevado. Sin embargo, el uso de una barrera física durante el sexo oral puede reducir el riesgo de transmisión del VIH, hepatitis y otras ITS. En caso de eyaculación, se puede reducir el riesgo (25):

- escupiendo el semen y haciendo enjuagues sólo con agua (evitando alcohol y otros fluidos que puedan dañar la mucosa de la boca),
- bebiendo agua para facilitar su paso rápido desde la garganta al estómago, donde se inactiva por su pH ácido. Sin embargo, provocarse arcadas o el vómito podría producir heridas en la garganta y aumentar el riesgo de infección.

Existe riesgo de infección, en el sexo oral, si alguna de las parejas tiene una infección de transmisión sexual, heridas o llagas abiertas en los genitales, o en la boca, o encías sangrantes (tras el cepillado de dientes o el uso de hilo dental).

Beso negro: No se considera una práctica de riesgo de transmisión del VIH, pero con la práctica del anilingus se pueden transmitir las hepatitis A y B, parásitos intestinales (como *Giardia*) y bacterias (como *E. coli*) (25). Puede haber riesgo en el caso de que haya presencia de sangre en el ano (por ejemplo, si ha habido una penetración antes o un *fist*); en este caso se puede utilizar rollo de papel transparente como método barrera para impedir el contacto de la boca con la sangre.

***Fist Fucking* (introducción de la mano en el ano):** Utilizar guantes de látex y mucho lubricante ayuda a dilatar y así se evitan desgarros y hemorragias. Puede usarse lubricante a base de silicona o agua para evitar romper los guantes de látex, y si se utilizan lubricantes grasos, puede optarse por guantes de nitrilo. Si el lubricante se vuelve rosado, mejor tomar un descanso: significa que hay sangrado. Para evitar la transmisión de la hepatitis C, hay que lavar y desinfectar las manos y antebrazos inmediatamente después del *fisting*. Si también se ha producido penetración, hay que lavar bien los genitales y el vello púbico con un jabón suave o un gel apropiado.

Sexo en grupo: Se puede evitar la transmisión del VIH usando un nuevo condón para cada pareja sexual. El uso compartido de objetos que produzcan san-

grado es una práctica de riesgo para la transmisión del VIH y las hepatitis B y C. Algunas estrategias para reducir riesgos en el sexo en grupo son (18):

- Evitar acostarte o sentarte sobre restos de lubricante o de fluidos corporales de las parejas sexuales.
- Después de estimular con los dedos el ano de cada pareja sexual, es necesario lavarse las manos de manera adecuada.
- Evitar compartir material para duchas anales. Escribir en cada bote de lubricante las iniciales del propietario, para evitar compartirlo.
- Disponer de toallas limpias (lavadas a 60 grados) de diferentes colores, para evitar intercambiarlas. Pueden utilizarse toallas de papel desechable y colocar papeleras. Es conveniente disponer de iluminación suficiente para poder detectar cualquier rastro de sangre (no usar luces rojas). Si no está confirmado que estos materiales de higiene vayan a estar disponibles en esa sesión, conviene llevar consigo los propios productos desinfectantes, jabón y lubricante, y algunas toallas para poner sobre las superficies en las que acostarse.

Otras prácticas sexuales: algunas prácticas sexuales o eróticas como lamer los pies, juegos con saliva o la lluvia dorada, no se consideran prácticas de riesgo para la transmisión del VIH. Sin embargo, aquellas que impliquen contacto oro-fecal pueden implicar riesgos para la transmisión del VHA y otras ITS.

Serosorting: se define como un comportamiento en el que una persona elige una pareja sexual que se sabe que tiene el mismo estado serológico frente al VIH, a menudo para tener relaciones sexuales sin protección. El *serosorting* no debe promoverse como una estrategia para la prevención del VIH.

