

DOCUMENTO TÉCNICO:

ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DEL USUARIO CON PRÁCTICAS DE CHEMSEX

Un material de apoyo para la formación
de los profesionales de la salud mental

Dirección y coordinación

Raúl Soriano Ocón

María José Belza Egozcue

Equipo de redacción

Javier Curto Ramos

Helen Dolengevich Segal

Raúl Soriano Ocón





**Este proyecto ha sido financiado con la
colaboración de MSD España. MSD España no
ha tenido ninguna influencia o implicación en el
diseño, contenido y desarrollo del proyecto**

DOCUMENTO TÉCNICO:

ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DEL USUARIO CON PRÁCTICAS DE CHEMSEX

Un material de apoyo para la formación
de los profesionales de la salud mental

Proyecto gestionado por:



Con el aval de:



ISBN: 978-84-09-25240-4

Dirección y coordinación:

Raúl Soriano Ocón

Consultor en salud sexual y chemsex

María José Belza Egozcue

*Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III (Madrid).
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)*

Equipo de redacción:

Javier Curto Ramos

*Unidad de Enlace y Urgencias Psiquiátricas. Hospital Universitario La Paz
O.N.G. Apoyo Positivo*

Helen Dolengevich Segal

Programa de Patología Dual. Hospital Universitario del Henares Apoyo Positivo

Raúl Soriano Ocón

Consultor en salud sexual y chemsex

Equipo de revisión

Jordi Blanch Andreu

*Director del Pla Director de Salut Mental i Addiccions, Departament de Salut,
Generalitat de Catalunya. Consultor del Servicio de Psiquiatría y Psicología,
Hospital Clínic de Barcelona.*

*Profesor asociado de la Universitat de Barcelona. CIBERSAM. Presidente de la
European Association of Psychosomatic Medicine*

Marta Torrens Melich

*Directora de Adicciones- INAD- Hospital del Mar. Profesora Titular Psiquiatría
de la Universidad Autónoma de Barcelona*

Santiago Duran-Sindreu Terol

Jefe de Unidad de Conductas Adictivas.

*Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.
CIBERSAM*

Diseño y maquetación:

Jorge de Juan Fernández

Débora Álvarez del Arco

LADOCTORAÁLVAREZ

Cita recomendada

Curto J, Dolengevich H, Soriano R, Belza M.J. Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. Madrid: MSD; 2020.

Creado: noviembre 2020

ÍNDICE

	PRESENTACIÓN	9
1	INTRODUCCIÓN	11
	1.1. ¿Qué entendemos por chemsex?	
	1.2. ¿Dónde se practica el chemsex?	
	1.3. Algunas referencias para comprender el fenómeno de chemsex	
	1.4. Situación del chemsex en España	
	1.5. COVID-19 y chemsex	
2	DROGAS UTILIZADAS EN CONTEXTO DE CHEMSEX	26
	2.1. Mefedrona y otras catinonas sintéticas	
	2.2. GHB y GBL	
	2.3. Metanfetamina	
	2.4. Ketamina	
	2.5. Poppers	
	2.6. Cocaína	
	2.7. MDMA	
	2.8. Otras sustancias y fármacos utilizados en contexto de chemsex	
	2.9. Potenciales interacciones entre drogas y fármacos	
3	FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA SALUD MENTAL DE LOS HOMBRES GAIS, BISEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (GBHSH)	49
	3.1. Modelos teóricos para entender la práctica de chemsex	
	3.1.1. Modelo ecológico	
	3.1.2. Teoría del estrés de minoría	
	3.1.3. Teoría de la sindemia	
	3.1.4. Modelo integrador de Jaspal	
	3.2. VIH, chemsex y estigma	
	3.3. Motivaciones para la práctica el chemsex	
	3.4. Factores de riesgo y de protección para la práctica de chemsex	

4

TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN HOMBRES GBHSH..... 59

- 4.1. Epidemiología de los problemas de salud mental en hombres GBHSH que practican chemsex
- 4.2. Aspectos clínicos
- 4.3. Trauma, trauma complejo y disociación. Trastorno por estrés postraumático
- 4.4. Ansiedad y depresión
- 4.5. Episodios psicóticos
- 4.6. Trastornos por consumo de sustancias
 - 4.6.1. Características de las psicosis inducidas por mefedrona y metanfetamina
 - 4.6.2. Policonsumo
 - 4.6.3. Slam
- 4.7. Trastornos mentales primarios o inducidos
- 4.8. Agitación psicomotriz
- 4.9. Ideación y conducta suicida
- 4.10. Chemsex, VIH y salud mental

5

VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL USUARIO CON PRÁCTICAS DE CHEMSEX.....70

- 5.1. ¿Por qué necesitamos una historia clínica específica en chemsex?
- 5.2. Barreras para la adecuada realización de entrevista psiquiátrica al usuario con prácticas de chemsex
- 5.3. Aspectos generales de la entrevista y comunicación clínica con los usuarios de chemsex
- 5.4. Aspectos específicos de la valoración del usuario con prácticas de chemsex
 - 5.4.1. Consumo de drogas
 - 5.4.2. Aspectos sexuales
 - 5.4.3. Uso de aplicaciones de contactos
 - 5.4.4. Comportamiento sexual compulsivo
 - 5.4.5. Aspectos sociales
 - 5.4.6. Complicaciones somáticas y pruebas complementarias

6	ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA USUARIOS DE CHEMSEX.....	88
	6.1. Estrategias de intervención según necesidades del usuario	
	6.2. Entrevista motivacional	
	6.3. Intervenciones psicoterapéuticas	
	6.4. Intervenciones farmacológicas	
	6.5. Intervención en urgencias e interconsulta psiquiátrica	
7	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR.....	101
	7.1. La importancia de un abordaje integrado	
	7.2. Abordaje del chemsex desde diferentes servicios públicos	
	7.3. Abordaje del chemsex desde las organizaciones de base comunitaria	
	7.4. Propuestas para un abordaje integrado del chemsex	
8	CASOS CLÍNICOS.....	110
	8.1. Caso clínico 1	
	8.2. Caso clínico 2	
9	ACRÓNIMOS.....	118
10	GLOSARIO.....	120
11	LINKS PARA AMPLIAR INFORMACIÓN SOBRE CHEMSEX.....	122
12	BIBLIOGRAFÍA.....	123





PRESENTACIÓN

Durante la última década diferentes ciudades europeas han experimentado una creciente demanda de atención psiquiátrica y psicológica por parte de usuarios que presentan problemas derivados de la práctica de chemsex. Con este término de origen británico, que surge de la unión de las palabras *chems* y *sex*, es como se conoce profesionalmente a un fenómeno particular de uso recreativo de drogas en contextos sexuales, que se encuentra vinculado a la cultura sexual gay.

Aunque el tipo de prácticas y el patrón de consumo puede ser muy variable, su intensificación o mantenimiento en el tiempo puede dar lugar a situaciones problemáticas. El chemsex se ha asociado con sobredosis, adicciones, otros problemas de salud mental, y puede además tener un fuerte impacto en la salud sexual y en las relaciones sociales y afectivas, entre otros aspectos. En el contexto de las prácticas de chemsex es habitual que se mantenga sexo sin protección, a menudo con diferentes parejas sexuales, algo que aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual incluyendo, entre otras, el VIH y la hepatitis C. La evidencia científica apunta igualmente a que el chemsex es más frecuente entre los hombres gais con el VIH, lo que resulta preocupante ya que algunas drogas pueden presentar interacciones con el tratamiento antirretroviral.

Los profesionales de la psiquiatría tienen un importante papel en la respuesta a los problemas de salud mental relacionados con la práctica de chemsex. Algunos usuarios, debido a complicaciones médicas y psiquiátricas (ideación suicida, síntomas psicóticos), requieren atención psiquiátrica inmediata para su estabilización en momentos de crisis. En otras ocasiones existen necesidades de atención en el ámbito ambulatorio.

Este documento trata de dar respuesta a la necesidad de contar con materiales específicos que contribuyan a mejorar la formación para la evaluación y el manejo de los problemas de salud mental de los usuarios de chemsex. El texto pretende aportar una mayor comprensión de este fenómeno y contribuir al desarrollo de habilidades y conocimientos técnicos en la identificación, evaluación y manejo de patologías psiquiátricas relacionadas con el mismo, en el contexto de urgencias, unidades de hospitalización breve, psiquiatría de enlace, centros de salud mental ambulatorios y centros de atención a las adicciones.

Además, dado que el chemsex puede afectar a diferentes facetas de la salud (salud sexual, adicciones, salud mental etc.), es importante conocer el papel de los distintos servicios y agentes que puedan intervenir en la atención, estableciendo mecanismos de coordinación para ofrecer al usuario un abordaje integrado. El texto facilita igualmente ejemplos de buenas prácticas, claves para mejorar las competencias culturales LGTBQ+, casos prácticos y referencias para ampliar conocimientos sobre el tema.

Esta publicación responde al desafío de compartir experiencias y desarrollar vías de abordaje adecuadas en beneficio de este perfil de usuarios ¹. Esperamos que este material suponga pues una contribución efectiva para ayudarles a mejorar su salud y su calidad de vida.



1

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ¿Qué entendemos por chemsex?

EL término chemsex tiene su origen en Reino Unido y combina las palabras *chems* y *sex*, aludiendo al uso de drogas en un contexto sexual ². Desde su aparición, este concepto se utilizó para hacer referencia a un tipo concreto de uso recreativo de drogas vinculado a la cultura sexual gay. Como se describirá posteriormente, se trata de un fenómeno predominantemente urbano y existen grandes diferencias en relación con el tipo de drogas consumidas. En el caso de España, entre las sustancias más utilizadas para practicar chemsex destacan: GHB/GBL (gammahidroxibutirato/gamma-butirolactona), mefedrona (y otras catinonas), cocaína, *poppers*, metanfetamina, ketamina, *speed*, éxtasis/MDMA y fármacos para favorecer la erección. También ha llamado la atención en diferentes trabajos la presencia del uso intravenoso -conocido entre los usuarios como *slam*- ³ y la psicopatología asociada a dicha vía ⁴.

El chemsex es un tipo particular de consumo recreativo de drogas en contextos sexuales vinculado a la cultura sexual LGBTQ+ (y en particular a la cultura sexual gay)

En la actualidad el término chemsex se encuentra plenamente consolidado en el ámbito profesional y científico como la fórmula para referirse a ese fenómeno en concreto. Las personas que tienen prácticas de chemsex, en cambio, utilizan otro tipo de expresiones para referirse a ellas. En los perfiles de las páginas de contactos gais en España, por ejemplo, se utilizan términos de argot como: *chill*, *sesión*, *colocón*, *vicio*, etc. ⁵. Por este motivo, al hablar con los usuarios sobre el chemsex, no podemos asumir que conocen este término técnico, siendo más apropiado preguntar directamente por el consumo de drogas en contextos sexuales o *drogas para sexo*.

Una de las definiciones más citadas en España sobre el chemsex lo describe como el “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)” entre hombres gais, 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”⁶.

En el contexto europeo se ha alcanzado un consenso para incluir también dentro de la definición del fenómeno a otro tipo de perfiles. De esta manera, en el documento de posicionamiento del 2º *European ChemSex Forum*, se definió el chemsex como: “un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gais y bisexuales, otros HSH y personas trans y no binarias que participan en la ‘cultura de sexo

casual o sin compromiso' gay" ⁷. En la misma línea, y desde la propia voz de la comunidad en España, el Manifiesto de la Comisión ChemSex Support de la organización comunitaria Stop Sida ⁸ afirma: "las personas que practicamos chemsex somos hombres gais, bisexuales, *crossdresser*, personas trans y personas no binarias que formamos parte de la comunidad LGTB+".

Hay un consenso internacional rotundo estableciendo que no todo uso de drogas vinculadas al sexo es chemsex ⁷. El término chemsex se reserva para referirse al uso de drogas en contextos sexuales vinculado a la cultura sexual LGBTQ+ (y en particular a la cultura sexual gay).

No todo uso de drogas vinculadas al sexo es chemsex

Existen, obviamente, otros tipos de consumo de drogas en contextos sexuales, como por ejemplo el que se da en el ámbito de la prostitución femenina y sus clientes, o el de los clubs de *swingers*, entre otros ⁹⁻¹². Pero se trata de entornos diferentes, donde las sustancias de elección, la forma de acceder a ellas, la duración del encuentro sexual, el número de participantes, la situación epidemiológica del VIH y otras ITS en estos grupos de población, entre otros factores, son claramente distintas, por lo que el significado de las prácticas y sus implicaciones no tienen la misma naturaleza ¹³.

Por lo que se refiere al número de participantes en las sesiones de chemsex, su práctica puede darse entre dos personas (con una pareja sexual ocasional o con una pareja estable), un trío, o sexo grupal. Pero también hay quienes lo practican en solitario, visionando material pornográfico o bien vía online con otros participantes, utilizando por ejemplo cámaras web o practicando sexo online a través de videollamadas ¹⁴.

Como se verá posteriormente, no todas las personas que practican chemsex presentan o perciben consecuencias negativas derivadas del mismo. Es decir, estas prácticas no tienen por qué resultar necesariamente problemáticas, ni son patológicas per se. Sin embargo, el mantenimiento o aumento de la intensidad de las mismas, o la presencia de patología mental previa, puede aumentar los riesgos de que aparezcan problemas de salud asociados, o constituir la base para el desarrollo de diferentes trastornos mentales como por ejemplo trastornos por consumo de sustancias, adicciones sin sustancia o trastornos mentales inducidos.



1.2. ¿Dónde se practica el chemsex?

En cuanto a los espacios donde se practica el chemsex, lo más habitual es que tenga lugar en casas particulares ^{14,15}. El chemsex también se da en diferentes negocios dirigidos al público gay, como saunas, clubs de sexo, hoteles, fiestas en locales privados, locales con cuartos oscuros ^{6,16-18}, y en festivales que disponen de áreas designadas para tener sexo ^{17,18}. Se han observado estas prácticas igualmente en zonas de *cruising* (áreas donde se producen encuentros sexuales al aire libre) ¹⁹.

Lo más habitual es que el chemsex tenga lugar en casas particulares

Por lo que se refiere a datos concretos sobre en cuáles de estos tipos de localización son más frecuentes estas prácticas en España, en la encuesta EMIS-2017, preguntados por el lugar del encuentro sexual más reciente donde se consumieron drogas estimulantes y se tuvo sexo en grupo (últimos 12 meses) (n=1.004), el 68,4% de los encuestados refirió que se trataba de una casa particular ¹⁵. Por otra parte, entre los hombres que habían consumido alguna vez drogas estimulantes para que el sexo fuera más intenso o durara más tiempo, el 50,7% las había consumido con más de un hombre (trío o sexo en grupo) en los últimos 12 meses ¹⁵. Esto implica que una proporción relevante de usuarios practicaron chemsex con una sola pareja sexual, o en solitario. La encuesta EMIS-2017, que se citará también en otras secciones del documento, analiza datos relativos a salud sexual de hombres que tienen sexo con hombres de 48 países (incluyendo todos los países de la Unión Europea), con una muestra de 127.792 usuarios ²⁰. Se ha publicado un informe específico con los resultados de la muestra de los 10.634 usuarios que completaron la encuesta en España ¹⁵.

Las formas de contactar entre sí entre quienes buscan con quién practicar chemsex, pueden pues ser muy variadas, teniendo un papel relevante el uso de aplicaciones de contactos basadas en tecnologías de geolocalización y otras tecnologías de la información y la comunicación. A través de las mismas pueden entablarse contactos con potenciales compañeros sexuales, o para comprar, vender o compartir sustancias ⁵. Además de estas fórmulas también es común, como se acaba de comentar, el dirigirse a espacios donde encontrarse directamente con otros usuarios, como puede ser el caso por ejemplo de determinadas saunas. Algunas sesiones o *chills* tienen lugar de manera anónima, entre participantes que no se conocen. Otros encuentros pueden darse entre contactos ya conocidos, o de manera mixta con anteriores contactos y nuevas incorporaciones ¹⁶.



En el caso de las saunas y clubs de sexo, el nivel de tolerancia respecto al consumo de drogas puede ser muy variable entre unos locales y otros. Se han registrado muertes en saunas como consecuencia del consumo de drogas, generalmente la persona estaba en una cabina (habitáculo habilitado para tener sexo) y nadie se dio cuenta hasta que ya era demasiado tarde ²¹⁻²³. También se han registrado agresiones sexuales a clientes que estaban intoxicados ²¹. Se ha documentado fotográficamente en ciudades como Londres, Berlín y París, que hay negocios que mantienen estrictas políticas de prohibición del consumo y venta de drogas (especialmente en el caso del GHB), normas expuestas en carteles dirigidos a los clientes, cuyo incumplimiento conlleva la expulsión inmediata de las instalaciones ¹⁸.

Para evitar que las saunas puedan ser un lugar en el que pasar varios días de *sesión* o que se utilicen como alternativa a un alojamiento u otros usos no deseados por los negocios, algunos de ellos han establecido un tope máximo de estancia en las instalaciones, que suele estar entre las 6 y las 10 horas ^{18,24,25}, tiempo a partir del cual hay que abonar una nueva entrada o pagar una cantidad estipulada por cada hora extra.

Trabajos de etnografía virtual y otros estudios cualitativos muestran cómo la celebración de sesiones de chemsex en hoteles puede intensificarse durante la celebración de grandes eventos como las celebraciones del orgullo gay y otros festivales que atraigan una alta concentración de visitantes en fechas muy concentradas ^{17,18}. Por su parte, se ha documentado a través de las webs de los organizadores, la existencia de cuartos oscuros o salas destinadas a juegos sexuales en determinados festivales gais de temática *fetish* y otros grandes festivales dirigidos a este público, en los que el consumo de drogas se ha producido en un contexto sexual, como en ocasiones se ha podido contrastar sobre el terreno ¹⁸.



1.3. Algunas referencias para comprender el fenómeno de chemsex

Para cualquier profesional que no esté familiarizado con este fenómeno, una primera aproximación al conocimiento sobre estas prácticas puede despertar numerosas preguntas. ¿Está muy extendido el chemsex en España? ¿Cómo han llegado a popularizarse estas prácticas en determinados grupos de población? ¿Qué sustancias se utilizan en ese tipo de contexto? ¿Qué efectos positivos o negativos experimentan quienes mantienen estas conductas de consumo de drogas en contextos sexuales? ¿Qué implicaciones pueden tener estas prácticas para la salud y, en concreto, para la salud mental? ¿Por qué hay personas que se involucran en ellas? ¿Qué es lo que buscan? ¿Cómo valorar y abordar a los usuarios que necesitan atención profesional?

A lo largo de los capítulos de este documento trataremos de ir dando respuesta a esos y otros interrogantes.

Cultura sexual y competencias culturales LGBTQ+

A modo introductorio puede señalarse que, al estar este fenómeno vinculado a una cultura sexual ²⁶, cualquier acercamiento profesional al mismo requiere incorporar algunas claves para poder contextualizarlo, comprender su naturaleza y entender el significado y sentido que determinadas prácticas pueden tener para las personas que las llevan a cabo. De hecho, la falta de conocimientos específicos sobre el chemsex y su idiosincrasia, puede dificultar que se ofrezca una atención adecuada a los usuarios que, como consecuencia de estas prácticas, requieran apoyo profesional.

La falta de conocimientos específicos sobre el chemsex puede dificultar que se ofrezca una atención adecuada a los usuarios

En ese sentido, se considera necesario que estos profesionales incorporen a su formación ciertas competencias culturales. La adquisición de competencias culturales ha sido definida como el proceso en el cual los profesionales de la salud se esfuerzan por tomar conciencia e incorporar conocimientos y habilidades para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad ^{27,28}. La adquisición de estas competencias puede ayudar a disminuir las diferentes situaciones de desigualdad en el acceso al sistema de salud, que pueden sufrir quienes pertenecen a colectivos vulnerables, como las personas migrantes o las personas LGBTQ+ ²⁹.

En el contexto específico del chemsex estas competencias incluyen referencias y habilidades para respetar y comprender creencias, comportamientos, argot, normas sociales y otras características culturales del colectivo LGBTQ+, cuyo conocimiento por parte de los profesionales puede mejorar el acceso de este a una adecuada atención en salud ³⁰. Estos conocimientos y capacidades permiten igualmente que los profesionales aprendan a identificar sus propios prejuicios y sesgos morales ³⁰ y empaticen mejor con las necesidades percibidas por los usuarios.

En el caso de España se han publicado diversos trabajos cualitativos, estudios etnográficos y blogs que aportan referencias concretas para comprender mejor el fenómeno del chemsex. Por ejemplo, hay trabajos que llaman la atención sobre el alto nivel de normalización y visibilidad del consumo de drogas dentro de la cultura gay, llegando a considerarse que la tolerancia, permisividad y aceptación del consumo de drogas en ese entorno, trasciende la conducta individual formando un marco o contexto colectivo. Sería dentro de ese escenario, en el que se explicaría la emergencia del chemsex como una nueva forma de experimentar y vivir el sexo ⁶.

La práctica de chemsex es más frecuente entre los hombres gays y bisexuales con el VIH

Otro ejemplo de elemento clave para comprender este fenómeno, es la importancia y significado que tiene el sexo en la vida de muchos hombres gays ³¹. Existe una industria de ocio orientada al público gay en la que el sexo representa un componente central ⁵. Parte de los locales del ambiente gay son espacios altamente sexualizados, y algo similar ocurre con la publicidad dirigida al público gay, que con frecuencia utiliza imágenes cargadas de insinuación o provocación sexual ⁶.

Siguiendo los argumentos del *Position paper* realizado por los organizadores y participantes en el segundo *European Chemsex Forum* (Berlín 2018), la comprensión del chemsex no puede descontextualizarse de ciertos elementos y circunstancias que afectan intrínsecamente a la forma en se vive el sexo en este colectivo. Entre ellos, el documento menciona: el trauma que ha supuesto la epidemia de VIH en este grupo; el peso histórico del *bullying* o acoso hacia las personas LGBTQ+ y su sexualidad; la importancia que cobra (dentro de un grupo estigmatizado) el hecho de compartir actividades ritualizadas; las tensiones dentro de la propia comunidad sobre masculinidad y feminidad; la cultura de las saunas y la del uso de aplicaciones de contactos gays, así como la relación que se da entre el uso de estas aplicaciones y el fácil acceso a las drogas ⁷.



Respecto a este último listado de elementos, es pertinente hacer una mención especial al vínculo entre el VIH y el chemsex. Como se describirá posteriormente en el apartado epidemiológico, en los hombres GBHSH estas prácticas son más frecuentes en aquellos con el VIH que entre los seronegativos. Estudios cualitativos han mostrado que la mayoría de los usuarios de chemsex ha observado que en las fiestas de sexo no se utiliza el condón ³², que el estado serológico entre los participantes de una fiesta de sexo no es un tema que suele verbalizarse o discutirse ^{16,32}, y que muchos participantes tienen la impresión de que la gran mayoría de los asistentes tiene el VIH ¹⁶.

En este sentido, cabe al mismo tiempo recordar que alguien con una carga viral indetectable no puede transmitir el VIH ³³. Dentro de la cultura sexual gay, la búsqueda intencionada de sexo sin preservativo es conocida como *bareback* ³². Algunas sesiones de chemsex tienen una política de códigos o comportamientos que pueden también considerarse enlazadas con subculturas sexuales gais como la *fetish* o la de los *bears* (*osos*).

Una persona con carga viral indetectable no puede transmitir el VIH

La cultura gay incorpora, como cualquier otra cultura, una manera particular de entender el mundo que incluye creencias, comportamientos y normas sociales que cada usuario puede adoptar de una manera diferente. Conviene tener presente que los hombres gais y bisexuales son un grupo de población muy diverso, compuesto por personas de diferente edad, etnia, nacionalidad, nivel de estudios, situación económica, etc. ²⁶, que a su vez forma parte de la amplia diversidad sexual del colectivo LGBTQ+. **Estas diferencias culturales pueden afectar a múltiples aspectos**, como:

- la expresión de las emociones y del sufrimiento
- la concepción sobre la salud y la enfermedad y la salud mental
- la capacidad para pedir ayuda en caso de presentar problemas mentales
- el patrón de uso de sustancias psicoactivas y las motivaciones para el mismo
- el argot utilizado



Para mejorar el conocimiento del fenómeno del chemsex por parte de los profesionales, más allá de saber las sustancias utilizadas y sus efectos, se requiere profundizar en el conocimiento y comprensión de la cultura sexual gay, con sus códigos, normas, valores y lenguaje ³¹. De esta manera resultará más fácil entender, por ejemplo, por qué algunos hombres gais tienen múltiples parejas sexuales, o por qué el sexo tiene un significado importante en sus vidas ³¹. Una de las formas de acercarse a la sensibilidad y los discursos de los usuarios de chemsex, es a través de sus propias voces y testimonios, como se ofrece por ejemplo en el blog: *Chemical bloggers* ³⁴.

El papel de las aplicaciones de contactos y del turismo gay

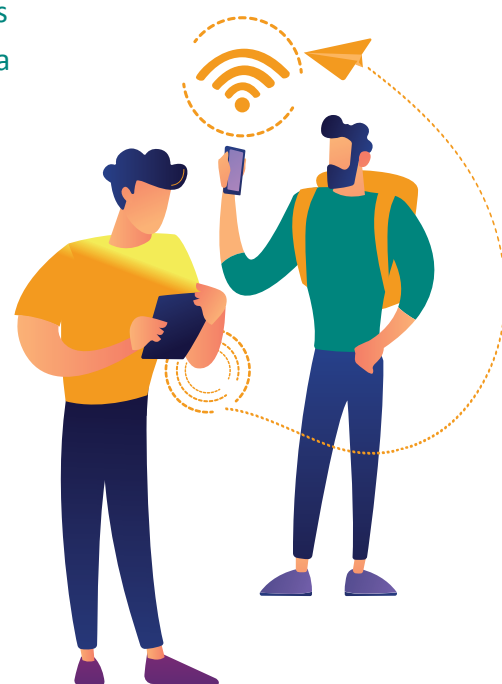
La forma de conocer o contactar a nuevas parejas sexuales ha experimentado grandes cambios en las últimas décadas. Las tecnologías de la comunicación, como por ejemplo las aplicaciones de contactos basadas en la geolocalización, multiplican las posibilidades de encontrar parejas sexuales. En el contexto gay, se ha documentado también su uso para comprar, vender o compartir sustancias. Estos vínculos entre el uso de las aplicaciones y el chemsex han sido documentados tanto en España ^{5,16} como en otros países ³⁵⁻³⁸.

Las aplicaciones de contactos son uno de los espacios en los que se expresa la cultura del chemsex. En los perfiles de los usuarios y en los mensajes que intercambian entre ellos, se utilizan abundantes códigos de comunicación para indicar lo que se busca o se ofrece, así como las preferencias respecto a determinadas prácticas sexuales o de consumo, etc. El espacio disponible para el texto en los perfiles es muy limitado, lo que lleva a buscar fórmulas para simplificar la comunicación recurriendo a la mínima expresión. Es común la utilización de códigos de comunicación basados en emoticonos, acrónimos y otros códigos ⁵.

Muchos aspectos de la idiosincrasia y de la cultura del chemsex son compartidos entre usuarios de diferentes países

De esta manera, es frecuente que en las aplicaciones de contactos los usuarios de chemsex utilicen expresiones que hacen referencia a estas prácticas, como: *sesión, colocón, sin prisas, chill, chems, morbo, vicio* etc. o, por ejemplo: *tengo, busco, necesitas, tienda...* Es frecuente también encontrar referencias a los nombres de las sustancias. En ocasiones aparecen encriptadas de modo que el mensaje no resulte tan obvio.

De esta manera, se utilizan códigos como: *tema* (cocaína), *azules* (Viagra), *perfume* (*poppers*), *tina* (metanfetamina). También es habitual la mención a las sustancias, a menudo a través de juegos de siglas como, por ejemplo: “*mf cc G vi ex ti*”, para indicar: mefedrona, cocaína, GHB, éxtasis, metanfetamina... ⁵.



El uso de las tecnologías de la información y comunicación en el contexto del chemsex, no se limita a las aplicaciones y páginas de contactos. Entre hombres GBHSH que ya se conocen (de previas sesiones, o de saunas, clubs de sexo etc.) también se utilizan otros medios para contactar y concretar el encuentro, por ejemplo: WhatsApp, Messenger, etc. y Google Maps u otras herramientas para intercambiar ubicación y encontrarse.

Por otra parte, de la misma manera que estas tecnologías han contribuido a la difusión del chemsex, se han convertido también en una plataforma para abordarlo desde la perspectiva de la prevención ⁵.

Por lo que se refiere a los vínculos entre el chemsex y el turismo gay, de acuerdo con las conclusiones del primer *European ChemSex Forum*, el consumo de drogas en contextos sexuales está aumentando de manera continua en Europa y los datos muestran que el turismo sexual es uno de los impulsores de chemsex ³⁹. A menudo las sesiones pueden implicar la participación de usuarios de otros países que visitan otra ciudad como turistas ¹⁶. El turismo había sido ya señalado como uno de los contextos en los que el chemsex puede tender a acelerarse o incrementarse ⁴⁰.

Existen circuitos internacionales de macro eventos dirigidos al público gay que se celebran en diferentes ciudades a lo largo de todo el año, encuentros en los que el ocio sexual representa un componente más que relevante ²⁶. 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 ²⁶.

El segmento del turismo LGBTQ+ engloba a más del 10% de los turistas a nivel mundial y es responsable de aproximadamente el 16% del gasto total en viajes ⁴¹. Esto supone más de 195 mil millones de dólares al año en gasto según el World Travel & Tourism Council. España es precisamente uno de los destinos turísticos gais más populares en Europa, recibiendo anualmente unos 7 millones de turistas pertenecientes a este colectivo lo que genera a este sector unos ingresos de más de 7.200 millones de euros ⁴². Esta circunstancia nos sitúa en una posición de mayor exposición frente a la emergencia de nuevas prácticas y formas de consumo ⁵.



Los grandes festivales y eventos dirigidos al público gay ofrecen oportunidades relevantes para la prevención y reducción de riesgos relacionados con el chemsex. Para abordar la prevención en el contexto del chemsex en cada ciudad, es necesario considerar su calendario anual de grandes eventos de ocio dirigidos al público gay, pues en esas fechas se produce una mayor concentración de personas y de eventos. Es conveniente mejorar las alianzas y la cooperación entre el sector privado, las organizaciones comunitarias y los servicios de salud ⁴³.

Los códigos de comunicación utilizados, las fórmulas de contacto y el mercado de sustancias etc. pueden registrar variaciones a nivel local. Pero a pesar de ello puede afirmarse que muchos aspectos la cultura del chemsex tienen un marco compartido a nivel internacional. Es decir, existe un entendimiento colectivo entre usuarios de diferentes países, sobre la idiosincrasia de estas prácticas.

1.4. Situación del chemsex en España

Diferentes estudios sobre el consumo de drogas en el colectivo de los hombres GBHSH han mostrado que el consumo de drogas es mayor en este grupo de población en comparación con la población general.

Los resultados de la encuesta EMIS-2017 en España (n=10.634) señalan que la prevalencia del consumo de alcohol al menos una vez en los últimos 12 meses fue del 91,9% y la del tabaco 48,9% ¹⁵. Entre las demás sustancias más consumidas se incluían:

- *Poppers* 34,9%
- Cannabis 25,8%
- Sedantes/tranquilizantes 20,4%
- Sustancias que ayudan a mantener la erección 20,4%
- Cocaína 15,5%
- MDMA (en forma de cristalitos o polvo) 11,9%
- Éxtasis 10,5%
- GHB/GBL 8,7%
- *Speed* 8,1%
- Mefedrona 5,7%
- Ketamina 5,6%
- Metanfetamina 5,4%



Por lo que se refiere al consumo de drogas en contexto sexual, el 14,1% de los participantes en esta encuesta refirió haber consumido drogas estimulantes para hacer que el sexo fuera más intenso o que durara más tiempo en los últimos 12 meses y el 7,6% en las últimas 4 semanas ¹⁵. Esta conducta fue más prevalente en las Comunidades Autónomas de Baleares (12,4%) y Cataluña (10,6%), seguidas de Madrid (8,8%), Canarias (7,3%), Comunidad Valenciana (6,5%), Aragón (5%) y Asturias (4,8%). Las ciudades en las que la prevalencia fue más alta fueron Barcelona (13,7%) y Madrid (9,7%) ^{15,44}.

El policonsumo es una práctica frecuente en el ámbito del chemsex

Siguiendo con el consumo de drogas en contexto sexual, en el marco de un proyecto europeo dirigido a GBHSH de 8 países europeos (Proyecto EURO HIV EDAT) y realizado en 2016 ⁴⁵, se analizaron las respuestas de los participantes residentes en España (N=2883) a la pregunta: “en los últimos 12 meses, ¿has consumido alguna sustancia recreativa inmediatamente antes y/o durante alguna relación sexual?”. Los resultados fueron los siguientes:

• <i>Poppers</i>	17,1%
• Cannabis	10,7%
• Cocaína	9,1%
• Medicamentos para la disfunción eréctil	7,1%
• GHB/GBL	5,6%
• Éxtasis	3,9%
• Mefedrona	3,4%
• Anfetaminas	3,2%
• Metanfetaminas	3,0%
• Ketamina	2,3%



Aunque la formulación de las preguntas de algunos estudios no ayuda en muchos casos a la comparabilidad de los datos, otros trabajos anteriores en España ya mostraban que el chemsex resulta más prevalente en las grandes ciudades y sus inmediaciones ^{15,46} al igual que ocurre en el resto de Europa ²⁰. En nuestro caso, además de las principales capitales, la práctica del chemsex también es visible en los destinos de turismo gay como Maspalomas, Torremolinos y Sitges ²⁶.

Policonsumo

Los datos disponibles, tanto europeos como de España, muestran que el policonsumo es una práctica frecuente en el ámbito del chemsex ^{3,47-50}.

VIH y chemsex

Las evidencias disponibles muestran que el chemsex es más frecuente entre aquellos hombres GBHSH con VIH ^{3,45,51} en comparación con los seronegativos. En el estudio Chemsex4EU ⁵² se comparan las prevalencias de uso de drogas en contexto recreativo en hombres GBHSH con VIH en los últimos 12 meses, en cuatro países. La prevalencia de prácticas de chemsex en los últimos 12 meses varió entre 12% y el 32% y la prevalencia de prácticas de slam (consumo inyectado) varió entre 0.6% y 13%.

Tabla 1. Estudio Chemsex4EU. Prevalencia de uso recreativo de drogas, chemsex y prácticas de slam en los últimos 12 meses

	Reino Unido	España	Grecia	Italia	Total
Número de usuarios	544	534	449	173	1700
Uso recreativo (n,%)	278 (51%)	239 (45%)	167 (37%)	57 (33%)	741 (44%)
Chemsex (n,%)	174 (32%)	117 (22%)	84 (19%)	21 (12%)	396 (23%)
Slamsex (n,%)	69 (13%)	15 (2.8%)	22 (4.9%)	1 (0.6%)	107 (6.3%)

Fuente: adaptado de Conway K et al. 2019 ⁵²

En el caso de España, el estudio U-SEX realizado en 742 hombres GBHSH VIH positivos mostró que el 29,1% de los participantes habían practicado chemsex en el último año. Las drogas más usadas fueron *poppers* (72%), cocaína (52%), GHB/GBL (39%), mefedrona y otras catinonas (44%) y metanfetamina (15%), habiéndose asociado la práctica de chemsex a prácticas sexuales de riesgo ⁵³.

En conjunto, los datos de EMIS España mostraron que el haber consumido drogas estimulantes para hacer que el sexo fuera más intenso/durara más tiempo (durante las últimas 4 semanas) fue más frecuente en los hombres con infección por el VIH (22,1%) frente a los seronegativos (6,2%) o los desconocedores de su estatus serológico (2,5%) ^{15,52}.

De manera muy similar, entre los participantes de España en el proyecto EURO HIV EDAT, también se observa que el consumo de drogas en un contexto sexual durante los últimos 12 meses fue mucho más frecuente en los hombres con infección por el VIH (21,9%) en comparación con los seronegativos (6,6%) o los desconocedores de su estatus serológico (2,1%) ⁴⁵.

Otros grupos

En EMIS 2017, el consumo fue mayor además, entre los nacidos en otro país (11,3%) que entre los nacidos en España (6,6%). También fue alto (21,4%) entre quienes hicieron sexo transaccional (a cambio de dinero) al menos 3 veces en los últimos 12 meses ^{15,51}.

1.5. COVID-19 Y CHEMSEX

La situación generada por la pandemia de la COVID-19 ha supuesto, al menos durante un tiempo, un cambio drástico en las condiciones de vida y de relaciones interpersonales con impactos difíciles de imaginar tiempo atrás, afectando de manera desigual a diferentes grupos de población, incluyendo también a quienes tienen prácticas de chemsex. Las limitaciones impuestas a la movilidad y la interacción personal en las diferentes fases de confinamiento, desconfinamiento, nueva normalidad, así como en la respuesta a los rebrotes etc. han tenido consecuencias particulares en este colectivo, más allá de los potenciales efectos de la propia COVID-19 en la salud, que convendría que fueran estudiadas.

La pandemia de la COVID-19 y las medidas para hacerle frente pueden afectar a la salud mental, al generarse situaciones inéditas de preocupación, incertidumbre y estrés

Por lo que se refiere a las actividades económicas del sector del turismo y del ocio, las medidas adoptadas por las administraciones públicas nacionales e internacionales para hacer frente a la expansión de la pandemia de la COVID-19 están teniendo un impacto directo en el segmento de negocio del turismo y el ocio gay, que se ha visto obligado a cancelar eventos multitudinarios como las manifestaciones y celebraciones presenciales del Orgullo ⁵⁴ y festivales gais ⁵⁵, así como a adoptar fuertes restricciones o cierre de actividad en el sector del ocio nocturno ⁵⁶.



Tanto las restricciones que limitan la movilidad, como las que impiden la actividad habitual del sector empresarial del ocio, condicionan las posibilidades de encuentro y tienen impactos económicos, sociales y emocionales, que de alguna manera pueden estar afectando a las prácticas de chemsex. Serán necesarios estudios para tratar de objetivarlos. Ante esta coyuntura, diversas entidades publicaron materiales con mensajes de salud específicos para la reducción de riesgos en las prácticas de chemsex en tiempos de la COVID-19 ⁵⁷.

Parte de los impactos derivados de la propia pandemia (y en particular de la respuesta institucional y social a la misma), pueden afectar de manera directa a la salud mental, al generarse situaciones inéditas de preocupación, incertidumbre y estrés. Entre estas nuevas fuentes de preocupación se encuentra la adquisición y transmisión del virus entre parejas sexuales, convivientes u otros contactos. Pero también puede ser estresante el enfrentarse a dificultades añadidas para desplazarse y encontrarse, para adquirir sustancias, o para reunirse en grupo etc., actos que con frecuencia han tenido lugar de una manera clandestina y criminalizada.

Las *sesiones* y *chills* no se detuvieron ni siquiera durante el estado de alarma ⁵⁸. Y los temores a ser identificados o denunciados, se volvieron una realidad para aquellos que se vieron envueltos en operaciones policiales como las que intervinieron en algunas fiestas particulares, saunas y puntos de venta de sustancias, en ciudades como Barcelona ^{58,59} y Madrid ⁶⁰.





2

2. DROGAS UTILIZADAS EN CONTEXTO DE CHEMSEX

Tal como se ha indicado en la introducción, en España las evidencias disponibles apuntan que las sustancias que se consumen con más frecuencia en las sesiones de chemsex incluyen GHB/GBL (gammahidroxibutirato/gamma-butirolactona), mefedrona (y otras catinonas), cocaína, *poppers*, metanfetamina, ketamina, *speed*, éxtasis/MDMA y fármacos para favorecer la erección.

En la literatura británica y en las fuentes que beben de la misma, en cambio, se acotó desde un primer momento la definición del chemsex al consumo de mefedrona, la metanfetamina y el GHB/GBL ⁶¹. En defensa de esta definición más restrictiva, algunas fuentes argumentan que las características específicas de estas tres drogas se diferencian de otras utilizadas en el contexto sexual gay, ya que se asocian a una sensación de euforia o *high* específico ligado a la desinhibición y excitación sexual buscada por los usuarios de chemsex ² En cambio, estudios realizados en diversos países han descrito el uso de una gran variedad de drogas con diferentes propiedades psicoactivas, sin que tengan que ser estas tres las más habituales.

Sustancias más habituales: GHB/GBL, mefedrona, cocaína, poppers, metanfetamina, ketamina, speed, éxtasis/MDMA y fármacos para la erección

Tomando en cuenta sus efectos, las sustancias utilizadas en el chemsex se pueden clasificar en estimulantes tales como: cocaína, mefedrona metanfetamina, MDMA (estas tres últimas con marcado efecto empatógeno o entactógeno, estimulantes con efecto psicodélico como el 2CB, depresores como el GHB y el cloruro de etilo, o alucinógenos disociativos como la ketamina ⁶².



El chemsex es un fenómeno emergente y como tal, las sustancias asociadas a esta práctica van cambiando, dependiendo de su situación legal, facilidad de adquisición etc. En función de factores como el precio, accesibilidad, estatus legal o zona geográfica, se han descrito mayores o menores prevalencias de una u otra sustancia. Algunos estudios ⁴⁶ señalan como, por ejemplo, en la ciudad de Madrid es más prevalente el consumo de mefedrona en contexto de chemsex mientras que en Barcelona se observó mayor consumo de metanfetamina que de mefedrona.

El chemsex es un fenómeno emergente

Además de las sustancias ya conocidas y adquiridas en el mercado ilegal, en las últimas dos décadas han surgido en el mercado sustancias ilegales (en principio) que cubrían los huecos de drogas ilegalizadas o de baja calidad en el mercado. De esta forma surgieron las llamadas Nuevas Sustancias Psicoactivas o Nuevas Drogas Psicoactivas ⁶³, de las cuales la mefedrona fue de las primeras en llenar el hueco que dejaba un MDMA desaparecido en la década de 2010 en la escena dance y el ambiente gay. La mefedrona y otras sustancias similares se adquirían fácilmente por internet con el nombre de *legal highs* o *research chemicals*.

Estas sustancias han ganado terreno por sus efectos parecidos al MDMA y a la cocaína, su bajo precio y la facilidad para adquirirlos online. Actualmente, la mefedrona está ilegalizada pero muchas otras sustancias similares están en el mercado supliendo su sitio y se venden a pie de calle como las otras sustancias utilizadas en el chemsex. Esta gran variabilidad de sustancias supone un gran reto, tanto a nivel de salud pública como en relación con las actividades de prevención y las intervenciones terapéuticas.

Las sustancias asociadas a estas prácticas van cambiando en función de su estatus legal, precio, accesibilidad, pureza...

En la siguiente tabla se puede ver una síntesis de las principales sustancias utilizadas, los nombres de argot, las diferentes formas de presentación, las vías de consumo.... También se describen: efectos buscados por los usuarios, tiempo de duración y principales efectos adversos y complicaciones.



Tabla 2. Principales drogas y fármacos utilizados en contexto de chemsex

SUSTANCIA	NOMBRES POPULARES	FORMA DE PRESENTACIÓN	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	EFECTOS BUSCADOS	EFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES	TIEMPO DE DURACIÓN
MEFEDRONA Otras catinonas: pentedrona, 4-MEC	<i>Mefe, miau-miau, met, sales de baño</i>	Polvo, cristales, tabletas, cápsulas	Oral Esnifada Intravenosa (SLAM) Intrarrectal	Estimulación, excitación sexual, euforia, sentimientos de empatía	Dependencia. Síntomas psicóticos Convulsiones, distonías Toxicidad cardiológica, hepática, renal Muerte súbita	Oral: 4 h. Esnifada: 1 h. Intravenosa: 45 min
METANFETAMINA	<i>Tina, crystal meth, vidrio, tiza, cranck, speed</i>	Polvo, cristales	Esnifada Fumada en pipa Intravenosa (SLAM) Intrarrectal	Estimulación, desinhibición, excitación sexual, incremento de confianza y autoestima	Síntomas psicóticos, agitación psicomotriz. Hipertensión. Arritmias Accidentes cerebrovasculares e isquemia coronaria. Alto potencial adictivo Xerostomía	4-12 h.
GHB/GBL (gamma-hidroxibutirato/ gamma-bitiro lactona)	<i>Éxtasis líquido, G, chorri, potes</i>	Líquido, comprimidos	Oral (se bebe a pequeñas dosis)	Sedación, relajación del esfínter anal Euforia, desinhibición, borrachera, estimulación sexual	Somnolencia, pérdida de control motor (con dosis acumulativas). Convulsiones Coma, muerte. Dependencia. Delirium Síntomas psicóticos Síndrome de abstinencia grave	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	Toxicidad retiniana. Hipoxia Anemia hemolítica	1-2 min.
MDMA	<i>Éxtasis, eme cristal, x Sextasy (con sildenafil)</i>	Cristales, polvo o comprimidos	Oral	Estimulación, sentimientos de empatía, aceptación y conexión	Ansiedad. Taquicardia. Bruxismo "Golpe de calor" Síntomas afectivos y resaca	6 h.
COCAÍNA	<i>Coca, blanca, farlopa</i>	Polvo blanco	Esnifada Fumada (base) Intravenosa	Activación, excitación sexual, hiperalerta	Ideación paranoide Hiperactivación adrenérgica Vasoespamo, arritmias e isquemia	45 min.
KETAMINA	<i>Keta, vitamina K Special K</i>	Polvo, cristales, líquido	Esnifada Oral Intramuscular	Estimulación inicial, relajación, empatía, mejora de la percepción Disociación	Midriasis. Desrealización Pérdida de control motor, caídas Síntomas confusionales/ disociativos Hepato y nefro y neurotoxicidad	2-3 h.
INHIBIDORES DE LA 5-FOSFO-DIESTERASA	Sildenafil (Viagra®), vardenafilo (Levitra®) y tadalafilo (Cialis®)	Comprimidos	Oral	Mantenimiento de la erección	Cefalea, dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (tinción azul de la visión). Pérdida de audición Isquemia coronaria	Sildenafil y vardenafilo: 4-8 h. Tadalafilo: 36 h

Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida ²⁶ (en dicho documento se adaptó a partir de Dolengevich-Segal H et al. ⁶⁴)

2.1. Mefedrona y otras catinonas sintéticas

Las catinonas constituyen una familia de sustancias psicoactivas de perfil estimulante con efecto empatógeno. Se trata de moléculas que comparten un anillo betacetónico (y que comenzaron a comercializarse desde aproximadamente 2008 como *legal highs* o *sales de baño*, tras la disminución considerable de distribución de la MDMA en el mercado ⁶⁵.