5.2 Estrategias biomédicas de reducción de riesgos relacionados con las prácticas sexuales

Existen diferentes maneras de prevenir el VIH y otras ITS y cada usuario ha de ser valorado de forma individual para poder realizar un correcto asesoramiento y poder llegar a una toma de decisiones conjunta de las medidas de prevención más aptas para el mismo. A continuación, se presentan diferentes medidas preventivas.

Vacunación. Se dispone de vacunas eficaces frente algunas ITS, como la Hepatitis A y B (26) y el virus del papiloma humano (VPH). Su uso es clave dentro de los programas de salud pública dirigidos a hombres GBHSH (26).

- **Hepatitis A.** En áreas de baja endemicidad los GBHSH presentan uno de los riesgos más elevados de contraerla. Recientemente, se han descrito brotes de VHA en esta población (2016-2017) asociados al contacto oro-fecal en clubs y saunas, lo que demuestra que se transmite a lo largo de Europa y países de rentas altas (27). En el caso de los GBHSH VIH

+ tienen una mayor posibilidad de padecer infecciones sintomáticas, de mayor duración y presentando un mayor nivel de viremia.

Se recomienda la vacunación con dos dosis: pauta 0, 6 meses. Si se requiere vacunación de la hepatitis B se puede utilizar la vacuna combinada. La pauta sería 0, 1 y 6 (28).

— **Hepatitis B.** El riesgo de padecer una hepatitis B entre los GBHSH se ha estudiado que es entre 10-20 veces mayor que en población general. En caso de coinfección aumenta la carga viral y la probabilidad de infección crónica, así como de cirrosis y carcinoma. Se recomienda una pauta de vacunación de tres dosis 0, 1, 6 meses en esta población (28), en caso de no haber recibido la vacuna entre las del calendario vacunal del niño sano.

— **Virus del Papiloma Humano (VHP).** La incidencia de cáncer anal es superior en poblaciones de alto riesgo, entre las que se encuentran los GBHSH. Se recomienda la vacunación frente al VPH a los hombres GBHSH hasta los 26 años, con tres dosis, pauta 0, (1-2) y 6 meses (28).

Diagnóstico precoz de VIH. Una de las estrategias principales para la erradicación de la epidemia por VIH es el diagnóstico y tratamiento precoz de la infección (26). El diagnóstico precoz facilita que los individuos con el VIH, pero que desconocen su estado serológico, adopten prácticas que eviten la transmisión de la infección a sus parejas sexuales cortando así la cadena de transmisión.

Tratamiento como prevención (*Treatment as prevention*). Varios estudios clínicos han demostrado que aquellas personas con VIH que mantienen, mediante tratamiento antirretroviral, una carga viral indetectable no pueden transmitir sexualmente el virus (29–31). Debido a este hecho, a la mejor tolerabilidad de los tratamientos actuales, así como la demostración de una mayor supervivencia de aquellos usuarios que inician tratamiento de forma precoz (independientemente del número de linfocitos CD4), se recomienda iniciar tratamiento antirretroviral lo más precozmente posible una vez confirmado el diagnóstico (32,33). Esta medida además de mejorar la supervivencia de las personas con VIH, ha supuesto un avance en su desestigmatización. Por otra parte, la disminución de la carga viral poblacional (conjunto de cargas virales de los individuos que viven con VIH en una población) disminuye la transmisibilidad y aparición de nuevas infecciones por lo que esta medida se ha convertido en uno de los pilares fundamentales de la prevención frente al VIH.

Profilaxis post-exposición (PPE). Se trata de una medida preventiva de emergencia que consiste en la administración de tratamiento antirretroviral (3 fármacos durante 28 días) a una persona que ha presentado una exposición de riesgo al VIH. Para la indicación de PPE se deben evaluar varios aspectos. Por una parte, la PPE solo se puede proporcionar dentro de las 72h siguientes a la exposición e idealmente dentro de las primeras 24h. Además, se ha de realizar una valoración del riesgo de adquisición del VIH teniendo en cuenta factores como el riesgo de la práctica sexual que se ha realizado, o el estado serológico de la pareja sexual con

la que se ha presentado dicha exposición. A la PPE se puede acceder en los servicios de urgencias de los hospitales o en los Servicios de enfermedades infecciosas/ unidades de VIH donde, además, se realizará el seguimiento (34).