La mefedrona es la droga más conocida y utilizada de la familia de las catinonas

La mefedrona es la droga más conocida y utilizada de la familia de las catinonas. Se trata de una sustancia ilegalizada desde 2010 en Reino Unido y en los tratados internacionales desde 2015 ⁶⁶. Actualmente existen algunas catinonas utilizadas en contexto de chemsex como la pentedrona, la 4-MEC, la 3-MMC y alfa-PVP. En muchas ocasiones se venden estas catinonas bajo el nombre de mefedrona, aunque se trate de otras sustancias psicoactivas.

Imagen 1. Mefedrona



Fuente: Energy Control/Chem-Safe (ABD) 67

Imagen 2. Mefedrona



Mecanismo de acción

Las catinonas actúan aumentando de forma aguda los niveles de dopamina, noradrenalina y serotonina extracelulares. Lo hacen mediante la inhibición de su recaptación y revirtiendo el flujo normal de los transportadores, de forma análoga a las anfetaminas incrementando la liberación presináptica de monoaminas.

En la siguiente tabla se puede observar los perfiles psicofarmacológicos de algunas de las catinonas más utilizadas en contexto de chemsex. Como se puede observar, en función del perfil psicofarmacológico, los efectos que producen serán más similares a la MDMA, la metanfetamina o la cocaína ⁶⁶.

Tabla 3. Clasificación de catinonas sintéticas según su relativo potencial de inhibición de recaptura y liberación de monoaminas, en comparación con MDMA, metanfetamina y cocaína

	Inhibición recaptura monoaminas			Liberación Monoaminas		
	Dopamina	Norepinefrina	Serotonina	Dopamina	Norepinefrina	Serotonina
Catinonas Sintéticas similares a MDMA						
Mefedrona	+++	+++	++	++	++	++
Metilona	+++	+++	++	++	++	++
Catinonas Sintéticas similares a Metanfetamina						
Catinona	++	+++	+	+++	+++	-
Metcatinona	++	+++	+	+++		-
Catinonas Sintéticas similares a Cocaína						
Pirovalerona	++	+++	++	++	-	-
MDPV	++	+++	++	++	-	-

Fuente: adaptado de Karila L. et al. ⁶⁶

Formas de presentación

Las Catinonas Sintéticas habitualmente se presentan en forma de polvo, cristales, comprimidos o cápsulas ⁶⁸.

Vías de consumo

Las catinonas pueden ser consumidas por diferentes vías: oral, esnifada, rectal, intramuscular, intravenosa o subcutánea. La más utilizada es la vía esnifada.

Para la mefedrona, las dosis habituales utilizadas son 100-200 mg por hora, con dosis más altas si se toma vía oral y menores dosis vía intranasal (esnifada) ⁶⁹.

Los efectos se inician tras 30-45 minutos y duran de 2 a 5 horas si se consume vía oral. Si es esnifada, los efectos comienzan tras 10-20 minutos y duran 1-2 horas. Si el consumo es intravenoso (IV), el efecto se da en menos de 10 minutos y su duración es de 30 a 45 minutos ⁷⁰. Por lo anterior, se ha descrito la necesidad de re-dosificación compulsiva para mantener y prolongar los efectos ⁶⁸.

Efectos Esperados

Los efectos psicoactivos de las catinonas incluyen euforia, excitabilidad, incremento del nivel de alerta y de la energía. Asimismo, producen aumento del deseo sexual, excitación y sentimientos de empatía o de cercanía con el otro, de manera similar al MDMA ⁶⁵.

Complicaciones

Se han descrito complicaciones relacionadas con sintomatología adrenérgica tales como taquicardia, hipertensión, inquietud, sudoración, hipertermia, dilatación pupilar, etc. Otras complicaciones graves a nivel sistémico incluyen dificultad respiratoria, coagulación intravascular diseminada, rabdomiolisis, fallo hepático y renal, convulsiones y hasta casos de fallecimiento ⁷⁰, incluso muerte súbita ⁷¹. En casos de consumo intravenoso, se han descrito infecciones de la piel o colapsos de sistema venoso ⁶⁶.

Asimismo, el uso de estas sustancias se ha asociado con psicopatología grave, como alteraciones del ánimo y conducta suicida, ansiedad, alucinaciones e ideación paranoide, tanto autolimitada como persistente, delirium y agresividad ^{72,73}.

Se trata de sustancias con alto potencial adictivo, sobre todo cuando se utiliza de forma intravenosa ⁷⁴. También se ha descrito intenso *craving* y síndrome de abstinencia y grandes dificultades para controlar su consumo que puede llevar a perder el control y tener conductas sexuales de riesgo, así como reutilizar o compartir jeringuillas ⁷⁵.

2.2. GHB y GBL

GHB son las siglas que se refieren al ácido γ -hidroxibutírico o γ -hidroxibutirato, GBL para la γ -butirolactona y BD para el 1,4-butanediol. Se trata de potentes depresores del sistema nervioso central que se utiliza desde hace décadas como sustancia de abuso. Tanto en Estados Unidos como en la Unión Europea, el GHB es una sustancia controlada desde hace años tras su vinculación con agresiones sexuales asociadas a sumisión química ⁷⁶.

Por otro lado, el GBL (γ -butirolactona) y BD (1,4-butanediol), se utilizan como solventes orgánicos y se venden libremente en internet como limpiadores, lo que impide su regularización. Ambos son precursores del GHB y actúan como prodrogas, convirtiéndose *in vivo* en GHB ⁷⁷.

Imagen 3. GHB



Fuente: Energy Control/Chem-Safe (ABD) 67

Imagen 4. GHB



Imagen 5. GBL



Fuente: Energy Control/Chem-Safe (ABD) 67

Mecanismo de acción

Se trata de moléculas que se unen y modulan los receptores del sistema GABAérgico, especialmente a través del complejo de receptores GABA-B. También actúan sobre el receptor específico del GHB, que parece favorecer la liberación de esteroides neuroactivos. La administración crónica de GHB incrementa la liberación de dopamina, probablemente debido a una desensibilización de los receptores por la influencia del GABA sobre los circuitos dopaminérgicos centrales. También se han detectado trazas de GHB producidas de forma endógena en varios tejidos, incluido el sistema nervioso central (0.5-1.0 mg/L), donde actúa como precursor y metabolito del GABA ⁷⁸.

Formas de presentación

Se trata de una sustancia que se consume en forma de líquido transparente, inodoro y con un gusto levemente salado ⁶⁷. Existen comprimidos, pero no son utilizados en chemsex.

Vías de consumo

Se consume vía oral en general utilizando goteros o pipetas (conocidas en el argot de los usuarios como *chorris*), o jeringas.

Es relevante destacar que el GBL se absorbe mucho más rápido que el GHB y se elimina más lentamente, lo que resulta en efectos más rápidos y prolongados. Los preparados puros de GBL llegan a ser 3 veces más potentes que el GHB ⁷⁷.

El GHB se absorbe rápidamente por vía oral. La absorción de GHB no es lineal y depende de la dosis, por lo que dosis altas pueden hacer que el pico de concentración se presente más tarde, con efectos clínicos más duraderos, lo que sugiere que la absorción oral y la eliminación pueden ser saturables. Los niveles plasmáticos se correlacionan con los efectos estimulantes, pero no con los efectos sedativos, que se pueden prolongar más allá de lo esperable ⁶⁷. El inicio de los efectos se da tras 15-30 minutos de la ingesta y pueden durar hasta 6 horas dependiendo de la dosis y la idiosincrasia del consumidor. La curva dosis-efecto es escarpada, lo que indica que dosis bajas pueden producir incrementos desproporcionados en los efectos conductuales y la toxicidad ⁷⁹.

La complicación más habitual del GBH es la sobredosis

No obstante, la dosis ingerida de GHB no es fácil de correlacionar con sus niveles plasmáticos en sangre, considerando que una concentración en plasma de ~100 mg/L produce euforia y desinhibición, mientras que 500 mg/L pueden causar la muerte por depresión cardiorrespiratoria ⁸⁰. Se puede observar los efectos producidos en función de la dosis en la siguiente tabla:

Tabla 4. Efectos en función de la dosis de GHB vía oral

DOSIS ORALES DE GHB	
Tratamiento de abstinencia al alcohol	0.15 g (cada 8 horas)
Efecto Leve	0.5-1.5 g
Dosis habitual	1-2.5 g
Efecto intenso	2-4.0 g
Puede inducir sueño profundo	3-5 g
Sobredosis	5-10 g
Riesgo de muerte	10 g

Fuente: adaptado a partir de Erowid.org ⁸¹

Efectos esperados

Cuando se utilizan dosis bajas, presenta un efecto euforizante, desinhibidor, ansiolítico y se intensifica el deseo sexual. Asimismo, las percepciones visuales o táctiles se alteran, con lo que se han descrito orgasmos más intensos y una interacción más sensual con la pareja sexual. Al aumentar las dosis predomina la somnolencia y la pérdida de control motor ⁸².

Complicaciones

La complicación más habitual del GBH es la sobredosis. A medida que la sustancia se acumula y también la intoxicación por otras sustancias se agrega, es más difícil controlar dosis/tiempo, lo que produce en muchas ocasiones estados de intoxicación con pérdida de conciencia (en el argot de los usuarios: *doblar, chungo*, en inglés *G-hole*) que pueden llegar a incluir pérdida del control motor, convulsiones, vómitos con riesgo de broncoaspiración, hipotensión, bradicardia, hipotermia y coma ⁸². La alta frecuencia de sobredosis está en relación al estrecho margen entre dosis deseada y dosis letal, con escaso margen de control, sobre todo al mezclarse con otras sustancias depresoras, principalmente alcohol.

Las sobredosis por GHB en contexto de chemsex en muchas ocasiones son percibidas por el entorno como algo habitual y normalizado, generando una situación de extrema vulnerabilidad en los usuarios intoxicados. Ésta se relaciona con el riesgo de presentar vómitos, broncoaspiración, depresión respiratoria y muerte, así como sufrir abusos sexuales por otros participantes de la *sesión*. De hecho, se ha detectado un incremento de muertes por sobredosis de GHB mayor del 100% de 2014 a 2015 en Londres, en relación con el chemsex ⁸³. Por otro lado, es difícil saber si se ha consumido GHB o GBL, dado que no se detectan habitualmente en los test de detección de drogas en orina. El uso de GBL para preparar GHB tiene el riesgo de provocar erosiones en el aparato digestivo al ser combinado con hidróxido de sodio para su preparación ⁶⁷.

El GHB tiene un alto potencial adictivo. En casos de consumo crónico y cese brusco de este se puede producir un síndrome de abstinencia grave que puede asociar taquicardia, insomnio, inquietud psicomotriz, temblores, mioclonías, convulsiones, alucinaciones visuales y delirios, de forma similar al delirium tremens, por lo que se considera una emergencia cuyo tratamiento requiere en muchas ocasiones ingreso en UCI ⁸⁴. De forma aguda, es frecuente la asistencia en el servicio de urgencias a usuarios de GHB en estado de coma por causa desconocida, que requiere asistencia en UCI y con recuperación espontánea tras unas horas, solicitando alta voluntaria sin haber podido ser valorados por psiquiatría.

2.3. Metanfetamina

La metanfetamina o desoxiefedrina es una N, α -dimetilfenetilamina que pertenece a la familia de las fenetilaminas. Se trata de un potente estimulante sintético derivado de la anfetamina. Según el último informe de la Oficina contra la Droga y el Delito de la ONU, la metanfetamina es una de las drogas más consumidas en el mundo ⁸⁵.

Imagen 6. Metanfetamina



Fuente: Energy Control/Chem-Safe (ABD) 67

Mecanismo de acción

La metanfetamina actúa liberando noradrenalina y dopamina y en menor medida serotonina y también puede revertir la acción de los transportadores, lo que facilita la salida de los neurotransmisores hacia el espacio intersináptico. De esta forma, desplaza neurotransmisores recién sintetizados en los almacenes vesiculares. Además, incrementa la liberación de noradrenalina y dopamina sintetizadas *de novo*. Su potencial adictivo se fundamenta en la capacidad que tiene de modular la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y de esta manera influir en los procesos de refuerzo y recompensa cerebrales. También inhibe a la enzima monoamino oxidasa (MAO) que es la responsable del metabolismo de los neurotransmisores ⁸⁶. La inhibición de los transportadores de noradrenalina y dopamina evitan la recaptación y aumentan la presencia de estos neurotransmisores en el espacio intersináptico ⁸⁷.

Su metilación la hace más potente que otro tipo de anfetaminas, ya que permite que sea muy lipofílica y que traspase con mayor facilidad la barrera hematoencefálica, lo que hace que sus efectos sean más rápidos, más intensos y que tengan una larga duración ⁸².

La metilación de la metanfetamina la hace más potente que otro tipo de anfetaminas, ya que permite que sea muy lipofílica y que traspase con mayor facilidad la barrera hematoencefálica

Los efectos de la metanfetamina son más rápidos, más intensos y de más larga duración, que el de otros tipos de anfetaminas

Formas de presentación

Habitualmente se presenta como cristales transparentes y en polvo y en comprimidos utilizadas primordialmente en el sudeste asiático ⁸⁵.

Vías de consumo

Existen diferentes vías de consumo: fumada con pipas de cristal, oral en comprimidos o cápsulas, en papel de liar (*parachuting*), esnifada, intravenosa (*slam, slamming*), intrarectal con una jeringa (*booty bumping*) o en cápsulas diluida en agua (*plugging*).

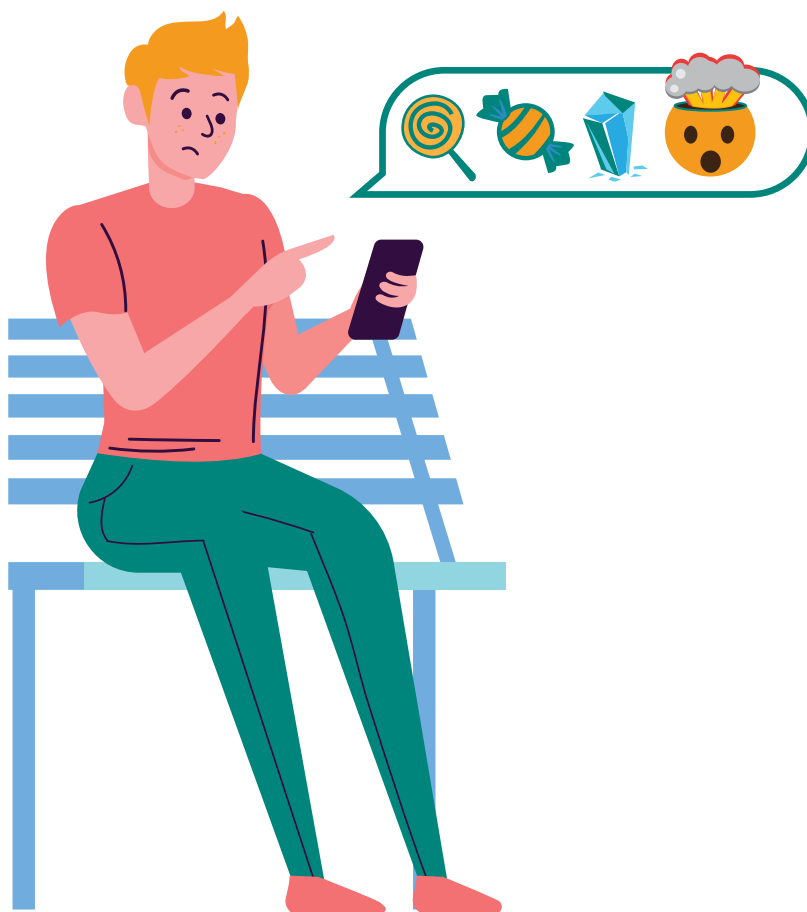


Tabla 5. Efectos de metanfetamina según vía de administración

DOSIS DE METANFETAMINA ORAL	
Umbral	5 mg
Estimulación leve	5 - 15 mg
Dosis habitual	10 - 30 mg
Efecto Intenso (excitación leve)	20 - 60 mg
Efecto muy intenso (o por tolerancia)	40 - 150 mg
Inicio de efecto	20 - 70 minutos (depende de contenido gástrico)
Duración	3 - 5 horas
Bajada	2 - 6 horas
Efectos posteriores al consumo	Hasta 24 horas
DOSIS DE METANFETAMINA ESNIFADA	
Umbral	5 mg
Estimulación leve	5 - 15 mg
Dosis habitual	10 - 40 mg
Efecto Intenso (excitación leve)	30 - 60 mg
Efecto muy intenso	50 + mg
Inicio de efecto	5 - 10 minutos
Duración	2 - 4 horas
Bajada	2 - 6 horas
Efectos posteriores al consumo	Hasta 24 horas
DOSIS DE METANFETAMINA FUMADA	
Umbral	5 - 10 mg
Estimulación leve	10 - 20 mg
Dosis habitual	10 - 40 mg
Efecto Intenso (excitación leve)	30 - 60 mg
Efecto muy intenso (excitación total)	50 + mg
Inicio de efecto	0 - 2 minutos
Duración	1 - 3 horas
Bajada	2 - 4 horas
Efectos posteriores al consumo	Hasta 24 horas
DOSIS DE METANFETAMINA INTRAVENOSA	
Umbral	5 mg
Estimulación leve	5 - 10 mg
Dosis habitual estimulante	10 - 40 mg
Efecto Intenso (excitación total)	30 - 60 mg
Efecto muy intenso (excitación y euforia intensas)	50 - 100 mg
Inicio de efecto	0 - 2 minutos
Duración	4 - 8 horas
Bajada	2 - 4 horas
Efectos posteriores al consumo	Hasta 24 horas

Fuente: adaptado a partir de Erowid.org ⁸⁸

Efectos esperados

Los efectos más destacados de la metanfetamina son la sensación de bienestar y excitación prolongada, y el incremento de autoconfianza. Asimismo, provoca euforia, incremento de alerta, energía y atención focalizada, con disminución de necesidad de sueño y del apetito. También produce un efecto de aumento del deseo sexual y pérdida de inhibiciones, lo que fomenta la búsqueda de placer y puede facilitar la realización de ciertas prácticas sexuales (*fisting*, sexo en grupo) aumentando el riesgo de adquirir ITS o infecciones virales como el VIH o VHC ⁸⁹. Puede retrasar la eyaculación, con lo que permite encuentros sexuales de larga duración. De forma paradójica, también puede afectar el funcionamiento sexual provocando dificultades en la erección, por lo que su combinación con fármacos para la disfunción eréctil es frecuente ⁹⁰.

Complicaciones

Se han descrito diversas complicaciones físicas derivadas del síndrome adrenérgico que puede producir tales como hipertensión, arritmias, infarto del miocardio, eventos cerebrovasculares, entre otros. Su consumo fumado en pipa puede producir bronquitis e hipertensión pulmonar. Se han descrito complicaciones bucales características como xerostomía y caída de dientes conocida como *meth mouth* ⁸⁷.

La metanfetamina en dosis altas puede provocar disforia, ansiedad, inquietud, así como temblores generalizados y discinesias. Se han descrito comportamientos compulsivos como rascado y organización de objetos ⁹¹. Asimismo, produce insomnio, alucinaciones y delirios paranoides, de forma muy frecuente cuando su uso es intravenoso ⁹¹. Los síntomas psicóticos suelen remitir tras la abstinencia mantenida; no obstante, se ha descrito la persistencia de psicosis incluso tras 6 meses de abstinencia ⁹².

El potencial adictivo de esta sustancia ha sido ampliamente descrito, con intenso *craving* y tendencia al uso compulsivo. Produce un síndrome de abstinencia muy desagradable, siendo uno de los efectos secundarios más temidos por los usuarios ⁸². Los síntomas son diversos, como irritabilidad, inquietud, ansiedad, depresión, sintomatología psicótica, entre otros.

El uso crónico de esta sustancia también puede provocar ansiedad, inquietud, insomnio, sentimientos de grandiosidad, ideación paranoide u otro tipo de psicosis, alucinaciones (visuales, táctiles de parasitosis), depresión, conductas agresivas o violentas, irritabilidad, agitación psicomotriz, entre otros. Por último, ha sido ampliamente descrita la neurotoxicidad de la metanfetamina en su uso crónico, con diversas alteraciones observadas en estudios de neuroimagen funcional, como alteraciones en la vía dopaminérgica, con depleción de dopamina en ganglios basales o alteraciones en los sistemas serotoninérgicos, así como alteraciones en la morfología cerebral de usuarios crónicos, como pérdida de sustancia gris, reducción en el volumen hipocampal e hipertrofia en sustancia blanca cerebral. Estas observaciones se han correlacionado con alteraciones neuropsicológicas, como afectación en las esferas cognitivas y en funciones ejecutivas ⁸⁷.

2.4. Ketamina

La ketamina es anestésico disociativo derivado de la fenciclidina (PCP). Su uso recreativo se popularizó a mediados de los años 90, en relación con la cultura *rave* y la cultura de club, por lo que se considera una de las pioneras del fenómeno de las Nuevas Drogas Psicoactivas (NDP). El uso lúdico de ketamina se ha asociado con diferentes subculturas ⁹³, estilos de vida y ocupaciones diversas, que incluyen *clubbers*, psiconautas, y hombres GBHSH. También se ha asociado conductas sexuales de riesgo en GBHSH ⁹⁴.

Imagen 7. Ketamina



Imagen 8. Ketamina



Mecanismo de acción

La ketamina es una arilciclohexamina que se presenta como una mezcla de dos enantiómeros: R-ketamina y S-ketamina, teniendo la segunda el doble de potencia como analgésico e hipnótico. A diferencia de otros anestésicos que suprimen el sistema reticular activador, la ketamina induce una disociación funcional y electrofisiológica entre sistema tálamo-cortical y sistema límbico ⁹⁵. Su efecto principal es como antagonista no competitivo del receptor glutamatérgico NMDA, favoreciendo el efecto anestésico o disociativo al inhibir la excitabilidad neuronal. De forma más débil, actúa como agonista en los receptores δ y μ opioides e inhibe la enzima NO-sintasa, lo que contribuye a su efecto analgésico. También inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina ⁹⁶. Algunos estudios hipotetizan que puede producir una inhibición sináptica por GABA mientras que otros estudios han evidenciado un efecto antiinflamatorio por disminución de biosíntesis de TNF- α e IL-6 ⁹⁷. Parece que su efecto psicoticomimético se produce por aumento de glutamato libre que a su vez se une intensamente a receptores AMPA en la corteza prefrontal, lo que induce a un estado hiperdopaminérgico. Asimismo, actúa directamente en los receptores D₂ y 5-HT_{2A}, lo que se relaciona con sus efectos alucinatorios y alteración de la percepción ⁸².

Formas de presentación

La ketamina se presenta en forma líquida. Para su consumo se deshidrata y se vende para uso lúdico en forma de polvo o microcristales.

Vías de consumo

Se puede consumir vía oral, intranasal, intrapulmonar, intravenosa, subcutánea, intramuscular, intratecal e intrarectal ⁹⁸.

La dosis psicoactiva media intranasal oscila entre los 25 y los 400 mg (una quinta parte de la dosis anestésica). El inicio de acción varía según la vía de consumo, siendo 20 minutos para la vía oral y 2 minutos para la intramuscular. Los efectos agudos llegan a las 2-3 horas de la administración.

Efectos esperados

A dosis bajas predominan efectos estimulantes y desinhibidores, con incremento del deseo sexual. Se produce euforia, sensación de embriaguez y alteraciones de la percepción corporal a medida que las dosis se incrementan. En dosis altas se produce un efecto psicodélico, con alteraciones en la percepción temporal y espacial, así como modificaciones en la consistencia y límites del propio cuerpo. Pueden aparecer alucinaciones, sentimientos de fusión con el infinito, disociación mente-cuerpo, sensaciones de levitación, autoscopia e incluso experiencias cercanas a la muerte. Estas experiencias se conocen por los usuarios como “K-hole”, al desapegarse por completo de la realidad y presentar experiencias trascendentales ⁹⁶. Debido a su efecto anestésico puede facilitar prácticas sexuales que impliquen dolor, como la penetración anal, el *fisting* u otros ⁹⁷.

Complicaciones

Durante la intoxicación por ketamina pueden presentarse sensación de mareo, náuseas, vómitos, cefalea, confusión y desorientación. Otros síntomas físicos que se pueden presentar en la intoxicación aguda son taquicardia, hipertensión, midriasis y broncodilatación, por el estímulo simpaticomimético. Más raros son fasciculaciones, hiperreflexia, espasmos y convulsiones. El riesgo de caídas es alto, debido a la pérdida de coordinación motora y ataxia. En dosis altas se puede llegar a un estado en el que no sea posible moverse o comunicarse.

El consumo crónico de ketamina se ha asociado con la aparición de daño hepático de tipo colestásico y fibrosis hepática ⁹⁹. Es frecuente la cistopatía con incremento de frecuencia miccional, así como daño a nivel renal y uretral ¹⁰⁰.

En casos de consumo crónico pueden aparecer alteraciones neuropsicológicas como déficits en fluencia y aprendizaje verbal, memoria episódica, capacidad atencional y en la velocidad de procesamiento.

Asimismo, puede existir sintomatología adictiva con el consumo crónico de ketamina, como tolerancia y consumo compulsivo, con importante *craving*. Por otro lado, la suspensión brusca genera síndrome de abstinencia con ansiedad, temblor, sudoración y palpitations. En la esfera psíquica, se han descrito síntomas esquizotípicos y distorsiones perceptivas tras el abandono del consumo, aunque no se ha demostrado una relación con trastornos psicóticos crónicos ^{82,98}.

2.5. Poppers

Se conocen como *poppers* a los nitritos de alquilo y sus variaciones (butilo, exilo, isopropilo, etc.). Estos son ésteres de ácido nitroso que se presentan en forma de un líquido altamente volátil a temperatura ambiente y de olor afrutado ¹⁰¹.

Imagen 9. Poppers



Mecanismo de acción

No existen muchos datos acerca de la intoxicación por *poppers*. Se postula que los nitritos liberan óxido nítrico, que es un vasodilatador potente y este a su vez activa la guanilatociclasa y las vías de las kinasas cGMP-dependientes, todo lo cual produce una potente vasodilatación generalizada, que conlleva sensaciones placenteras de calor y relajación, así como facilitación sexual porque permite potenciar las erecciones y fomenta la relajación del esfínter anal ¹⁰¹. No hay evidencia robusta de que los nitritos tengan un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC). Quizás la hipoxia derivada de la producción de metahemoglobina pueda estar vinculada a un posible efecto psicoactivo ¹⁰².

Formas de presentación

Suelen venderse en pequeños envases de colores, de volúmenes distintos, (10 a 24ml).

Vías de consumo

Su utilización habitual es mediante la inhalación de los vapores emanados directamente desde el frasco. La intoxicación aparece al cabo de unos segundos y se mantiene por 1-2 minutos hasta disiparse ¹⁰³.

Efectos esperados

Los *poppers* provocan un estado súbito de euforia acompañado de calor generalizado conocido como “subidón”. Se incrementa la capacidad de socialización y empatía, así como disipación breve de la orientación espaciotemporal. En el ámbito sexual los efectos son de incremento del deseo y la excitación, con sensación subjetiva de mayor rendimiento y potencia del acto sexual, con aumento de las sensaciones táctiles y en particular sexuales. Gracias a la relajación del músculo liso, facilita la penetración anal ¹⁰⁴. Asimismo, se ha descrito una intensificación y prolongación del orgasmo ¹⁰⁵.

Complicaciones

Los efectos secundarios más frecuentes son cefalea, dificultades respiratorias, hipotensión, ataxia, disartria o irritación de las vías aéreas. Las complicaciones más graves son la toxicidad retiniana con pérdida de visión, que suelen revertir paulatinamente al discontinuar su uso, aunque se ha descrito algún caso de pérdida de visión irreversible ¹⁰⁶. Se han descrito también complicaciones hematológicas, principalmente por la conversión de hemoglobina a metahemoglobina, lo que puede dar lugar a hipoxia y a anemia hemolítica descrita en la intoxicación oral accidental.

No se ha descrito una clara dependencia a los nitritos, pero sí se ha observado el fenómeno de tolerancia y *craving*, en su consumo en contexto sexual. El uso concomitante de *poppers* y fármacos para la disfunción eréctil puede ser peligroso por sus efectos sinérgicos, con un descenso importante de la tensión arterial, lo que puede provocar síncope o complicaciones neurovasculares ⁸².

2.6. Cocaína

La cocaína es la droga estimulante más consumida en Europa ⁸⁵, por lo que su amplia disponibilidad ha hecho que sea una de las sustancias utilizadas en el chemsex. Tiene efectos estimulantes a nivel del sistema nervioso central con propiedades anestésicas a nivel periférico.

Imagen 10. Cocaína



Mecanismo de acción

La cocaína inhibe la función del transportador de dopamina, aumentando la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica facilitando la transmisión dopaminérgica, en directa relación con el efecto clínico de euforia.

Formas de presentación

La cocaína se suele presentar en polvo blanco para esnifar, en piedras en caso de consumo fumado y también diluida para su uso endovenoso.

Vías de consumo

Las vías más habituales de consumo de la cocaína son la esnifada y la fumada, aunque también puede consumirse vía oral o intravenosa. La farmacocinética de la cocaína depende de la vía utilizada para su consumo. Cuando la cocaína es esnifada, los efectos aparecen a los pocos minutos, con una duración cercana a una hora.

Efectos Esperados

La cocaína actúa como una amina simpaticomimética en el sistema nervioso, produciendo vasoconstricción, taquicardia, hipertensión, midriasis, temblor, sudoración, enrojecimiento dérmico, dificultades urinarias, incremento de la temperatura corporal y un estímulo potente sobre el sistema nervioso central. Entre los efectos psicológicos

destacan la euforia, el incremento de la energía en un estado de alerta, una intensificación de las sensaciones corporales, la mejoría de la autoestima, un aumento de la psicomotricidad, una reducción de las necesidades de sueño o la anorexia, entre otros ¹⁰⁷.

Complicaciones

Las principales complicaciones médicas relacionadas con el consumo de cocaína se derivan de su efecto vasoconstrictor periférico y están relacionadas con accidentes isquémicos. El efecto de la sustancia sobre el circuito de recompensa del sistema nervioso central es responsable de la dependencia, dentro de la cual cabe destacar el *craving* como un poderoso deseo de consumo y el *priming* como un apremio de redosificar de forma repetida ¹⁰⁷.

El trastorno por consumo de cocaína se ha asociado a una mayor prevalencia de trastornos afectivos (de ansiedad o depresivos), trastornos psicóticos y alteraciones de conducta en general, así como un mayor riesgo de padecer otro trastorno por uso de una sustancia diferente ¹⁰⁷.

2.7. MDMA

La MDMA es un derivado anfetamínico, que tiene similitudes estructurales con la anfetamina y la mescalina. Su difusión para uso lúdico se expandió a partir de la década de 1980s, ligado a la cultura rave, a la música electrónica y a la escena del ambiente gay ².

Mecanismo de acción

De forma aguda, la MDMA invierte el flujo de los transportadores de serotonina y noradrenalina, incrementando la disponibilidad de ambos en el espacio intersináptico. Asimismo, inhibe la monoaminoxidasa y bloquea los receptores 5-HT_{2A}, 5-HT_{2B}, 5-HT_{2C}, α -2-adrenérgicos y muscarínicos. También incrementa la liberación de oxitocina y vasopresina ¹⁰⁸.

Formas de presentación

La MDMA habitualmente se consume en forma de pastillas, en comprimidos o en microcristales.

Vías de consumo

Las vías más habituales de consumo de la MDMA son la esnifada y la vía oral.

Efectos Esperados

El efecto primordial de la MDMA es de aumentar la sensación de empatía y acercamiento con los demás, además de euforia, incremento de energía y enriquecimiento de las percepciones sensoriales (visuales, táctiles, auditivas). Asimismo, incrementa la percepción de sensualidad.

Complicaciones

Efectos secundarios leves suelen ser el bruxismo, náuseas, vómitos, nistagmo, insomnio e hiporexia. A corto plazo, complicaciones graves pueden darse debido a la deshidratación e hipertermia. Otras complicaciones sistémicas pueden ser hipertensión arterial, shock cardiovascular, insuficiencia renal aguda, convulsiones, espasticidad muscular, entre otras.

A nivel psicológico, el efecto de la intoxicación puede provocar ansiedad e inquietud, alucinaciones y síntomas psicóticos que suelen ser transitorios. Tras el consumo se describen síntomas de “resaca”: abatimiento, clinofilia, cansancio, pensamientos negativos, labilidad y angustia. Asimismo, puede darse un patrón de abuso en el consumo de esta sustancia, así como fenómeno de tolerancia. Su uso crónico ha evidenciado ser neurotóxico ¹⁰⁸.

2.8. Otras sustancias y fármacos utilizados en contexto de chemsex

En último lugar, se han descrito el uso de cloruro de etilo y de 2CB en contexto de chemsex. Se trata de un uso más marginal que el de las drogas hasta ahora descritas.

Cloruro de etilo

Se trata de un medicamento anestésico de aplicación local en forma de spray que se aplica sobre lesiones musculares y disminuye el dolor al bajar la temperatura de la zona.

En chemsex, este spray se aplica en pañuelos o en la ropa para ser inhalado, lo que produce un efecto rápido de excitación sexual, incremento en la duración del orgasmo y euforia. Sus efectos se asemejan al efecto de los *poppers*. La duración del efecto es de aproximadamente minuto y medio. Se han descrito diversas complicaciones con su uso inhalado, como náuseas, vómitos, somnolencia, dificultad para hablar, apatía, agresividad, uso compulsivo y encefalopatía ¹⁰⁹ y muerte por asfixia.

Imagen 11. Cloruro de etilo



Fuente: Energy Control/Chem-Safe (ABD) 67

2-CB

El 2-CB pertenece a un grupo de fenetilaminas de efecto psicodélico. En los años 80-90s se utilizaba ampliamente en España sustituyendo al MDMA y se conocía como *nexus*. En los últimos dos años la prensa se ha hecho eco de esta sustancia como “novedosa”, llamándola *tucibi* o *cocaína rosa*. Se encuentra en forma de polvo, cápsulas o tabletas. Sus efectos se sitúan entre lo estimulante y psicodélico, predominando las alteraciones de la sensorialidad, sensaciones de euforia, incremento en la sociabilidad y locuacidad. Hay escasos datos sobre complicaciones que puede producir, como estados psicóticos o encefalopatía.

Inhibidores de la 5-FDE

Es importante destacar que muchas de las drogas anteriormente descritas se combinan con el uso de inhibidores de la fosfodiesterasa 5. Algunas de las sustancias psicoactivas descritas pueden producir dificultades en la erección tanto en contexto de uso agudo como crónico. Para limitar este efecto de las diferentes drogas, se ha descrito el uso de sildenafil (Viagra®), vardenafilo (Levitra®) y tadalafilo (Cialis®). Se trata de sustancias que inhiben la enzima fosfodiesterasa tipo 5, facilitando la erección.

2.9. Potenciales interacciones entre las drogas y fármacos

Finalmente, es importante tener en cuenta la posibilidad de que se presenten interacciones entre las drogas consumidas y ciertos tratamientos farmacológicos, como ocurre con algunos fármacos antirretrovirales.



Imagen 12. Viagra®



La tabla siguiente describe las potenciales interacciones entre drogas y fármacos.

Tabla 6. Potenciales interacciones entre drogas y fármacos

Droga/Fármaco	Droga/Fármaco	Interacciones	Riesgos
Sildenafil, Valdernafile	<i>Poppers</i>	Potente efecto vasodilatador	Hipotensión grave
GHB	Alcohol, benzodiacepinas	Incremento intoxicación GHB, acumulación de GHB	Alteración de sistema nervioso central, depresión respiratoria, coma
Metanfetamina	Mefedrona	Hiperactivación del sistema simpático	Hipertensión, taquicardia, hipertermia, deshidratación, eventos cardiovasculares, psicosis, agitación
ANTIRRETROVIRALES Principalmente: Ritonavir/Cobicistat	Ketamina, sildenafilo	Inhibición de CYP2D6	Incremento de niveles de ketamina, sildenafilo en el organismo
ANTIRRETROVIRALES Principalmente: Ritonavir/Cobicistat	GHB, mefedrona, metanfetamina, MDMA	Inhibición de CYP3A4	Incremento de niveles de GHB, mefedrona, metanfetamina, MDMA en el organismo

Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad ²⁶ (en dicho documento se adaptó a partir de Moltó L ¹¹⁰)



3



3. FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA SALUD MENTAL DE LOS HOMBRES GBHSH

3.1. Modelos teóricos para entender la práctica del chemsex

Como ya hemos visto anteriormente, los hombres GBHSH presentan mayor prevalencia de trastornos mentales, uso de sustancias, trastornos por consumo de sustancias y de infección por VIH y otras ITS, en comparación con población general ¹¹¹⁻¹¹³. No existen demasiados estudios que analicen las motivaciones específicas para el uso de drogas por los GBHSH ¹¹⁴, aunque en los últimos años se han hecho grandes esfuerzos por desarrollar investigaciones y marcos teóricos que nos permitan entender la aparición emergente del chemsex ^{6,115,116}.

Las prácticas de chemsex pueden afectar a diferentes facetas de la salud

Se han propuesto diferentes modelos teóricos que tratan de explorar las razones por las que los hombres GBHSH presentan determinadas vulnerabilidades de salud. Algunas de estas referencias permiten también contextualizar los motivos por los que una parte de estos hombres llegan a desarrollar y mantener usos problemáticos de chemsex. Estos marcos serán herramientas muy valiosas a la hora de implementar estrategias de prevención y planificar las intervenciones en salud mental para que estas sean lo más eficaces posibles.

3.1.1. Modelo ecológico

El modelo ecológico integra la influencia de factores estructurales, sociales, comunitarios, interpersonales e individuales. Percy Fernández Dávila plantea partir del modelo ecológico (ya propuesto por otros autores previamente para entender la epidemia del VIH ¹¹⁷ y adaptarlo al fenómeno del chemsex ⁶. Tal y como explica el autor ⁶, para poder entender las conductas individuales es preciso atender a algunos de los factores contextuales tanto a nivel estructural (como pueden ser la situación de crisis económica, social) y comunitario (que incorporan las actitudes y valores en la comunidad gay hacia el uso de drogas y la sexualidad) y otros factores grupales o individuales (como puede ser el efecto de los pares en el consumo de drogas) hasta las motivaciones individuales (como pueden ser la presencia de trastornos mentales o trastornos por consumo de sustancias).

3.1.2. Teoría del estrés de minoría

Ilan H. Meyer es el autor que desarrolló el modelo de la teoría del estrés de minoría aplicada a la población LGBTQ+ ¹¹⁸. De acuerdo con sus planteamientos, los hombres gais y bisexuales, como parte una minoría sexual, presentan mayor riesgo de experimentar algunos elementos estresantes en mayor medida que la población heterosexual. Clasifica estos factores estresantes en dos tipos, distales y proximales ¹¹⁸:

Factores distales de estrés

Se trata de factores estructurales objetivos tales como la homofobia, la violencia, discriminación o el abuso sexual. Meyer considera que estos factores tienen un efecto negativo en la salud mental de la población LGBTQ+ y que las estrategias de afrontamiento tanto a nivel individual como a nivel grupal pueden regular dicho efecto. Señala que se debe tener en cuenta que los hombres GBHSH están expuestos a homofobia estructural a lo largo del ciclo vital, algo que puede ser considerado una fuente de estrés crónico ¹¹⁹. En la adolescencia y primeros años de juventud se produce un mayor riesgo de quedar sin hogar o de suicidio, aumentando durante la vejez el riesgo de aislamiento social y la escasez de acceso a recursos con adecuadas competencias culturales para el abordaje de la salud de las personas LGBTQ+ ¹²⁰.

La homofobia es un importante factor distal de estrés y está en la base de otros como la violencia o la discriminación. Ha sido descrita como la “hostilidad general, psicológica y social respecto a aquellos y aquellas de quienes se supone que desean a individuos de su propio sexo o tienen prácticas sexuales con ellos” ¹²¹.

Estas formas de discriminación se pueden manifestar tanto en forma de acoso o *bullying* en entornos de escolarización como escuelas, institutos y universidades ¹²², como en el puesto de trabajo ¹¹⁸ y durante la tercera edad ¹²³. Tal y como ocurre con otros fenómenos de estigma como la serofobia o el estigma relacionado con problemas de salud mental, sufrir estas formas de violencia o discriminación hace que las personas estigmatizadas anticipen que van a sufrir rechazo por parte de la cultura dominante. Para poder evitar dicha violencia, se pueden producir fenómenos de autovigilancia del comportamiento, pudiendo constituir la base del desarrollo de fenómenos de evitación e hipervigilancia e incluso un trastorno de estrés postraumático. Esta anticipación del rechazo puede dificultar el acceso al sistema de salud, el retraso en la búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental, o a la hora de revelar la orientación sexual o conductas de riesgo ante los profesionales de salud.

Algunos estudios señalan como la expresión de género que no sigue los patrones de la masculinidad hegemónica y el acoso en la infancia en población LGBTQ+ correlaciona con alto riesgo de ideación suicida a lo largo de la vida ¹²⁴. Otras investigaciones apuntan, además, que estas diferencias en prevalencias en salud mental en comparación con la población heterosexual se han mantenido pese la mayor tolerancia y políticas de protección en los últimos años hacia las personas LGBTQ+ ¹²⁵.

Tal y como ocurre en la población general, existen estudios realizados con hombres GBHSH que destacan la importancia de los abusos sexuales en la infancia como factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología a lo largo de la vida. En el metaanálisis realizado por Lloyd y Operario destacan la importancia de las intervenciones para evaluar e intervenir en caso de abuso sexual en la infancia, ya que concluyen que los hombres gays que habían tenido historia de abuso sexual tenían alto riesgo de tener infección por VIH, relaciones sexuales con riesgo para ITS, así como mayor uso de drogas psicoactivas, y relaciones sexuales mantenidas bajo los efectos del alcohol y otras drogas ¹²⁶.

Factores proximales de estrés

Se trata de factores subjetivos de estrés, que están en mayor medida influenciados por los significados personales o sociales que puede darle cada persona o un determinado colectivo. Dentro de estos factores proximales se encuentran la homofobia interiorizada o la anticipación del rechazo.

La homofobia interiorizada se ha definido como “los sentimientos negativos en relación con la propia orientación sexual resultado de la interiorización de los prejuicios y el estigma relacionado con la orientación sexual” (Weng G y Zheng L ¹²⁷, pág. 2). Ésta se ha vinculado con actitudes despreciativas hacia sí mismo, baja autoestima y dificultades para lograr un autoconcepto positivo ¹²⁵. Recientes investigaciones han señalado la correlación de la homofobia interiorizada con mayor compulsividad sexual ¹²⁸, mayor riesgo de relaciones sexuales no protegidas y conductas sexuales en estado de intoxicación por drogas psicoactivas ¹²⁹. También se ha asociado con diferentes trastornos mentales como trastornos depresivos ¹³⁰, ansiedad ¹²⁵ y una peor calidad de vida ¹²⁷.

Jaspal señala varias razones que pueden permitirnos entender la relación entre la homofobia interiorizada y la salud de los hombres GBHSH.



Tabla 7. Homofobia interiorizada y salud en hombres GBHSH ¹¹⁵

La homofobia interiorizada puede dificultar el acceso a redes de apoyo psicosocial dentro de la propia comunidad homosexual así como menos facilidad en el acceso a servicios de salud sexual y al desarrollo de habilidades y conocimientos relativos a la salud sexual de los hombres gais.
La homofobia correlaciona con un pobre autoconcepto y baja autoestima, lo que puede facilitar el consumo de sustancias o las prácticas sexuales de riesgo para la infección por VIH y otras ITS.
La homofobia correlaciona con altos niveles de ansiedad, depresión, ideación suicida y conductas autolesivas.
La homofobia interiorizada dificulta el establecimiento de relaciones de pareja de mayor duración, las relaciones de intimidad, lo que puede favorecer el rechazo de relaciones eróticas que impliquen mayor grado de compromiso.

Fuente: elaborado a partir de Jaspal R ¹¹⁵

3.1.3. Teoría de la sindemia

La sindemia ha sido definida como la agregación de dos o más enfermedades o condiciones de salud en una población determinada en la que se produce una sinergia entre ellas, generándose una mayor carga de enfermedad que la suma de dichas enfermedades ¹³¹. Se trata de un término que busca ir más allá de las definiciones de comorbilidad médica y que se asocia con situaciones de desigualdad en materia de salud vinculadas con situaciones de violencia estructural o procesos de estigmatización en determinados colectivos ¹³¹.

El abordaje requiere coordinación entre los profesionales de las áreas implicadas (salud mental, adicciones, salud sexual...)