Profilaxis pre-exposición (PrEP). Es una medida complementaria a otros métodos de prevención existentes y consiste en la administración de dos fármacos antirretrovirales (emtricitabina FTC y tenofovir disoproxilo TDF) a personas seronegativas para evitar la infección por VIH. La PrEP es un programa integral que para su correcto funcionamiento debe ir acompañado de la realización periódica de cribados de VIH y otras ITS y de asesoramiento médico. Existen dos pautas que han demostrado eficacia en diferentes estudios. La pauta diaria (un comprimido al día) y la pauta a demanda en la que se deben tomar 2 comprimidos juntos entre 2h y 24h antes de la relación y 1 comprimido al día durante los dos días posteriores a la relación, si bien esta última no tiene aprobación por parte de la Agencia Europea del Medicamento. Se recomienda en individuos que pertenezcan a grupos poblacionales con una incidencia de VIH elevada (principalmente hombres GBHSH y mujeres trans) y que realicen prácticas de alto riesgo como por ejemplo chemsex. Para más información se pueden consultar los documentos de recomendaciones realizados por la sociedad GESIDA, la sociedad británica de VIH (BHIVA/BASHH) y el Plan Nacional del Sida (35–37).

Bibliografía

1. Corkery JM, Loi B, Claridge H, Goodair C, Schifano F. Deaths in the Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender United Kingdom Communities Associated with GHB and Precursors. *Curr Drug Metab.* 2018;19(13):1086-99.
2. ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo). Poppers. Chem-safe.org. Disponible en: <https://www.chem-safe.org/que/poppers/> (consultado septiembre 2019)
3. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. El VIH y el consumo de sustancias en los Estados Unidos. Center for Disease Prevention and Control. 2016. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/substanceuse.html> (consultado septiembre 2019)
4. Pajarón M, Claver G, Nogué S, Munné P. Metahemoglobinemia secundaria al consumo de poppers con ánimo recreativo. *Med Clínica.* 2003;121(9):358-358. Disponible en: <https://medes.com/publication/10219> (consultado septiembre 2019)
5. Crack pipe workshop. Injecting Advice. 2007. Disponible en: <https://www.injectingadvice.com/v4/images/Downloads/crackpipe.pdf> (consultado septiembre 2019)
6. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Slamming. Guía para la reducción de daños asociados al uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo. Barcelona; 2018.
7. Terrence Higgins Trust. Sex parties & Chillouts. Friday/Monday. 2018. Disponible en: <https://www.fridaymonday.org.uk/sex-and-drugs/sex-parties-chillouts/> (consultado septiembre 2019)
8. Stop Sida. En casas privadas. ChemSex.info. Disponible en: <https://chemsex.info/en-fiestas-privadas/> (consultado septiembre 2019)

9. ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo). Locales | Chem-Safe. Energy Control. Disponible en: <https://www.chem-safe.org/donde/locales/> (consultado septiembre 2019)
10. Stop Sida. En locales de sexo. ChemSex.info. Disponible en: <https://chemsex.info/en-locales/> (consultado septiembre 2019)
11. 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. Barcelona: Stop Sida, CEEISCAT y Subdirecció General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya; 2017. Disponible en: <http://stopsida.org/wp-content/uploads/2017/11/Informe-estudio-cualitativo-ChemSex.pdf> (consultado septiembre 2019)
12. Terrence Higgins Trust. Clubbing. Friday/Monday. 2018. Disponible en: <https://www.friday-monday.org.uk/sex-and-drugs/clubbing/> (consultado septiembre 2019)
13. ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo). Cruising | Chem-Safe. Energy Control. Disponible en: <https://www.chem-safe.org/donde/cruising/> (consultado septiembre 2019)
14. After Party. Disponible en: <https://www.afterparty.org.uk/blank-1> (consultado septiembre 2019)
15. ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo). Clubbing | Chem-Safe. Energy Control. Disponible en: <https://www.chem-safe.org/donde/clubbing/> (consultado septiembre 2019)
16. Terrence Higgins Trust. Apps and online. Friday/Monday. Disponible en: <https://www.friday-monday.org.uk/sex-and-drugs/apps-and-online/> (consultado septiembre 2019)
17. London Friend. Staying safe using apps & dating sites. Disponible en: <https://londonfriend.org.uk/apps-safety/> (consultado septiembre 2019)
18. Cruess S, Cornman D, Amico R, Christie S, Shepherd L, Glaros R. Options Risk Reduction Strategies Manual A Healthcare Provider's Guide to Reducing HIV Transmission Risk Among PLWHA. New York State Department of Health AIDS Institute by Center for Health, Intervention, and Prevention (CHIP) University of Connecticut; 2007.
19. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Montárselo en positivo: Una guía de salud sexual para personas que viven con VIH. 2a edición. 2007. Disponible en: http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/montarselo_en_positivo (consultado septiembre 2019)
20. Strömdahl S, Hickson F, Pharris A, Sabido M, Baral S, Thorson A. A systematic review of evidence to inform HIV prevention interventions among men who have sex with men in Europe. *Eurosurveillance*. 2015;20(15):21096.
21. Center for Disease Control and Prevention. How can I prevent HIV? 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/msmhealth/HIV.htm> (consultado abril 2020)
22. Cipac. Centro de investigación y Promoción para America Central de Derechos Humanos. Disponible en: http://www.cipacdh.org/cipac_articulo_completo.php?art=10 (consultado septiembre 2019)
23. Center for Disease Control and Prevention. Transmisión del VIH. 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html> (consultado septiembre 2019)
24. Centers for Disease Control and Prevention. El sexo oral y el riesgo de contraer el VIH. 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/oralsex.html> (consultado abril 2020)
25. Saini R, Saini S, Sharma S. Oral Sex, Oral Health and Orogenital Infections. *J Glob Infect Dis*. 2010;2(1):57-62.
26. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.

27. Rodríguez-Tajes S, Perpiñán E, Caballol B, Lens S, Mariño Z, Costa J, et al. Hepatitis A outbreak in Barcelona among men who have sex with men (MSM), January-June 2017: A hospital perspective. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. 2018;38(4):588-93.
28. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. 2018. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/GruposRiesgo.htm> (consultado septiembre 2019)
29. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Lunzen J van, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*. 2016;316(2):171-81.
30. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet Lond Engl*. 2019;393(10189):2428-38.
31. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*. 2016;375(9):830-9.
32. Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Documento de consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2019. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/02/Guia_Tar_Gesida_Ene_2019.pdf (consultado septiembre 2019)
33. INSIGHT START Study Group, Lundgren J, Babiker A, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med*. 2015;373(9):795-807.
34. Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica* [Internet]. febrero de 2016 [citado 3 de junio de 2020];34(2):121.e1-121.e15. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213005X15003134>
35. Grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GeSIDA). Recomendaciones sobre profilaxis Pre-Exposición en adultos para la prevención de la infección por VIH en España. GeSIDA; 2016. Disponible en: https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis_pre-exposicionVIH.pdf (consultado septiembre 2019)
36. Brady M, Rodger A, Asboe D, Cambiano V, Clutterbuck D, Desai M, et al. BHIVA/BASHH guidelines on the use of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) 2018. *HIV Med*. 2019;20(S2). Disponible en: <https://www.bhiva.org/file/5b729cd592060/2018-PrEP-Guidelines.pdf> (consultado septiembre 2019)
37. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Grupo de Expertos PrEP. Profilaxis Preexposición al VIH en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PROFILAXIS_PREEXPOSICION_VIH.pdf (consultado septiembre 2019)



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.msbs.gob.es