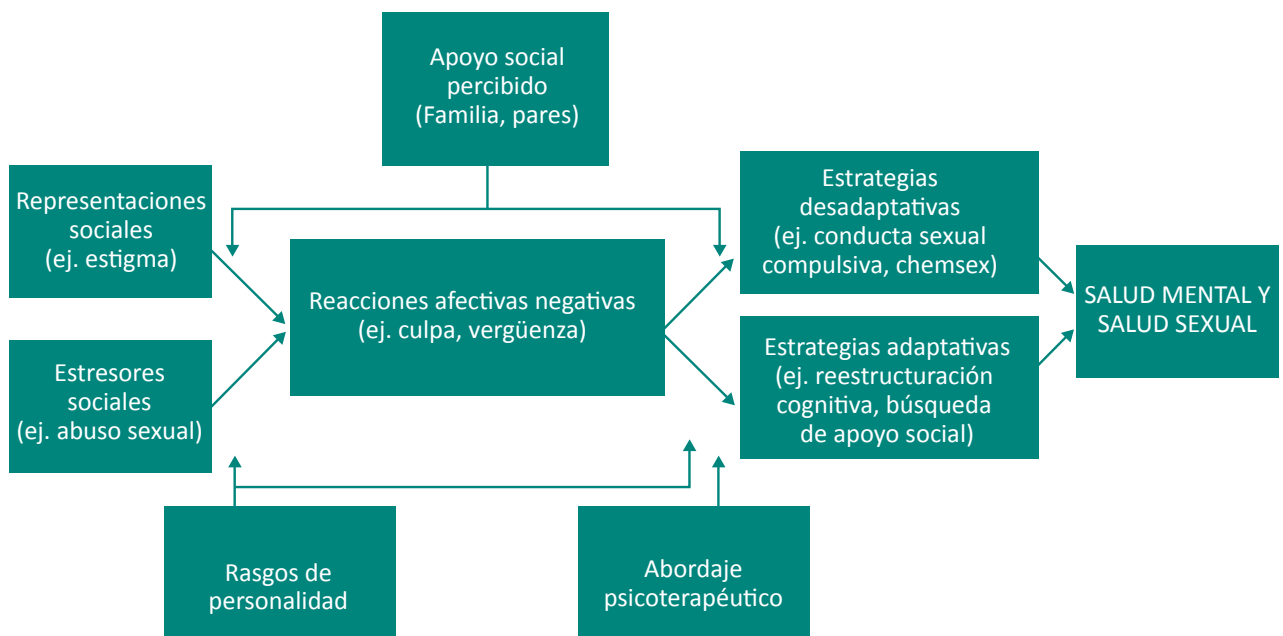
Autores como Halkitis han aplicado la teoría de la sindemia al fenómeno del chemsex ¹¹⁶. Desde esta teoría, los problemas de salud que sufren los hombres gais, el uso de drogas y la elevada prevalencia de VIH y otras ITS, constituyen epidemias que han de ser abordadas de una manera holística, pues se trata de procesos que se refuerzan unos a otros y existe una relación de sinergia entre ellos.

Halkitis postula que la mayor carga de enfermedad mental y uso de sustancias en los hombres GBHSH está relacionada con el estigma asociado al VIH y a la orientación sexual. Dado que las problemáticas relacionadas con las prácticas de chemsex pueden afectar a diferentes facetas de la salud, es necesario desarrollar modelos de abordaje que incluyan la coordinación entre profesionales de las diferentes áreas implicadas, tales como la salud mental, las adicciones y la salud sexual.

3.1.4. Modelo integrador de Jaspal

En la obra *Enhancing Sexual Health, Self identity and Wellbeing among Men Who have sex with Men*, Jaspal desarrolla un marco teórico que consideramos que puede ser de gran utilidad para los profesionales en salud mental que trabajan con usuarios que tienen prácticas de chemsex. Puede observarse una adaptación de dicho modelo en la figura inferior. Inspirándose en la teoría del estrés de minoría, señala las representaciones sociales sobre la homofobia y el estigma, y eventos traumáticos como el abuso sexual, como elementos que pueden tener un efecto negativo en la formación de la identidad y que pueden provocar estados de ánimo negativos que incluyen sintomatología depresiva, incluyendo ideas de culpa o vergüenza. Diferencia posteriormente algunas estrategias de afrontamiento positivas como puede ser la búsqueda de apoyo social, y otras estrategias de afrontamiento negativas como la compulsividad sexual, las relaciones sexuales no protegidas o las prácticas de chemsex.

Figura 1. Modelo integrador de Jaspal



Fuente: elaborado a partir de Jaspal R ¹¹⁵ (pág. 189)

Este marco teórico permite observar diferentes aspectos sobre los que se puede establecer el abordaje preventivo y terapéutico con los usuarios que tienen prácticas de chemsex. Así, será tan importante trabajar los aspectos relacionados con rasgos de personalidad y la sintomatología ansiosa, depresiva o compulsiva como desarrollar modelos de cooperación con otros profesionales para el adecuado desarrollo de redes de apoyo, búsqueda de ocio alternativo, etc. Además, a partir de este modelo se pueden adaptar las estrategias desde diferentes modelos de intervención psicoterapéutico, ya sean modelos de psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual, psicodinámico o desde la perspectiva del trauma. Consideramos asimismo que puede constituir una excelente herramienta para la formulación de los casos o la adaptación de intervenciones en habilidades sociales, prevención de recaídas y reducción de daños que tengan en cuenta aspectos relacionados con el género, la orientación sexual y las características culturales de la comunidad LGBTQ+ ⁵¹.

3.2. VIH, chemsex y estigma

Las personas con VIH pueden presentar diferentes tipos de estigma. Por un lado, pueden experimentar violencia, discriminación y marginalización; por otro lado, se ha observado anticipación del rechazo que van a recibir por el hecho de tener VIH, así como estigma interiorizado, que constituye la asunción de estereotipos y sentimientos negativos sobre sí mismo en relación con el seroestatus ¹³². El estigma por VIH se ha relacionado con mayor riesgo de padecer depresión, pobre autoconcepto, ansiedad, ideación suicida, menor acceso a redes de apoyo, y peor adherencia a la terapia antiretroviral ¹³³. Estudios que analizan el impacto del estigma por VIH en hombres gais, estiman que éste se relaciona con mayores prácticas de riesgo y menor seguimiento de controles periódicos para detectar ITS ¹³⁴.

A la hora de realizar el trabajo psicoterapéutico con los usuarios, es importante tener en cuenta el peso del estigma y la vivencia de este sentimiento de identidad de grupo entre consumidores. Estos vínculos pueden tener un papel en el inicio y mantenimiento del consumo.

3.3. Motivaciones para la práctica de chemsex

Bourne y Weatherburn señalan tres motivos principales para el uso de drogas en hombres GBHSH: la búsqueda de placer, la sensación de pertenencia a una comunidad, y el uso de drogas como estrategia de afrontamiento para lidiar con el malestar o con problemas de la vida cotidiana ¹¹⁴. Otros autores como Maxwell ⁵¹ señalan como motivaciones para la práctica de chemsex la búsqueda de desinhibición conductual, la sensación de aumento de energía y la relajación muscular. En relación con la experiencia sexual en particular destacan la intensificación de las sensaciones, el aumento de confianza en sí mismo y de la conciencia de las propias emociones y de los otros, así como la facilidad para las prácticas sexuales que impliquen la penetración anal receptiva.

Motivos principales para el uso de drogas en hombres GBHSH: búsqueda de placer, sensación de pertenencia a una comunidad, y estrategia para lidiar con el malestar o problemas (Bourne y Weatherburn)

En estudios realizados en España las motivaciones también fueron diversas, incluyendo varios motivos al mismo tiempo ³².

Tabla 8. Motivaciones para la práctica de chemsex

<p>Motivaciones relacionadas directamente con la sexualidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentar o intensificar el placer sexual -Buscar la desinhibición sexual. -Facilitar prácticas sexuales que pueden ser dolorosas (p.ej. <i>Fisting</i>) -Mantener relaciones sexuales durante más tiempo y mejorar la respuesta sexual. -Facilitar la sensación de intimidad emocional. -Mejorar la eficacia percibida para relacionarse con otros hombres en un contexto sexual. -Acceder a prácticas sexuales tales como sexo en grupo.
<p>Motivaciones no relacionadas directamente con la sexualidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima. - Como estrategia de evitación emocional de sentimientos negativos en relación con rupturas sentimentales recientes, duelos, etc. - Situación de soledad - No conectar con aspectos dolorosos o conflictos internos sin resolver - Entrar en contacto con otras personas para crear redes de apoyo.

Fuente: elaborado a partir de Fernández-Dávila P ³²

En el “*Informe sobre el chemsex en España*” se recogieron las siguientes motivaciones para practicar chemsex ⁴⁶:

- Incrementar el deseo de placer en las relaciones sexuales (77,4%).
- Obtener mayor resistencia física (43,4%).
- Sentir mayor confianza durante las relaciones sexuales (26,1%).
- Aliviar los sentimientos negativos (23,3%).
- Facilitar prácticas que de otro modo podrían resultar dolorosas (17,9%).
- Otro tipo de motivaciones (1,4%).



3.4. Factores de riesgo y de protección para la práctica de chemsex

A partir de su experiencia profesional y diferentes estudios que analizan factores de riesgo y vulnerabilidad, Raúl Soriano ha propuesto como hipótesis diferentes factores que podrían actuar como factores de riesgo y de protección para las prácticas de chemsex ¹⁸. En las siguientes tablas se presentan algunos de ellos, que además coinciden con la experiencia clínica de los autores de este capítulo:

Tabla 9. Posibles factores de riesgo para la práctica de chemsex

Haber mantenido ya previamente un uso problemático de drogas (aunque no se utilizaran con fines sexuales)
Haber mantenido previamente prácticas sexuales de alto riesgo de manera reiterada (aunque no se realizaran bajo efectos de drogas) habiendo recibido sucesivos diagnósticos de infecciones de transmisión sexual
Haber incorporado el sexo en grupo dentro de la dinámica sexual habitual
Practicar turismo sexual ^{43,135} incorporando el ocio sexual como motivación para seleccionar los destinos vacacionales (internacionales o nacionales), escogiendo aquellos que se identifican con una gran concentración de potenciales parejas sexuales de diferentes procedencias geográficas (incluye festivales gais, celebraciones del orgullo, o destinos populares entre el público gay).
Ser un usuario habitual de saunas y locales de sexo gay, locales en los que es posible que haya hombres que practican chemsex ¹³⁶ especialmente durante el fin de semana
Utilizar App de geolocalización habitualmente para buscar parejas sexuales ^{5,137} (ya que a través de las mismas pueden recibirse invitaciones para participar en <i>sesiones</i> de chemsex)
Disponer de una percepción del riesgo desajustada, no conocer con detalle los mecanismos de transmisión de la hepatitis C y otras ITS, desconocer los riesgos que implica el consumo de determinadas sustancias o el uso de la vía inyectada
Tener amigos, parejas sexuales etc. que ya practican chemsex (lo que puede llevar a percibir que el chemsex es algo habitual y que lo practican muchos contactos del entorno personal)
Presentar previamente problemas de salud mental, depresión o ansiedad (que pueden hacer que el uso de drogas adquiera otras implicaciones)
Recibir un diagnóstico reciente de VIH ⁴⁰ o recibir una mala noticia de impacto, como la ruptura con una pareja estable ⁴⁰ puede en algunas personas desencadenar comportamientos que les expongan a conductas que aumenten su vulnerabilidad.
Trasladarse a vivir a una gran ciudad o emigrar a otro país ⁴⁰ representa en ocasiones una situación de inestabilidad emocional. La carencia de redes personales de solidaridad primaria, limita las posibilidades de recibir ese tipo de apoyo en caso de verse envuelto en un consumo problemático

Fuente: elaborado a partir de Soriano R ¹⁸

Tabla 10. Posibles factores de protección para la práctica de chemsex

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

Fuente: elaborado a partir de Soriano R ¹⁸





4

4. TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN HOMBRES GBHSH

4.1. Epidemiología de los problemas de salud mental en hombres GBHSH que practican chemsex

Diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia de distintos trastornos mentales en la población LGBTQ+ en comparación con población general. De esta forma, los hombres GBHSH no son la excepción y presentan más trastornos mentales que los hombres heterosexuales ¹¹³. De manera reciente se han realizado metaanálisis donde se estima que el riesgo de intento de suicidio es el doble en la población LGBTQ+, siendo especialmente elevado en la población de hombres gays y bisexuales y el riesgo de padecer trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias es al menos 1,5 veces más alto en hombres GBHSH ¹¹³.

El riesgo de intento de suicidio es el doble en la población LGBTQ+, siendo especialmente elevado en la población de hombres gays y bisexuales

Entre muchos otros aspectos, la encuesta EMIS-2017 ya mencionada, evalúa los síntomas psicopatológicos presentados en las últimas dos semanas. Entre los participantes en España, un 18 % refirió síntomas moderados de ansiedad o depresión, y un 8% síntomas severos de ansiedad o depresión; un 21 % había tenido ideación suicida y un 6% había presentado ideas suicidas más de la mitad de los días.

También destaca entre los participantes de dicha muestra en España ¹⁵ que más del 50 % presentaba sintomatología de ansiedad o depresión y un 5,9% refería síntomas severos. Es importante señalar que un 21,4% de los participantes había presentado ideación suicida durante las dos últimas semanas (desde algunos días hasta casi todos los días), frente al 78,6% que no la había presentado. Los síntomas psicopatológicos descritos fueron más prevalentes en menores de 25 años, sin estudios superiores, desempleados y con dificultades económicas, sin pareja estable y con estado serológico en relación con el VIH desconocido. Se observó mayor ideación suicida en residentes de ciudades con menos de 100.000 habitantes.

4.2. Aspectos clínicos

Es importante aclarar que la práctica de chemsex en sí misma no es patológica, sino que es una manera de vivir la sexualidad en hombres GBHSH. Como se ha mencionado, el uso lúdico de drogas en la comunidad gay es habitual y su asociación con el sexo lo es cada vez más. No obstante, su práctica en personas vulnerables puede llegar con el tiempo a generar problemas de salud física y mental. Es en estos casos en los que consideramos que el chemsex ha pasado de ser lúdico a complicado o patológico. También debemos destacar que, dada la complejidad del fenómeno, habrá que abordarlo como un todo, ya que es difícil separar los posibles trastornos mentales, conductas adictivas derivadas del sexo o las Apps, posible trauma complejo, homofobia, soledad, etc.

En cuanto a la psicopatología, las personas que practican chemsex pueden verse afectadas por trastornos mentales en diversos momentos vitales: previamente al inicio de la práctica del chemsex, durante la práctica o por consecuencia de ésta. De esta forma, podríamos considerar los trastornos mentales previos a la práctica de chemsex como factores de vulnerabilidad ante los riesgos que el chemsex puede suponer. Por otro lado, se encuentran los síntomas o trastornos inducidos por sustancias de abuso o que se desarrollen asociados a trastornos adictivos.

Los principales trastornos psiquiátricos asociados al chemsex son: ansiedad, depresión, episodios psicóticos, conducta suicida y trastornos por consumo de sustancias, así como el trauma complejo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como vivencia transversal biográfica, que en muchos casos se solapa con el resto de la psicopatología.

4.3. Trauma, trauma complejo y disociación. Trastorno por estrés postraumático

Aunque prácticamente no existen datos publicados al respecto, al evaluar usuarios de chemsex en los últimos tres años en los servicios en los que trabajamos, hemos observado que de manera frecuente presentan diversos eventos traumáticos a lo largo de su biografía. En muchas ocasiones, éstos no han sido verbalizados hasta presentar un problema en relación con la práctica de chemsex, lo que nos ha hecho replantearnos las herramientas y el abordaje de usuarios que presentaban sintomatología asociada al trauma, disociación y uso de sustancias como “automedicación”.

Algunos trabajos realizados con población LGBTQ+ reflejan que el riesgo de presentar eventos relacionados con un TEPT supone un 9% en hombres y 20% en mujeres, en comparación con la población general, 4% hombres y 10% mujeres ¹³⁸. Asimismo, se ha asociado la alta prevalencia de uso de sustancias psicoactivas en GBHSH con eventos traumáticos en la infancia como factores causales, destacando la humillación crónica recurrente y el abuso sexual como eventos traumáticos particularmente nocivos ¹³⁹.

Tabla 11. Características de los eventos traumáticos desde un punto de vista psicológico

Amenaza o ataque que:

Ocurre de pronto, o fuera de toda norma (abusos continuados)
Excede la capacidad del individuo para poder manejar la amenaza o el ataque
Perturba los marcos de referencia del individuo y otros esquemas básicos que le sirven para entender y manejarse en el mundo

Fuente: elaborado a partir de McCann I ¹⁴⁰

Hasta hace poco, el diagnóstico de trauma no podía realizarse a menos que se hubiese evidenciado una vivencia directa de un evento que hubiese puesto la vida en peligro.

El riesgo de padecer trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos por consumo de sustancias es al menos 1,5 veces más alto en hombres GBHSH

La ampliación de los criterios ha permitido a los clínicos la consideración de impacto global de diversas vulnerabilidades tales como abusos continuados, negligencia en el cuidado, violencia en la pareja, *bullying*, o discriminación laboral.

Tabla 12. Principales síntomas del trauma

Reexperimentación del evento	Recuerdos intrusivos con imágenes, pensamientos o percepciones, pesadillas recurrentes, ilusiones o alucinaciones, episodios disociativos
Evitación	Evitación persistente, embotamiento afectivo, esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones que actúan como recuerdo del evento, incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, apatía, anhedonia, sensación de desapego emocional de otros, afecto restringido, desesperanza
Hiperreactividad / hiperalerta	Incremento en el estado de alerta o reactividad no presente antes del trauma, como dificultad para iniciar o mantener el sueño, irritabilidad, accesos de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, miedo exagerado
Disrupción de la vida	Distrés significativo y/o alteración significativa en diversas áreas de funcionamiento, como social u ocupacional, entre otras

Fuente: elaborado a partir de Morris S ¹⁴¹

En usuarios de chemsex, hemos observado eventos traumáticos ocurridos a lo largo de la biografía de los sujetos, algo que se encuentra en consonancia con la escasa literatura que existe al respecto ¹⁴¹. Aunque muchos no llegan a cumplir criterios diagnósticos para TEPT, sí que presentan síntomas en relación con eventos traumáticos no elaborados. Se han evidenciado trastornos del apego, donde destaca un apego desestructurado, abuso, negligencia o abandono en la infancia, abuso sexual, rechazo familiar por orientación sexual, *bullying*, homofobia interiorizada y por el diagnóstico de infección por el VIH. La conjunción de todos estos factores puede llegar a producir un trauma complejo, que se encuentra más adherido en la estructura psicológica de los sujetos y es transversal a todos los trastornos diagnosticados, presentando síntomas propios que incluyen baja autoestima, autocuidado inadecuado o ausente, trastornos en la sexualidad, necesidad constante de aprobación o reconocimiento por pares. Asimismo, otros factores agravantes son el aislamiento social, la vivencia de soledad y la necesidad de guardar silencio sobre estas prácticas por temor al estigma asociado a las mismas.

Cuando el sujeto se siente incapaz de procesar el trauma, puede producirse un proceso disociativo de desconexión de la emoción para intentar neutralizar el dolor, con desconexión a nivel emocional y corporal. Tal y como describen algunos usuarios en consulta: “Muchas veces me asombro porque llego a la *sesión* y no sé cómo he llegado allí”; “Vengo porque no sé quién soy”. “Cuando llego a casa y abro la puerta siento un vacío que no puedo soportar, entonces me meto en la aplicación y ya empiezo...”.

Tabla 13. Principales consecuencias de los eventos traumáticos

Falta de conexión con uno mismo, de autoconocimiento, de autocuidado y autoprotección. “Ya no siento nada y todo me da igual, voy a las sesiones por ir porque ya ni me da el subidón”
Irritabilidad
Situaciones de violencia intragénero dentro de la pareja
Aislamiento del entorno
Doble sensación de rechazo por parte de la población general y por el colectivo (no sensación de pertenencia a ningún grupo). Rechazo por parte de miembros de la propia comunidad LGBTQ+, por no cumplir con el perfil hegemónico (blanco, alto, musculoso, masculino, joven, sin discapacidad, sin diagnóstico de VIH, sin pluma).
Soledad y sentimientos de vacío. “Yo a lo mejor voy a una <i>sesión</i> y me tiro a diez tíos, pero yo creo que lo único que busco es no sentirme solo”
Conductas sexuales compulsivas, uso de aplicaciones de forma compulsiva. “Paso horas y horas delante del ordenador viendo pornografía para no pensar en lo demás”

Fuente: elaboración propia y a partir de Ibarguchi L ¹⁴²

A partir de los discursos de los usuarios y de acuerdo con el modelo de retraumatización presentado en el último *European ChemSex Forum* ¹⁴² se han propuesto modelos que conectan el uso de drogas con la vivencia traumática. Así, observamos cómo, tras el trauma (por ejemplo, abusos sexuales durante la infancia o *bullying* homofóbico), se puede producir un proceso de disociación y desconexión emocional. Lo cual puede a su vez conllevar abandono en el autocuidado y afectar al autoconcepto. En este contexto, el uso de drogas es utilizado para seguir desconectado de las propias emociones, anestesiado, aunque sea por un tiempo y de forma limitada.

A su vez, cada nuevo episodio de prácticas de chemsex puede situar al usuario en una posición de vulnerabilidad en la que puede volver a vivir situaciones traumáticas, pudiendo generarse sentimientos de vergüenza y baja autoestima. Estas prácticas pueden tener además diferentes consecuencias que impacten en otras esferas de la vida personal, como: abusos o agresiones sexuales, problemas económicos y laborales, infecciones y reinfecciones de ITS, e ingresos hospitalarios por sobredosis, episodios psicóticos e intentos de suicidio. Estas circunstancias pueden suponer nuevas retraumatizaciones para el usuario.

Figura 2. Modelo de retraumatización en chemsex ¹⁴²



Fuente: Ibarguchi L ¹⁴²

4.4. Ansiedad y depresión

Como hemos mencionado, tanto los trastornos de ansiedad como los depresivos son altamente prevalentes en GBHSH ¹¹³. En usuarios de chemsex es frecuente que se presenten diversos síntomas tanto de ansiedad como de depresión, sin que estos lleguen a ser una entidad clínica completa, sino subsindrómica. Esto hace que sea complejo el abordaje, dado que muchos síntomas están asumidos como “normales” y se han interiorizado a lo largo de la biografía. Por ejemplo, son frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza por practicar chemsex, dado que se llevan a cabo conductas que no se realizarían sin drogas y que posiblemente conllevan una gran estigmatización. Vivir con homofobia interiorizada puede favorecer que se presente un estado de ansiedad mantenido que puede estar en la base de diferentes trastornos ansiosos o depresivos. Asimismo, se asocian sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa, e incluso anhedonia e ideas de muerte o suicidio ¹⁴².

4.5. Episodios psicóticos

La psicosis asociada al chemsex puede ser más frecuente cuando se consumen sustancias estimulantes como metanfetamina o catinonas sintéticas. El uso de metanfetamina, tanto fumada como por vía intravenosa y el de mefedrona, sobre todo a través de vía intravenosa, asociado a falta de sueño en las sesiones de chemsex se ha relacionado con episodios psicóticos, fundamentalmente paranoides ⁸². La mefedrona se ha asociado a psicosis agudas ¹⁴³ en su uso crónico. Es difícil diferenciar una psicosis inducida de una psicosis primaria, sobre todo si el usuario mantiene un consumo activo. Los síntomas psicóticos pueden presentarse durante la intoxicación o tras el consumo.

4.6. Trastornos por consumo de sustancias

La mayor parte de los usuarios de chemsex presentan un uso no problemático de sustancias, y tienen la percepción de que mantienen estas prácticas bajo control ⁴⁶. Los problemas relacionados con sustancias se evalúan en un continuo, desde los problemas leves hasta los graves en relación con las sustancias en sí mismas y además por las consecuencias que éste consumo puede tener sobre ellos.

Las prácticas de chemsex pueden tener impactos en diferentes aspectos de la salud sexual, la salud mental y la social. Por otra parte, diversos factores personales, así como la elección de las sustancias consumidas, la frecuencia y la vía de administración, pueden favorecer o no el desarrollo de un trastorno adictivo. Además del consumo de drogas, en el chemsex aparecen asociadas otro tipo de prácticas que pueden favorecer una “adicción múltiple”, como por ejemplo las prácticas sexuales compulsivas y el uso intensivo de aplicaciones, lo que dificulta en muchos casos la compartimentalización de un solo trastorno adictivo. En el DSM-4-TR, existían los términos “abuso” y “dependencia”, dependiendo de la gravedad y sobre todo de la presencia de síntomas de dependencia física asociada a sustancias. En la clasificación actual del DSM-V, se plantea que un trastorno por consumo de sustancias puede ser leve, moderado o grave, sin necesidad de que exista una dependencia física. Hay que enfatizar que los diagnósticos psiquiátricos son clínicos y las escalas así como los criterios de manuales, sólo sirven para unificar discursos y catalogar trastornos.

Por último, el marco temporal de duración del consumo que sugieren algunas guías clínicas para establecer un diagnóstico, no se puede aplicar fácilmente en este contexto, ya que, si una persona comienza a practicar chemsex y pasa rápidamente a practicar *slam*, o si incrementa drásticamente el número de sesiones, puede presentar consecuencias negativas y problemáticas graves en pocas semanas o meses.

4.6.1. Características de las psicosis inducidas por mefedrona y metanfetamina

Las ideas delirantes suelen ser paranoides, o sea, de daño o persecución. Pueden aparecer síntomas psicóticos como ideas delirantes de referencia y persecución, así como alucinaciones auditivas (generalmente intrapsíquicas). Asimismo, puede haber distorsiones o alucinaciones visuales e interpretaciones delirantes de tipo paranoide. Tal y como describen algunos usuarios en consulta: “esos ruidos son de los vecinos que me están fastidiando por ser gay”. Suele también haber síntomas somáticos, como inquietud psicomotriz, taquicardia, sudoración, hipertensión, entre otros componentes adrenérgicos. Las psicosis inducidas suelen ser breves, autolimitadas y en contexto de consumo, pero en ocasiones pueden durar más tiempo o persistir síntomas que no cedan por completo, lo que dificulta su diagnóstico etiológico y abordaje psicofarmacológico.

4.6.2. Policonsumo

En diversos trabajos se ha evidenciado que el policonsumo es muy frecuente en las sesiones de chemsex, dado que las diversas drogas ofrecen distintos efectos que se desean durante la *sesión* e incluso operan como “antídotos” ante los efectos secundarios de las sustancias utilizadas. Por ejemplo, el uso de Viagra para evitar la impotencia que provoca la metanfetamina. Por otro lado, los *poppers* son sustancias ampliamente consumidas y no consideradas por los usuarios sustancias psicoactivas. No obstante, aportan riesgo en el combo del policonsumo.

El consumo de distintas drogas con diversos efectos en un espacio corto de tiempo, incrementa el riesgo de sobredosis y de intoxicación grave. Asimismo, existen potenciales interacciones específicas tipo droga-droga, o droga-fármaco, que pueden hacer que se incremente o disminuya el efecto percibido o buscado y esto haga que se consuma en exceso, lo que también puede favorecer la intoxicación grave con consecuencias físicas como son las sobredosis (*doblar: término utilizado habitualmente para el bajo nivel de conciencia por GHB*) y psicopatológicas, por ejemplo, episodios psicóticos, depresión, conducta suicida, etc.

4.6.3. Slam

La práctica de *slamsex*, *slam* o *slamming*, (uso intravenoso de sustancias, primordialmente estimulantes como mefedrona y metanfetamina), se ha asociado con un incremento del riesgo de infección por VIH o de otras ITS, ya que su efecto desinhibidor es mucho más potente que el uso por otras vías ⁴. Existen escasos estudios que analicen las diferencias entre la práctica del *slamsex* frente al uso de sustancias por vías diferentes de la inyectada en contexto de chemsex.

En estudios cualitativos que han analizado las motivaciones para la práctica de *slamsex*, entre las respuestas ofrecidas por los participantes se encontraba la rapidez en percibir los efectos de las drogas utilizadas, teniendo esto un impacto en la excitación y el deseo sexual (*el subidón*) ¹⁴⁴. También se ha encontrado relación entre el *slamming* y otras prácticas extremas como el *fisting* ¹⁴⁴. Y se ha señalado el uso de la vía intravenosa como una práctica vinculada a determinadas subculturas sexuales gais ¹⁴⁵.

En estudios realizados en España con población que vive con el VIH y que acude a unidades de VIH, encontraron que las principales drogas consumidas por vía intravenosa en contexto de chemsex eran la mefedrona y otras catinonas sintéticas y en menor medida ketamina, cocaína y metanfetamina ⁴. Las prácticas de slam se relacionaron con mayor frecuencia de complicaciones como pérdidas de conocimiento, síntomas abstinenciales graves e ideación delirante paranoide ⁴.

4.7. Trastornos mentales primarios o inducidos

En caso de que se detecte algún trastorno mental en un usuario de chemsex, es importante valorar si éste es un trastorno primario o inducido por las sustancias consumidas. Tras una *sesión* de chemsex es frecuente presentar “bajones anímicos” por la hipodopaminergia propia de la abstinencia a sustancias estimulantes (también conocido como “crash” anfetamínico). Habrá que valorar la duración y la gravedad de este tipo de cuadros. En un momento temprano de la evolución, pueden existir síntomas depresivos, apatía, anergia, entre otros, los primeros 2-3 días *post-sesión*, en el caso de que el chemsex se practique los fines de semana, de forma controlada. En el caso de que el consumo sea más frecuente, es más probable que perduren los síntomas depresivo-ansiosos, combinados con sintomatología abstinencial, *craving* u otros síntomas relacionados con el consumo de sustancias. Esto dificulta el poder diferenciar cuadros sindrómicos y hace necesario abordar la psicopatología como un “todo”. Hay que destacar la necesidad de explorar si existe ideación o conducta suicida, para tomar las medidas pertinentes.

4.8. Agitación psicomotriz

Nos podemos encontrar con episodios de agitación psicomotriz en usuarios de chemsex, principalmente en los servicios de urgencias hospitalarias. Aunque puede haber diversas causas de agitación, tomaremos en cuenta la principal que es una agitación por intoxicación o abstinencia de una o varias sustancias. En particular, las drogas que más se pueden asociar a agitación con o sin síntomas psicóticos son la mefedrona y la metanfetamina. Asimismo, la abstinencia a GHB puede producir cuadros de delirium similares a los producidos en el delirium tremens por abstinencia alcohólica.

Si un paciente presenta una intoxicación o abstinencia graves, se debe considerar y tratar como una urgencia médica, por lo que se requiere de una valoración médica completa con constantes vitales, glucemia y pruebas complementarias pertinentes. Intentaremos en un principio realizar un desescalado verbal para abordar la agitación, pero en caso de que el paciente no responda, se debe valorar la inmovilización terapéutica con abordaje psicofarmacológico, para limitar la posibilidad de daño a sí mismo o a otros ¹⁴⁶.

Consideraremos como alternativas psicofarmacológicas en primer lugar las benzodiazepinas, asociando un antipsicótico de segunda generación en caso de síntomas psicóticos ¹⁴⁷.

4.9. Ideación y conducta suicida

Como se ha mencionado previamente, la ideación suicida es frecuente en la población GBHSH. Ésta puede estar relacionada con trauma complejo o trastornos depresivos o de ansiedad en usuarios de chemsex. Por otro lado, se ha descrito que los usuarios de *slamsex* presentan más ideas e intentos de suicidio que aquellos que no utilizan drogas de forma intravenosa durante el chemsex ⁴. En este sentido es importante considerar a la práctica de slam como un factor de riesgo suicida en esta población.

4.10. Chemsex, VIH y salud mental

El colectivo de personas con VIH puede ser una población vulnerable que presente prevalencias significativas de problemas de salud mental. Como se ha comentado, algunos de los trastornos más prevalentes son los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y conducta suicida ¹⁴⁸. La patología depresiva constituye el trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes con VIH, siendo muy importante su detección y tratamiento, habiéndose relacionado con peor adherencia al tratamiento y evolución de la enfermedad, así como posiblemente con un aumento de mortalidad en pacientes con VIH ¹⁴⁹.



En hombres GBHSH que viven con el VIH y practican chemsex, se ha descrito una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, consumo activo de tabaco y uso de otras drogas no asociadas a entornos sexuales, así como prácticas de riesgo para la transmisión de ITS ¹⁵⁰, y hepatitis C ³. Otras complicaciones descritas en personas con VIH que practican chemsex han sido las interacciones entre drogas y antirretrovirales, así como la disminución de adherencia al tratamiento antirretroviral ¹⁵¹. En particular, el consumo de metanfetamina afecta de manera importante a las personas con VIH ya que se ha reportado que esta sustancia aumenta la carga viral ¹⁵²⁻¹⁵⁴, reduce el recuento de CD4 ¹⁵⁵, acelera la progresión de la enfermedad por VIH ¹⁵⁶, es neurotóxico ¹⁵⁷ y produce cambios en la barrera hematoencefálica ¹⁵⁸.

Existe una correlación bidireccional para las prácticas de chemsex y la infección por el VIH. Es por ello muy importante que el profesional de salud mental que atiende a personas con prácticas de chemsex pueda estar actualizado en relación con los principales abordajes para la prevención y tratamiento del VIH, así como algunos desafíos clínicos como son el manejo de patología psiquiátrica y uso de sustancias en población con el VIH, las posibles interacciones entre los fármacos y las drogas utilizadas.

En los últimos años se han realizado diferentes estudios en parejas serodiscordantes (uno de los miembros de la pareja con infección por el VIH y otro seronegativo), que han demostrado que en caso de que el tratamiento farmacológico se realice adecuadamente y la carga viral sea indetectable, el riesgo de transmisión es nulo ¹⁵⁹. Además de las intervenciones conductuales, se han desarrollado otras dos estrategias de prevención: la profilaxis post-exposición y la profilaxis pre-exposición. En las últimas revisiones sistemáticas realizadas sobre chemsex ⁵¹, los diferentes estudios identificaron que los usuarios con prácticas de chemsex tienen mayor probabilidad de tener que recibir tratamiento con PPE -profilaxis postexposición- ^{160,161} o con PrEP -profilaxis pre-exposición ¹⁶², siendo el uso de drogas en contexto sexual sin protección una de las indicaciones para PrEP en España, por lo que es necesario que los profesionales de salud mental estemos familiarizados con estos tratamientos, sus indicaciones y las posibles interacciones y efectos secundarios.



5. VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL USUARIO CON PRÁCTICAS DE CHEMSEX

“Todo encuentro con una persona, incluso el primero, debe ser terapéutico”

Nussbaum, 2015

5.1. ¿Por qué necesitamos una historia clínica específica sobre chemsex?

Durante la formación como especialistas, el programa curricular de los psiquiatras presenta importantes déficits en lo que se refiere a aspectos como la sexualidad humana y en el área de las adicciones, en particular las nuevas drogas psicoactivas y las adicciones comportamentales. Por todo ello, la valoración del usuario con prácticas de chemsex supone frecuentemente un desafío para el profesional, ya que pueden pasarse por alto oportunidades de detección, evaluación y tratamiento de problemas asociados a estas prácticas.

Todavía no disponemos de instrumentos y preguntas validadas para valorar a los usuarios de chemsex en cada tipo de centro o servicio. Además, muchos profesionales requieren actualizar su formación y sus competencias culturales (y conocimiento de argot) para mejorar su aproximación al usuario. La propuesta de valoración que aquí se ofrece está basada en modelos de entrevista habitualmente realizados en servicios que ya atienden a usuarios con prácticas de chemsex.

Los objetivos de la entrevista terapéutica con el usuario de chemsex serán los de la historia clínica general ¹⁶³:

- Recepción de la demanda del usuario
- Recogida y estructuración de la información clínica
- Valoración de la gravedad y establecimiento de diagnóstico
- Formulación de hipótesis clínica y valoración de abordaje y tratamiento
- Construcción de una alianza terapéutica

Sin embargo, para la valoración y abordaje de estos usuarios necesitamos ampliar nuestras habilidades de entrevista y conocimientos técnicos (qué drogas se consumen, qué efectos tienen, cuál es su farmacocinética), culturales (qué usuarios están utilizando estas drogas, como se relaciona este uso con la vivencia de su sexualidad) y clínicos (cómo manejar intoxicaciones agudas y problemas de salud mental y adicciones asociados a estas prácticas) ⁸².

Necesitamos ampliar nuestras habilidades de entrevista y conocimientos técnicos, culturales y clínicos

Para poder hacer esta evaluación se ha de desarrollar un estilo propio y suele ser beneficioso utilizar una versión estandarizada hasta que se convierta en un hábito ¹⁶⁴. En realidad, más allá de disponer de un listado de preguntas, para un manejo adecuado será necesario incorporar también los conocimientos y habilidades adecuadas para el examen psiquiátrico al usuario de chemsex.

5.2. Barreras para la adecuada realización de entrevista psiquiátrica al usuario con prácticas de chemsex

Se han detectado algunas barreras que dificultan la entrevista con usuarios de chemsex que consideramos importante conocer. A partir de dichas barreras cada profesional podrá desarrollar estrategias para realizar mejoras en sus propios conocimientos y habilidades, en la interacción con el usuario y en el propio *setting* de trabajo.

Existen diferentes elementos que pueden actuar como barreras para que los usuarios de chemsex puedan recibir una atención profesional adecuada. Parte de estos factores tienen que ver con las dificultades observadas para la implementación de políticas públicas que den respuesta a las necesidades de salud de los usuarios, y dificultades relacionadas con la coordinación y complementación entre servicios.

No obstante, también existen barreras o limitaciones que pueden estar relacionadas con aspectos referidos a los profesionales, su formación y sus condiciones de trabajo. Pueden apuntarse en ese sentido cuestiones como el estigma, la homofobia, y la falta de equipos con adecuada formación en salud de personas LGTBQ+, o la falta de confidencialidad ¹⁶⁵.

Trabajar en la comprensión de las barreras que limitan la entrevista y la adquisición de unos conocimientos básicos y el trabajo sobre las propias actitudes del profesional pueden ayudar a realizar una entrevista que incorpore de manera satisfactoria la sexualidad ¹⁶⁶. Otras estrategias que pueden ayudar son la supervisión de casos y de los terapeutas y el entrenamiento en competencias culturales LGTBQ+.

Por otro lado, hay elementos que dificultan que los usuarios demanden ayuda o que confíen en los equipos profesionales y se impliquen en los abordajes. En algunos casos los usuarios presentan experiencias previas de discriminación por su orientación o su identidad sexual, lo cual puede suponer para ellos una barrera de cara a afrontar una nueva entrevista ¹⁶⁷.

Se resumen estos elementos y barreras en la siguiente tabla:

Tabla 14. Barreras para la adecuada valoración del usuario con prácticas de chemsex

<p>Barreras relacionadas con el usuario</p>	<p>Estigma en relación con los centros de atención a las adicciones y con los recursos de salud mental en general. Creencia de que no existen recursos terapéuticos eficaces para el asesoramiento y la intervención profesional con usuarios de chemsex. Dificultad para aceptar o verbalizar la propia orientación sexual. Vergüenza al hablar sobre drogas y prácticas sexuales. Miedo a ser juzgado. Temor a que no se respete la confidencialidad. Temor a encontrarse con otros usuarios de chemsex en el centro terapéutico. Normalización de los usos problemáticos de drogas.</p>
<p>Barreras relacionadas con el profesional</p>	<p>Existencia de actitudes y prejuicios que afectan a la intervención sobre aspectos relacionados con la sexualidad. Temor a ser malinterpretado, miedo a ser juzgados negativamente por los usuarios o por otros profesionales, sentimientos de vergüenza o pudor al abordar temas sexuales. Reduccionismo del abordaje de la sexualidad a las disfunciones sexuales. Tendencia a centrar la sexualidad únicamente en aspectos reproductivos y coitales heterocéntricos. Escasa formación específica en salud sexual y en competencias culturales LGTBQ+. Limitaciones derivadas de la falta de habilidades para conducir la entrevista de manera adecuada.</p>
<p>Dificultades relacionadas con el diseño de la intervención</p>	<p>Dificultad para garantizar la confidencialidad (debido a la disposición del espacio físico). Escasez de tiempo suficiente en consulta para realizar asesoramientos de manera adecuada. Limitaciones para el acceso de los usuarios, cuando la atención se limita solamente a horario de mañana</p>
<p>Barreras relacionadas con las políticas públicas y con la coordinación entre servicios</p>	<p>Planes curriculares con escasa dedicación a las adicciones y la sexualidad tanto en la formación general como en la de especialistas. Falta de integración de la salud sexual en los planes de salud. Falta de integración de los servicios de salud mental, adicciones y centros de salud sexual. Escasez de profesionales especialistas en intervención con dificultades sexuales. Escasa colaboración de los recursos públicos con organizaciones de base comunitaria.</p>

Fuente: Adaptado a partir de Sánchez-Sánchez F et al. ¹⁶⁸, Althof SE et al. ¹⁶⁹ y elaboración propia

5.3. Aspectos generales de la entrevista y comunicación clínica con los usuarios de chemsex

Para poder realizar una adecuada entrevista de valoración y comenzar a construir un vínculo terapéutico, debe haber un clima de confianza, libre de juicios, en el que la persona pueda sentirse segura. Durante la entrevista será necesario abordar cuestiones que pueden ser particularmente sensibles, como aquellas relacionadas con el uso de determinadas drogas, o las relativas a la sexualidad y salud sexual ³⁰.

Existen algunas intervenciones que pueden ayudarnos a seguir estos principios. A continuación, se indican ejemplos de intervenciones que pueden realizar los profesionales. Las frases entrecomilladas son propuestas de enunciados a utilizar, que los propios autores de esta guía utilizan durante su práctica con los usuarios, o bien simulan ejemplos de conversaciones con éstos, basadas en experiencias de atención en consulta.

Garantizar la privacidad y la confidencialidad

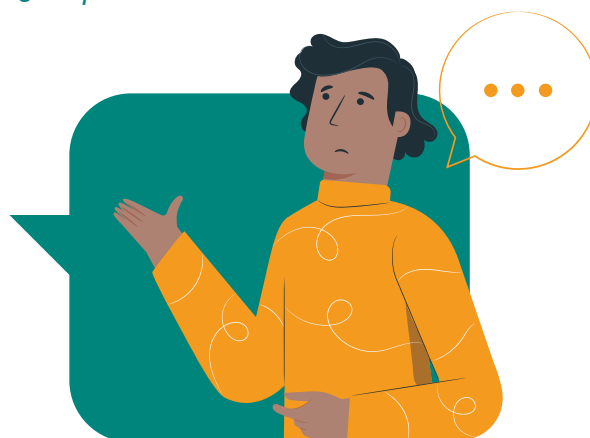
Es necesario enfatizar que el espacio donde nos encontramos garantiza la privacidad y recordar que la información recogida es completamente confidencial.

“Es importante que sepas que la información que aquí intercambiamos será completamente confidencial...”

Hacer las preguntas *adecuadamente*

Es fundamental explicitar el motivo para realizar las preguntas y solicitar permiso al usuario para introducir las diferentes partes de la entrevista, especialmente aquellas relativas a la sexualidad. Se han de priorizar las preguntas abiertas, directas, sencillas, claras, sabiendo manejar los silencios. Evitar lenguaje profesionalizado (palabras como “tóxicos”, términos médicos, nombres científicos de las drogas “*gammahidroxitirato*” si vemos que el usuario no utiliza dicho registro...)

“Una gran parte de los usuarios que atendemos en estas consultas refieren tener problema en el manejo de las drogas y a veces las utilizan para tener relaciones sexuales... ¿es una cuestión que a ti te preocupa? ¿te apetece hablar de ello?”



Lenguaje

Es recomendable utilizar lenguaje neutro cuando hablamos del usuario y de las parejas del usuario (no suponer identidad de género del usuario ni su orientación del deseo, no suponer la identidad de género de las personas con las que el usuario tiene relaciones). Se puede preguntar con qué nombre le gustaría que nos dirigiésemos y con qué pronombre (él, ella, elle). Asimismo, es necesario escuchar el lenguaje utilizado por el usuario cuando se refiere a su propia identidad de género y a las partes del cuerpo y prácticas sexuales. Muchos de los usuarios utilizan argot en inglés y es importante que el usuario pueda explicarnos a qué se refiere. Esto puede ayudar a que aumente la confianza en el terapeuta.

“He oído que hablas de varias personas con las que has tenido relaciones sexuales recientemente, ¿se trataba de hombres, de mujeres, ambos...? ¿Cómo te gustaría que me dirigiese hacia ti? He escuchado una palabra que hasta ahora nunca había oído, ¿podrías explicarme qué quiere decir?”

Demostrar interés y tener actitud proactiva ¹⁶⁸

Es importante tener en cuenta factores de sospecha de práctica de chemsex problemático (como por ejemplo puede ser diagnóstico repetido de ITS, acudir en múltiples ocasiones a urgencias por complicaciones derivadas de las intoxicaciones por sustancias o dificultades en adherencia terapéutica) en nuestros usuarios y preguntar abiertamente.

“Veo que en los últimos meses has tenido bastantes visitas a urgencias con infecciones de transmisión sexual y también te han visto psiquiatras y te han dado medicación... ¿Quieres hablar de ello? ¿Tiene que ver con haber utilizado drogas mientras tenías relaciones sexuales?”

Estrategias ante posibles resistencias ¹⁶⁸

En ocasiones los usuarios pueden manifestar sentimientos de vergüenza o de cierta desconfianza en el profesional. Algunas de las herramientas que pueden ayudar a trabajar con estas resistencias son las siguientes:

Usuario: *“No creo que nadie pueda ayudarme, ningún psiquiatra hasta me ha preguntado por esto...”*

Profesional: *“Quizás haya cuestiones en las que pueda ayudarte y otras en las que necesite la colaboración de otros profesionales. Si te parece adecuado que te haga algunas preguntas para poder valorar tu situación y ver cómo podemos hacer para poder ayudarte...”*

Usuario: *“Es un tema del que me da mucha vergüenza hablar...”*

Profesional: *“Veo que es un tema difícil para ti para hablar conmigo. Si crees que sería más fácil que lo hablemos más adelante o consideras que sería más fácil para ti hablarlo con algún otro profesional... ¿Qué te parece que podemos hacer para que te sientas más cómodo?”*

Usuario: *“No creo que tenga mucha idea de estos temas...”*

Profesional: *“Posiblemente haya muchos conocimientos médicos y psiquiátricos que como profesional domine más y otros en los que tú seas más experto desde tu propia experiencia, ¿Qué te parece si compartimos nuestros conocimientos para valorar lo que te preocupa y vemos si te puedo ayudar?”*

5.4. Aspectos específicos de la valoración del usuario con prácticas de chemsex

A continuación, se detallan los apartados de la entrevista psiquiátrica relacionada con el consumo de drogas, la sexualidad y las pruebas complementarias. El resto de los apartados de la entrevista psiquiátrica es semejante a los modelos de entrevista habitualmente empleados.

5.4.1. Consumo de drogas

Existe un amplio abanico de sustancias cuyo uso debemos explorar ¹⁶³. Es importante preguntar por todas las drogas consumidas, su edad al inicio del consumo, personas que facilitaron los primeros consumos, efectos subjetivos logrados a lo largo del tiempo y variación (ejemplo: *¿qué efectos percibías cuando empezaste a consumir mefe? ¿has notado cambios con respecto a ahora?*), tiempo de consumo, periodos de máximo o mínimo consumo, motivo del cambio o paso de unas drogas a otras, presencia de intoxicaciones o sobredosis u otras complicaciones psiquiátricas relacionadas con los consumos, periodos de abstinencia y factores relacionados (desde búsqueda de tratamiento en centros de atención a las adicciones, apoyo familiar, etc.), recaídas y causas que las propiciaron.

Es importante tener en cuenta el efecto buscado con cada droga y considerar que es frecuente el policonsumo (incluyendo fármacos legales, drogas ilegales y otras nuevas sustancias psicoactivas) y la presencia conjunta de consumos recreativos de algunas drogas con otras con patrón de adicción. Asimismo, hemos de conocer los términos coloquiales habitualmente utilizados. Es relevante preguntar sobre la fuente de ingresos para adquirir las sustancias: trabajo reglado, trabajo no reglado (tráfico de drogas, menudeo, prostitución), la existencia de deudas o solicitud de créditos y si tiene o ha tenido causas judiciales o ha cumplido condenas.

Vías de administración utilizadas

Es necesario preguntar por casi todas las vías (pueden consultarse en el capítulo 2). Es importante explorar vías por las que quizás no solemos preguntar cómo pueden ser la vía intravenosa y la vía rectal.

Patrones de consumo

Es importante valorar cuál es el patrón del consumo y prácticas del usuario. Tras los consumos experimentales y ocasionales pueden presentarse otro tipo de usos. Algunos usuarios practican chemsex de manera esporádica, en ocasiones con motivo de su participación en festivales gais y grandes eventos dirigidos a este público ¹⁷⁰. Este consumo concentrado en fechas concretas puede dar lugar a patrones de *binge* o atracón ²⁶.

Otros usuarios presentan consumos con un patrón más estable, con frecuencia concentrado en los fines de semana, espacio en el que para una parte de la población es habitual poder disponer de más tiempo libre ²⁶. También durante esos días de la semana es más probable encontrar otras personas con las que mantener prácticas de chemsex. El que estas prácticas lleguen a darse un mayor número de días a la semana, puede apuntar a una posible mayor severidad, que habría que valorar.

En el caso de los trabajadores sexuales, las prácticas de chemsex pueden estar vinculadas a dicha actividad, pudiéndose dar con una distribución diferente. Algunos clientes pueden demandar servicios sexuales que impliquen el uso de sustancias ²⁶.

Determinación de sustancias en orina y sangre

Por lo que se refiere al análisis de drogas en orina y sangre, hay que tener en cuenta que las drogas utilizadas en contexto de chemsex son compuestos estructuralmente muy diferentes con actividad psicoactiva diversa tal y como se ha visto en capítulos anteriores. Nos encontramos ante sustancias heterogéneas de diferentes orígenes: químicas, sintéticas, semisintéticas, farmacéuticas y combinaciones ¹⁷¹. Se trata de compuestos en muchas ocasiones adulterados.

Algunas de las sustancias psicoactivas utilizadas en el contexto de chemsex no son detectadas por los sistemas clásicos de reconocimiento de drogas, requiriendo el uso de métodos complejos, tales como cromatografía de gases o cromatografía líquida de alta resolución ¹⁷². No obstante, dada la frecuencia de policonsumo, se recomienda el uso de *kit* de tóxicos habituales dado que éstos detectan muchas de las sustancias consumidas habitualmente (cannabis, cocaína, anfetaminas y MDMA).

5.4.2. Aspectos sexuales

¿Qué es la salud sexual? ¿Por qué hay que valorarla en la entrevista psiquiátrica en chemsex?

La OMS considera la salud sexual como *“un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”*¹⁷³. La salud sexual se relaciona directamente con el bienestar y la salud física de las personas¹⁷⁴. La sexualidad es uno de los aspectos centrales del ser humano y su valoración ha de formar parte de la historia psiquiátrica habitual que se ha de recoger.

La sexualidad engloba mucho más que las conductas sexuales¹⁷⁵. Cuando hablamos de sexualidad, en realidad nos referimos a registros diferentes que tienen que ver con el bienestar físico y psíquico, con el cuerpo, las emociones y las relaciones con los demás. Estas dimensiones se pueden categorizar o englobar en los siguientes términos: **sexuación**, sexualidad y erótica. Nos referimos a la **sexuación** como el proceso de cómo las personas se construyen como hombres o mujeres o personas no binarias; **sexualidad** cuando nos referimos a cómo vive en la intimidad el hecho de ser una persona sexuada y la orientación del deseo¹⁷⁶. En último lugar hablamos de **erótica** en relación con la expresión de la sexualidad lo que incluye la expresión de género y conductas tales como deseos, caricias, besos, palabras, masturbación...¹⁶⁸.

Por otro lado, desde el paradigma biopsicosocial¹⁷⁷, la sexualidad engloba aspectos fisiológicos (respuesta sexual humana), psicológicos (deseo, autopercepción, imagen corporal, identidad) y sociales (normas sociales, interacción con parejas, etc.).

Cuándo realizar la valoración de la sexualidad con usuarios de chemsex

La historia sexual ha de incluirse rutinariamente en la anamnesis y adaptarse al contexto clínico. Puede ser realizada en una primera entrevista o a lo largo de la intervención. Son muchas las consultas que pueden motivar urgencias psiquiátricas y en las que la salud sexual cobra gran importancia como pueden ser sintomatología depresiva en contexto de reciente diagnóstico de VIH, ideación suicida ante una infidelidad o sintomatología disociativa en contexto de una violación.

¿Cómo preguntar por la historia sexual?

Suele resultar útil tener un modelo de preguntas a realizar con el que cada profesional se sienta cómodo. De la misma manera que se realiza una valoración de la historia académica o laboral del usuario, se puede utilizar también la perspectiva de la *historia sexual*. Esta puede incluir un abordaje narrativo incluyendo desarrollo de la identidad sexual, educación sexual recibida y recoger pensamientos, emociones y conductas actuales relacionadas con la sexualidad¹⁷⁸.

En general existen dos modelos para abordar la sexualidad que se han de adaptar al contexto clínico y al usuario ¹⁷⁹.

- Partir de la valoración de la salud sexual actual y posteriormente realizar una valoración del desarrollo psicosexual de la persona. Este tipo de intervención se suele realizar cuando la demanda inicial se relaciona directamente con la sexualidad. Ejemplo: *usuario que acude solicitando ayuda para control de relaciones sexuales compulsivas.*
- Valorar el desarrollo psicosexual de la persona y posteriormente valorar la salud sexual actual. Ejemplo: *usuario que acude solicitando ayuda por síntomas depresivos en usuario con diagnóstico previo de trastorno de personalidad y uso de GHB.*

Al igual que ocurre con otras cuestiones como la ideología política o la religión, los profesionales en salud mental han de realizar una revisión personal previa sobre actitudes relacionadas con la sexualidad para que éstas interfieran lo menos posible en la valoración. Es útil realizar un trabajo personal que incluya nuestras creencias, pensamientos y emociones relacionados con la sexualidad. Esto se puede realizar a través de terapia personal, talleres, supervisión de casos, etc ¹⁸⁰.

Aspectos importantes a recordar relacionados con la sexualidad ¹⁷⁷:

- La sexualidad es una experiencia íntima y subjetiva, sujeta a las propias vivencias, que debemos evitar patologizar.
- La sexualidad está muy relacionada con la propia autopercepción, la imagen corporal y con la identidad.
- Debemos entender la sexualidad del usuario desde su propia historia, emociones, pensamientos y conductas.
- La sexualidad no es estática.
- Una gran parte de las dificultades sexuales no están recogidas en los manuales diagnósticos. Éstos solo recogen las principales dificultades relacionadas con la respuesta sexual.

Tabla 15. Áreas de la sexualidad a explorar con usuarios de chemsex

<p>Educación sexual</p>	<p>Identificar el nivel de conocimientos en relación con su salud sexual, así como la influencia de la educación sexual recibida. También puede ser oportuno averiguar el grado de conocimiento de los usuarios sobre el funcionamiento y la percepción del propio cuerpo en relación con el placer, el deseo, y la respuesta sexual.</p> <p>En muchas de las ocasiones la práctica de chemsex se relaciona con escasa educación sexual. Una deficiente educación sexual interfiere directamente también en la homofobia interiorizada o global, y la vivencia de su sexualidad y corporalidad, actitudes comportamentales tales como expresión de género menos normativa.</p>
<p>Actitudes en relación con la orientación del deseo la identidad sexual y de género</p>	<p>Es importante analizar las actitudes del entorno en relación con la sexualidad. Hay que incluir la vivencia de los usuarios en relación con la masculinidad y la homosexualidad.</p> <p>Algunas de las motivaciones descritas por los usuarios tienen que ver con dificultad para aceptar la propia orientación del deseo o con aspectos relacionados con la masculinidad (con la idea de mostrarse con valores tales como la agresividad o el imperativo de sexualización de los espacios sociales de los GBHSH).</p>
<p>Vivencia de sexualidad en infancia-adolescencia</p>	<p>Analizar la vivencia de las primeras relaciones sexuales, eróticas y afectivas, incluyendo comportamientos y las emociones que suscitaron y recuerdos relacionados. Puede ser una oportunidad para valorar la vivencia de la sexualidad en la infancia y la adolescencia y a lo largo de la vida. También puede ser oportuno valorar posibles abusos sexuales.</p> <p>Muchos de los usuarios han tenido experiencias de las relaciones sexuales vividas con culpa o con miedo a diferentes ITS, o muy vinculadas con la idea de pecado o de enfermedad (relacionadas probablemente con las actitudes sociales hacia la homosexualidad) y el uso de las drogas puede servir como vía de escape o de evitación de dichos pensamientos y emociones.</p>
<p>Expresión de la sexualidad</p>	<p>Hay que valorar los diferentes comportamientos sexuales, como caricias, autoestimulación, diferentes conductas sexuales. También se incluyen la capacidad para elaborar fantasías sexuales y para expresar los sentimientos de afecto y los cuidados (propios y a sus parejas eróticas).</p> <p>Es frecuente que, tras el inicio de uso de drogas, se produzca una disminución de la diversidad de las conductas eróticas y en muchas ocasiones se erotice el uso de drogas y que estas prácticas se conviertan en las únicas buscadas. Son aspectos que si son detectados, luego se pueden trabajar en la intervención.</p>

<p>Respuesta sexual</p>	<p>Valorar dificultades en relación con el deseo, la excitación, el orgasmo, dolor y placer durante las relaciones sexuales. Es importante ver si existe correlación entre la patología psiquiátrica, los psicofármacos y las dificultades en la respuesta sexual. Es fundamental analizar la relación entre el uso de drogas y la respuesta sexual y valorar si el uso de drogas se vincula con alguna dificultad previa como falta de deseo o dificultades en la erección.</p>
<p>Satisfacción sexual</p>	<p>Evaluar lo que el usuario siente y manifiesta en relación con su sexualidad, si es de forma satisfactoria, o bien, si existe algún aspecto de ésta que le estresa y afecta a su estado anímico. Esta incluye la satisfacción en relación con las relaciones sexuales y también en relación con necesidades afectivas, seguridad, confianza e intimidad También es importante valorar si han tenido lugar conductas sexuales sin consentimiento de algunas de las personas. Se han descrito de forma frecuente violaciones y otros tipos de abuso sexual en contexto de chemsex, por ejemplo, relaciones sexuales con personas en estado de intoxicación moderada y grave, sin su consentimiento, lo que suelen ser situaciones traumáticas para los usuarios.</p>

Fuente: realizada a partir de SEMERGEN, Viñas Lebot H y elaboración propia ^{181,182}

Relación del uso de drogas y sexualidad

En este punto habría que evaluar las diferentes percepciones de las relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas y sin ellas, prácticas sexuales que son más fáciles o menos dolorosas de realizar con drogas; así como dificultades para tener relaciones sexuales sin drogas.



Algunas de las preguntas a realizar se detallan a continuación ¹⁸³.

Tabla 16. Motivaciones para la práctica de chemsex vinculadas con la sexualidad

Disminuir dificultades en respuesta sexual	<i>¿Has utilizado drogas para tener relaciones sexuales más prolongadas o por miedo a perder la erección, por miedo a tener una eyaculación muy rápida, para tener orgasmos más intensos?</i>
Aumentar la excitación, el deseo o el interés sexual	<i>¿Has utilizado drogas para aumentar la excitación o el deseo sexual o para poder tener sexo con personas que no tendrías sin drogas?</i>
Uso de drogas para prácticas sexuales concretas.	<i>¿Hay alguna práctica sexual concreta que no puedas realizar sin drogas y que sólo consigas realizar estando colocado? Por ejemplo: prácticas sexuales que te den vergüenza, o que sean dolorosas o fantasías con las que no te sientes bien...</i>
Escape de sentimientos negativos	<i>¿Has utilizado drogas porque no te encontrabas bien contigo mismo o habías tenido mucho estrés o alguna experiencia desagradable? ¿Hay alguna parte de ti que no te gusta o que no te hace sentir bien y se atenúa este malestar cuando practicas chemsex? ¿Has practicado chemsex para evitar dejar de pensar en pensamientos obsesivos o ansiedad que tienes cuando no estás colocado? ¿Utilizas drogas porque las relaciones sexuales sin drogas te parecen aburridas o te generan angustia o ansiedad?</i>
Búsqueda de afecto, compromiso, sensación de comunidad.	<i>¿Has practicado chemsex para lograr mayor sensación de conexión o intimidad en tus relaciones sexuales? ¿O porque te sentías solo? ¿Has practicado chemsex porque querías estar con otras personas y era la manera más fácil de conseguirlo?</i>
Uso preferencial de vías de consumo	<i>¿Hay alguna manera de consumo que te genera mayor excitación o que te facilita más ciertas prácticas sexuales? ¿Son las sensaciones diferentes si consumes las drogas esnifadas, fumadas, inyectadas o por vía rectal?</i>

Fuente: realizada a partir de Braun Harvey D ¹⁸³ y elaboración propia.

5.4.3. Uso de aplicaciones de contactos

Aproximadamente el 33% de los hombres gais utilizan aplicaciones de contacto con geolocalización a lo largo de su vida; de los que la utilizan, hasta el 85% la utilizan a diario ¹⁸⁴. Algunos estudios señalan que los hombres que utilizan aplicaciones presentan mayores conductas sexuales asociada a aumento de riesgo para ITS tales como sexo anal sin preservativo, prácticas sexuales en grupo y uso de alcohol y drogas en contexto sexual. Por otro lado, existen estudios que señalan elevadas prevalencias de uso de aplicaciones en estado de intoxicación (hasta un 50% para alcohol y hasta un 30% para cualquier droga), lo que contribuye a aumentar las prácticas consideradas de riesgo para ITS ¹⁸⁵.

Las aplicaciones de contactos gais como *Grindr* o *Scruff* fueron diseñadas originalmente como plataformas para facilitar los contactos sexuales entre hombres GBHSH. En ellas los usuarios pueden compartir imágenes de sí mismos con su altura, peso, preferencias de conductas sexuales, etnia, estado serológico, etc. Funcionan como un espacio con alta disponibilidad de potenciales compañeros sexuales y donde la imagen y el aspecto físico cobran especial importancia. La bibliografía señala diferentes motivaciones para su uso: socializar, “por aburrimiento”, para comprar drogas... ¹⁸⁶. Los usuarios también han descrito otros usos tales como explorar la propia sexualidad, intercambiar imágenes, vídeos o textos que buscan lograr la propia excitación sexual o de las personas con las que interactúan.

Si analizamos el funcionamiento de estas aplicaciones vemos que se puede llegar a producir un condicionamiento operante entre el acceso a la aplicación y la recompensa: encuentro sexual placentero, una conducta masturbatoria placentera, sentirse deseado. Observamos que se produce un refuerzo positivo con una ratio de refuerzo variable (ya que los Intervalos en que se obtiene la recompensa no son predecibles) que constituye la base en la génesis de muchas de las adicciones.

Dado que en muchos casos existen vínculos entre el uso de estas aplicaciones y las prácticas de chemsex, es pertinente dedicar un tiempo con el usuario para analizar el uso que hace de las aplicaciones (o de las webs de contactos).

Encontramos en la clínica habitual diferentes usos de las aplicaciones

- Usuarios que utilizan las aplicaciones como *Grindr* con un objetivo parecido al uso de las redes sociales como Facebook o Instagram, y cuyo fin es socializar, ver otros perfiles de otras personas, ver si han actualizado sus biografías, conocer gente... En ambos casos (*Grindr*, Facebook, Instagram) se pueden observar usos problemáticos.
- Usuarios que no pretenden tener relaciones eróticas con otras personas sino presentar o provocar excitación sexual intercambiando imágenes o vídeos con otras personas a las aplicaciones.
- Usuarios adictos a la conducta sexual con otras personas y que utilizan las aplicaciones como herramienta para encontrar compañeros sexuales.

Es posible y probable, además, que el uso de las aplicaciones pueda variar a lo largo de la vida del usuario. Muchos usuarios identifican las aplicaciones como el único lugar donde pueden llegar a socializar. Por otro lado, también son muchos los que describen pérdida de habilidades sociales de interacción en entornos no virtuales tras el uso preferencial de las aplicaciones y otras herramientas virtuales.

Por lo tanto, hay que valorar las conductas específicas que se buscan cuando se usan las aplicaciones, cuáles de ellas pueden estar teniendo un patrón adictivo, cuáles pueden estar causándole mayores problemas y en qué áreas. Asimismo, es interesante realizar un análisis funcional que puede incluir:

- Qué emociones se persigue buscar
- Que sensaciones se busca evitar cuando se hace uso de las mismas
- Qué sensaciones/emociones se producen cuando se intenta no utilizar las mismas.
- Qué estrategias se han empleado para intentar disminuir su uso.
- Cuál es la repercusión familiar, social, laboral, económica o legal de las conductas que se realizan cuando se utilizan estas aplicaciones.

En los últimos años se ha intentado desarrollar herramientas de *screening* de uso problemático de aplicaciones. A continuación, se ofrecen algunas preguntas útiles para valorar el uso problemático de aplicaciones (traducido y adaptado del PUTS) ¹⁸⁷:

Tabla 17. Exploración del uso problemático de aplicaciones

Durante el último año,
<i>¿Con qué frecuencia has pensado en el uso de aplicaciones?</i>
<i>¿Pasaste mucho más tiempo en las aplicaciones de lo previsto inicialmente?</i>
<i>¿Te pones nervioso o tienes problemas si se te ha prohibido el uso de las aplicaciones?</i>
<i>¿Abandonas otros hobbies y actividades de ocio debido al uso de las aplicaciones?</i>
<i>¿Usaste las aplicaciones para reducir los sentimientos de culpa, ansiedad, impotencia y depresión?</i>
<i>¿Intentaste reducir el uso de las aplicaciones sin éxito?</i>

Fuente: elaborado a partir de Gábor et al ¹⁸⁷

5.4.4. Comportamiento sexual compulsivo

Actualmente existe el debate sobre si en el caso del chemsex problemático, se puede diferenciar entre si existe una conducta adictiva en relación a la sustancia y una conducta adictiva en relación a las prácticas sexuales. Estaríamos ante un trastorno sexual compulsivo cuando este se caracteriza por un patrón repetitivo de dificultad para el control de conductas sexuales durante al menos seis meses que implica alteraciones en ámbito familiar, personal, social, educativo, laboral u otras áreas de funcionamiento ¹⁸⁸. Este patrón implicaría lo siguiente:

- Abandono del autocuidado, responsabilidades o intereses debido a la participación en actividades sexuales repetitivas que se han convertido en el aspecto más importante del individuo.
- El individuo ha hecho esfuerzos infructuosos para intentar disminuir la conducta.
- El individuo mantiene la conducta pese a las consecuencias adversas.
- El individuo mantiene la conducta, aunque obtenga poco o ningún placer de ella.

Al valorar a los usuarios que tienen prácticas de chemsex, se debe evaluar fundamentalmente la percepción de “pérdida de control” y conductas excesivas con algún grado de impulsividad o compulsividad. Estaríamos ante un patrón más de impulsividad en el caso de que las conductas sexuales sean percibidas como egosintónicas y el problema vendría en la dificultad para estimar el posible daño y con locus de control externo. Por el contrario, en el caso de un patrón más compulsivo estaríamos ante conductas repetitivas, fantasías o pensamientos que el individuo se siente impelido a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que se aplican de una manera rígida o estereotipada ¹⁸⁹.

5.4.5. Aspectos sociales

Al igual que ocurre con otras adicciones es importante valorar la repercusión del chemsex en el área social y lúdica, así como en el ámbito laboral o en los estudios, según el caso ¹⁹⁰. Se analizarán las siguientes áreas:

- **Repercusión del chemsex en actividad laboral o académica**

En general, en función del patrón y la frecuencia del consumo puede haber mayor o menor afectación del área laboral o académica de los usuarios de chemsex. No es infrecuente que inicialmente se produzcan ausencias en el trabajo típicamente los lunes, después de fines de semana de consumo que mantenido en el tiempo puede conllevar la pérdida de trabajo. También es frecuente el bajo rendimiento laboral y académico en caso de usuarios que aún cursan estudios los primeros días tras la *sesión*, por los efectos subagudos del consumo de drogas. Estas consecuencias repercuten asimismo en la autoestima y generan malestar emocional, con sentimientos de incapacidad y culpa, que muchas veces deriva en abandono de actividades e incremento en el consumo.

- **Repercusión del chemsex en hábitos y estilo de vida y ocio**

Como se ha comentado en secciones previas, debido a la gran sexualización y vinculación de las drogas a una gran parte del ocio gay, es importante valorar los espacios de ocio del usuario y su relación con el chemsex. Actualmente existe una gran diversidad de ocio destinado a la población LGBTQ+. No obstante, es frecuente que este ocio está vinculado al consumo de drogas directa o indirectamente.

Por ello, es imprescindible realizar un análisis del estilo de vida del usuario antes y tras iniciar el consumo, su patrón de ocio habitual y diseñar con el usuario un plan de actividades con los potenciales riesgos. Para este tipo de intervenciones suele ser útil trabajar en coordinación con organizaciones de base comunitaria, que disponen de espacios de ocio terapéutico adaptados a cada usuario.

- **Vínculos sociofamiliares y soledad**

Como en otras adicciones, es habitual que el usuario de chemsex haya presentado ruptura con la red familiar y es muy importante trabajar en la recuperación y su restablecimiento. Por otro lado, no es raro que haya una disminución de actividades de socialización que se realizan durante fines de semana y que pueden conllevar la pérdida de amistades y relaciones que no consuman. En muchas ocasiones también existe una dificultad para solicitar ayuda a familiares y amistades debido al estigma vinculado con el consumo de drogas o con la sexualidad.

Muchos usuarios identifican la soledad como factor estresante y precipitante de las recaídas. Esta situación de soledad puede preceder al consumo de chemsex y empeorar durante los períodos de elevado consumo. La falta de redes de apoyo primarias y los escasos espacios de socialización pueden ser precipitantes del inicio de prácticas de chemsex y encontrar en las sesiones espacios donde buscar (y encontrar) una sensación de comunidad y pertenencia. Por otro lado, las prácticas de chemsex también pueden deteriorar relaciones preexistentes y dificultar el desarrollo de nuevos vínculos con otras personas.

- **Situación legal del usuario**

Valorar la repercusión de las prácticas con problemas legales, dificultades en la gestión de documentación, etc. En el caso de usuarios que acuden a programas específicos de chemsex de organizaciones de base comunitaria, hay un alto porcentaje de personas inmigrantes que pueden presentar dificultad de acceso a documentación, a vivienda o a recursos sociales. También pueden existir problemas legales vinculados con el consumo como penas por posesión de elevadas cantidades de drogas, agresiones, robos, etc.

5.4.6. Complicaciones somáticas y pruebas complementarias

Es importante valorar posibles complicaciones somáticas relacionadas con la práctica de chemsex. Las más frecuentes son lesiones traumáticas (lesiones en pene, fisuras y desgarros en mucosa anal, perforaciones intestinales, úlceras cutáneas), ITS, complicaciones infecciosas locales y sistémicas ²⁶. Otras complicaciones neuropsiquiátricas agudas son: intoxicación grave y estado de coma, con necesidad de intervención urgente, intubación y derivación a UCI, delirium ¹⁹¹ y encefalopatía ¹⁰⁹; y complicaciones derivadas de cada droga utilizada o la combinación de varias, así como interacciones entre drogas o drogas-fármacos.

En el grupo de GBHSH sexualmente activos, se ha de realizar un cribado completo de serologías para las principales ITS al menos una vez al año y con menor frecuencia (cada 3-6 meses) en función de los riesgos individuales. Remitimos a los documentos de consenso que se actualizan desde el Ministerio de Salud periódicamente ¹⁹². Aunque estas pruebas pueden ser solicitadas por el psiquiatra, suele ser más fácil realizarlas en centros de salud sexual o por el médico de atención primaria.

En relación con las pruebas complementarias es recomendable valorar solicitar analítica completa con hemograma, bioquímica, estudio de coagulación perfil tiroideo y perfil hepático. En ocasiones puede ser pertinente realizar placa de tórax y ECG en función de la clínica. También es pertinente el cribado de enfermedades infecciosas como VIH, VHB, VHC e ITS (sífilis, gonorrea, clamidia, etc.). Asimismo, en caso de sospecha clínica, descartar enfermedades relacionadas con el contagio ano-boca, como VHA, E.coli, otras bacterias intestinales.





6. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA USUARIOS DE CHEMSEX

6.1. Estrategias de intervención según necesidades del usuario

El abordaje psicoterapéutico constituye la piedra angular en el tratamiento de un usuario de chemsex que presenta problemas derivados de éste. Ante la complejidad de este fenómeno, se suelen integrar diferentes métodos psicoterapéuticos, dependiendo de las necesidades del usuario en distintos momentos vitales y en múltiples escenarios, incluyendo aspectos como el consumo de sustancias, el uso de aplicaciones, la sexualidad, la soledad, necesidad de ocio alternativo, etc.

El abordaje psicoterapéutico constituye la piedra angular en el tratamiento de un usuario de chemsex que presenta problemas derivados de éste

Es esencial evaluar las diferentes áreas potencialmente afectadas (social, laboral, salud mental y física, sexual etc.) y realizar diferentes intervenciones en función de las necesidades y el perfil de cada usuario. Dependiendo de la demanda, podemos plantear los siguientes abordajes:

Usuario con un consumo recreativo sin repercusiones sobre salud física o mental

En estos casos es útil emplear el modelo de reducción de daños. Los objetivos terapéuticos con un consumo recreativo serían facilitar toma de decisiones informada y reflexionada en relación con las conductas sexuales, el consumo de drogas y la prevención de consecuencias no deseadas por la práctica.

En el abordaje del usuario suelen integrarse diferentes métodos psicoterapéuticos, en función de sus necesidades

Algunas de las intervenciones que podemos realizar son ofrecer información sobre drogas (dosis tóxicas, vías de administración, interacciones, posibles complicaciones médicas y psicopatológicas de su consumo agudo y crónico); información sobre salud sexual (prácticas sexuales, riesgos asociados, favorecer la reflexión sobre consecuencias asociadas a corto y largo plazo). También se puede ofrecer información sobre derivación a otros recursos para valorar aspectos relacionados con el ocio o asesoramiento sexual como pueden ser algunas organizaciones de base comunitaria que tienen programas específicos de chemsex.

Usuario que se muestra ambivalente en relación con el consumo

Se trata de usuarios que examinan el actual patrón de conducta y el potencial para cambiar en un análisis de riesgo-beneficio. Sabe que puede existir un problema, pero aún no ha comenzado a realizar conductas que puedan propiciar el cambio. Tal y como describen algunos usuarios en consulta: “Percibo alguna consecuencia negativa pero no sé si quiero dejarlo”, “Quiero dejarlo, pero todavía no estoy preparado para hacerlo”.

En este caso, los objetivos terapéuticos serán: facilitar toma de decisiones informada y reflexionada y prevención de consecuencias no deseadas por la práctica, trabajar la motivación al cambio. Algunas de las intervenciones que se pueden realizar son las mismas que las descritas en el apartado anterior y también se pueden utilizar técnicas de entrevista motivacional o intervenciones breves como el modelo FRAMES, que se explicará más adelante.

En función de las necesidades del usuario el abordaje puede enfocarse en diferentes aspectos como: consumo de sustancias, sexualidad, ocio alternativo, uso de aplicaciones, etc.

Usuario con un consumo problemático

Los objetivos de la intervención serán: reducción o abandono prácticas problemáticas, potenciación de habilidades de afrontamiento, regulación emocional, mejora de autoconcepto, calidad de vida, estimulación de áreas vitales empobrecidas -incluyendo abordaje del ocio y de la soledad. Además, en caso de presentar otro trastorno psicopatológico, abordar simultáneamente éste y la patología adictiva (patología dual).

A continuación, se describen en primer lugar los principios básicos de la entrevista motivacional y, en segundo lugar, algunos de las intervenciones psicoterapéuticas que se pueden emplear con usuarios con prácticas de chemsex.

6.2. Entrevista motivacional

Una de las herramientas más utilizadas en los trastornos adictivos ha sido la Entrevista Motivacional (EM) ¹⁹³ que funciona como una intervención centrada en el usuario y combina un estilo terapéutico empático y de apoyo, para que el usuario pueda elaborar su ambivalencia ante el cambio.

La esencia de la EM se basa en la evocación de valores, miedos, expectativas y esperanzas del usuario, con 4 puntos clave y 5 principios fundamentales ¹⁹⁴:

Tabla 18. Cuatro puntos clave de la Entrevista Motivacional

Aceptación	No Juzgar. Implica afirmar, mostrar empatía, apoyar la autonomía del usuario y valorarle auténticamente. No quiere decir aprobar las acciones que hace. Chemsex: este es un aspecto primordial en usuarios, dado que suelen presentar temor al rechazo por prejuicios hacia las conductas sexuales bajo el efecto de drogas y por pertenecer a colectivos estigmatizados.
Evocación	No aconsejar. Se parte de la premisa de que el usuario cuenta con muchas habilidades y fortalezas que hay que evocar y potenciar, no herramientas que le dará el terapeuta. Chemsex: Procurar que el propio usuario relate qué medidas ha tomado para no tener conductas sexuales de riesgo, uso excesivo de drogas, policonsumo, etc.
Colaboración	No confrontar. Colaboración activa entre dos expertos (usuario y terapeuta), puesto que se asume que nadie se conoce mejor que uno mismo. Chemsex: evaluar y preguntar si es capaz de lograr pequeñas metas: eliminar perfiles de aplicaciones, utilizar vías distintas a la inyectada, etc.
Compasión	No mostrarse indiferente. Tampoco identificarse con el usuario o tener lástima. Promover de forma activa el bienestar del otro, dar prioridad a sus necesidades. Chemsex: Considerar el bienestar y la satisfacción en la esfera sexual, el autocuidado en el consumo y en conductas sexuales, valorar la posibilidad de <i>sexo sobrio</i> .

Fuente: elaboración propia a partir de Miller W y Bobes Bascarán M ^{193,194}

Tabla 19. Cinco principios fundamentales de la Entrevista Motivacional

<p>Expresar empatía</p>	<p>Supone aceptar y respetar al usuario, pero no necesariamente aprobarlo. Implica la comunicación de la aceptación de la perspectiva del usuario y el uso de la escucha reflexiva. Empatía también incluye la normalización de la ambivalencia. Chemsex: La empatía es fundamental en el enganche terapéutico y la facilitación del proceso. Permite que los usuarios hablen con libertad, sin sentirse juzgados, lo que suele iniciar un potente proceso catártico.</p>
<p>Desarrollar la discrepancia</p>	<p>Lograr que el usuario reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Esto los lleva a nombrar las razones por las cuales necesitan o desean cambiar, hacer planes y realizar compromisos. Chemsex: Modificar tiempo de sesiones, conductas de riesgo, vías de consumo, policonsumo hasta intentar suspender la práctica de chemsex con pequeños compromisos como borrar contactos, cambiar de número de móvil, búsqueda activa de alternativas de ocio, etc.</p>
<p>Evitar argumentar y discutir con el usuario sobre la conveniencia o utilidad de un cambio</p>	<p>Se pueden crear resistencias. Al evidenciarse la ambivalencia, es importante que los usuarios asuman responsabilidad ante ambas partes: las razones buenas de quedarse como está y las razones para cambiar. Chemsex: favorecer la libertad de continuar acudiendo a consulta aunque existan resistencias y esperar hasta el momento en que el usuario esté listo para el cambio.</p>
<p>Trabajar las resistencias</p>	<p>Supone evitar actitudes que pueden fomentar posibles resistencias. Éstas se conciben como una señal para intentar algo diferente. Desde esta aproximación los terapeutas nunca se oponen directamente a la resistencia, sino que empatizan con el usuario, intentan reencuadrar la conversación o cambiar el foco del área de resistencia. Al detectar resistencia, se dejará una puerta abierta para ejecutar la charla de cambio cuando sea apropiado y el usuario esté dispuesto. Chemsex: en este punto la alianza terapéutica debe ser firme y la confianza suficiente para plantear trabajar las resistencias más adelante en el proceso terapéutico, abriendo la puerta a la discrepancia. Por ejemplo, suele ser difícil que los usuarios de slam deseen hablar de ello y que estén abiertos a un cambio de vía.</p>
<p>Apoyar y fomentar la autoeficacia.</p>	<p>Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Hay que destacar puntos fuertes y habilidades concretas, e incluso reafirmar fortalezas que son evidentes para el usuario y que ha utilizado en otros momentos vitales. Chemsex: plantear pequeñas metas que están dentro de las posibilidades de los usuarios, permite reafirmar la capacidad para el cambio. Por ejemplo, reducir la duración de las sesiones, reducir la cantidad consumida, desinstalar la aplicación de contactos borrando el perfil, etc.</p>

Fuente: Miller W y Bobes Bascarán M ^{193,194}

Para poder aplicar la EM, es fundamental conocer el Proceso Transteórico del Cambio ¹⁹⁵ que está definido en varias etapas o estadios dinámicos, que pueden ir cambiando hacia adelante o hacia atrás y dependiendo de la etapa donde el usuario se encuentre, se aplicarán técnicas específicas.

Estadio de pre-contemplación

Se trata del estadio en el no hay conciencia de que existe un problema, por tanto, desde la perspectiva del usuario no hay nada que cambiar. Por ejemplo, muchos usuarios de chemsex acuden sólo para solicitar información o son traídos por amigos. En la entrevista se evidencia algún tipo de conducta adictiva, pero en ese momento consideran que el consumo está controlado y pueden negar algunas de las consecuencias que tiene el consumo en las diferentes áreas.

Es importante en este momento evitar la confrontación directa e intentar señalar la posible existencia de un problema, fomentar ambivalencia y abrir la puerta para una segunda entrevista, planteando considerar un beneficio en el cambio de conducta.

Estadio de contemplación

El estadio en el que el individuo examina el actual patrón de conducta y el potencial para cambiar en un análisis de riesgo-beneficio. Sabe que existe un problema, pero aún no ha comenzado a realizar conductas que puedan propiciar el cambio. Por ejemplo, con usuarios derivados tras varias visitas a urgencias, en los que consideran que existe un problema, pero aún no valoran iniciar tratamientos ni cambios conductuales: siguen formando parte de entornos con alto consumo, van a lugares donde se suelen utilizar drogas... Nuestra actuación se dirigirá en desarrollar estrategias para movilizar al usuario hacia el estadio de determinación hacia el cambio. En este caso, se puede ampliar la posibilidad de que existan diferentes opciones para controlar su conducta. Algunos ejemplos son desinstalar o quitar las aplicaciones de ligue con geolocalización, o estrategias para no volverlas a instalar, cambiar número de teléfono, poner en evidencia las consecuencias de la vía de utilización de sustancias y plantear la posibilidad de cambio de vía, espaciar sesiones...

Estadio de preparación/determinación hacia el cambio

El estadio en el que el usuario adquiere un compromiso para pasar a la acción de cambiar el hábito, desarrollando un plan terapéutico. Aunque la persona se haya decidido a iniciar el cambio, la ambivalencia no suele estar totalmente resuelta. Por tanto, el plan de acción debe ser aceptable para el usuario, con objetivos concretos, operativos, alcanzables y medibles a corto plazo. En este sentido, plantear la abstinencia no es realista, pero sí llevar a cabo pequeños cambios con respecto al uso de las aplicaciones o mayores cuidados en sus conductas sexuales, como por ejemplo minimizar tiempo empleado en las sesiones, o en las aplicaciones. Dado que esta fase y la fase de acción se pueden dar juntas o en un intervalo de tiempo muy corto entre sí, quizás el usuario ya haya iniciado el contacto con organizaciones de base comunitaria que tengan programas dirigidos a las personas que practiquen chemsex.

Estadio de acción

El usuario da pasos claros para modificar el hábito y comienza a crear uno nuevo. No obstante, hay que estar reevaluando las acciones realizadas de forma constante, para abordar dificultades, posibilidad de recaídas, análisis de situaciones precipitantes y comenzar a instaurar habilidades de afrontamiento. También se fomenta el sentimiento de autoeficacia y de automotivación del usuario. En esta fase, el usuario ya acude a las actividades que se le han ofertado, terapias de grupo, consultas individuales, acepta la toma de medicación si precisase...

Estadio de mantenimiento

Aquí es donde el nuevo patrón de conducta perdura por un extenso periodo de tiempo consolidándose dentro del estilo de vida del usuario. Tras un primer periodo de cambio, durante el cual se está elevado el sentimiento de autoeficacia, puede ocurrir una crisis de distinta intensidad en cada persona, la cual suele acontecer por la añoranza del placer asociado a la conducta que está abandonando o por el sentimiento de vacío que queda tras suprimir dicha conducta. Uno de los aspectos cruciales de esta etapa será evitar caídas y recaídas en el hábito.

En la práctica de chemsex en concreto, hemos detectado que hay que trabajar una etapa de duelo, en el que el usuario debe asumir que no volverá a vivir las experiencias sexuales que vivió durante el consumo de sustancias y que no hay nada que sustituya esta vivencia, aunando terapia en el ámbito sexual para reaprender a tener *sexo sobrio*.

Recaída

En esta etapa las recaídas son frecuentes y esperables dentro del proceso de aprendizaje de instaurar un nuevo hábito y eliminar otro muy arraigado. Se debe diferenciar una recaída ocasional de una mantenida. Si se trata de una recaída puntual se debe reforzar la autoeficacia y automotivación del usuario para mantener los nuevos hábitos sin retomar los anteriores. En este caso, el usuario de chemsex puede sentir que ha fracasado y tardar en volver a entrar en la rueda de cambio, por lo que hay que tener paciencia y esperar. Si el usuario lo ve como una recaída puntual, se debe reforzar sus propias fortalezas para permanecer en la terapia y fomentar el cambio. Es importante identificar la recaída como parte misma del proceso, y retomar el tratamiento desde el trabajo ya realizado, que no ha desaparecido.

Dado que el chemsex es un fenómeno complejo, en el cual existen diversos elementos adictivos además de las sustancias, como el uso de aplicaciones o las propias relaciones sexuales, se debe plantear un abordaje flexible y adaptado a cada situación que el usuario viva como problemática.

Finalización

Hay usuarios que suspenden por completo el uso de drogas en relación con el sexo, a través de terapias sexuales, otras actividades que suplan el ocio asociado al sexo, etc. En el caso de estos usuarios se puede trabajar la utilización de estrategias de manejo de situaciones de riesgo de consumo y ofrecer citas de mantenimiento espaciadas hasta consolidar la abstinencia.

6.3. Intervenciones psicoterapéuticas

Actualmente no se dispone de evidencia científica suficiente para recomendar intervenciones psicológicas específicas con usuarios con prácticas de chemsex. A continuación, se detallan, algunas de los modelos de terapias que se suelen utilizar en el área de las adicciones y que pueden servir como base de tratamiento e intervención con usuarios de chemsex.

Tabla 20. Intervención psicoterapéutica en usuarios de chemsex

Terapia de prevención de recaídas ⁸²	<p>En este modelo de intervención se busca ayudar a la persona para iniciar cambios y mantenerlos a través de la identificación de procesos comportamentales y cognitivos que preceden el consumo de sustancias.</p> <p>En el caso del chemsex, se trabajaría con la persona para identificar distorsiones cognitivas o elementos facilitadores del consumo, como pueden ser el uso de aplicaciones de contactos basadas en geolocalización.</p>
Aproximación al refuerzo comunitario ¹⁹⁶	<p>Se trata de ofrecer al usuario refuerzos positivos en su entorno para favorecer que se mantenga abstinentes, incluyendo el abordaje laboral y residencial del usuario y ocio. También se trabaja identificando antecedentes y consecuencias del consumo.</p> <p>En el caso del chemsex es muy importante identificar antecedentes del consumo tales como utilización de aplicaciones o algunos espacios de ocio nocturno que suponen espacios de elevada distribución de sustancias psicoactivas o de prácticas de chemsex.</p> <p>Asimismo, es esencial ofrecer herramientas para el desarrollo laboral, crear una red de apoyo psicosocial, disponer de alternativas de ocio saludable no relacionadas con la sexualidad y las drogas. Un ejemplo de esta intervención es la desarrollada por la organización comunitaria Apoyo Positivo en ocio terapéutico¹⁹⁷.</p>

<p>Entrenamiento en habilidades interpersonales</p>	<p>El objetivo es que el usuario entrene sus capacidades y conocimientos relativos a habilidades sociales, estilos comunicativos y de afrontamientos para fomentar el autocontrol. La falta de habilidades sociales y la capacidad de autorregulación pueden preceder a la práctica de chemsex, o pueden deteriorarse si se mantiene el consumo. Este modelo de intervención puede ser individual o grupal. En general se trata de una intervención que suele realizarse en los centros de atención a las adicciones.</p>
<p>Terapias grupales</p>	<p>El objetivo de la terapia grupal es ofrecer un espacio seguro donde realizar intervenciones que permitan al usuario trabajar aspectos tales como la regulación emocional, las habilidades interpersonales, etc.</p> <p>La terapia grupal puede convertirse en un espacio donde trabajar algunos aspectos ya descritos previamente como la homofobia interiorizada, el estigma relacionado con algunas prácticas sexuales o la serofobia¹⁹⁷. Existen algunos modelos de terapia grupal que trabajan específicamente el consumo de drogas vinculado a la sexualidad como el desarrollado por Doug Braun-Harvey¹⁹⁸; aunque no es específico para chemsex se pueden adaptar las intervenciones con usuarios GBHSH con prácticas de chemsex.</p>

Fuente: elaboración propia

6.4. Intervenciones farmacológicas

En caso de que se diagnostique un trastorno psicopatológico, dependiendo del tipo y de la gravedad, existen diversas opciones de psicofármacos que se pueden utilizar en el usuario de chemsex. Nos podemos encontrar con distintas situaciones en que precisemos utilizar múltiples psicofármacos, ya sea de forma aguda, por ejemplo, en un episodio psicótico que acude a urgencias o un cuadro de delirium en la interconsulta psiquiátrica, así como de forma subaguda o crónica en la consulta de salud mental o en los Centros de atención a adicciones. Asimismo, psicofármacos con perfiles amplios pueden ser útiles en distintos cuadros.

Dado que en muchas ocasiones cabe la posibilidad de utilizar fármacos fuera de indicación, es preciso analizar en profundidad la necesidad y el beneficio que el usuario puede obtener. Algunos ejemplos son los siguientes: nalmefeno como fármaco *anticraving* o *antipriming*, topiramato y fluoxetina como antiimpulsivos, olanzapina como hipnótico-sedante, gabapentina y pregabalina como ansiolíticos, trazodona como hipnótico, etc.

Dado que hasta la fecha no existen guías ni recomendaciones en el abordaje de los usuarios de chemsex, para facilitar la elección del abordaje psicofarmacológico, se plantean algunos ejemplos y recomendaciones que podrían ser útiles en la práctica clínica:

1. Valorar un régimen posológico sencillo para facilitar adherencia terapéutica.
2. En usuarios con diagnóstico de VIH, habrá que tomar en cuenta diversos factores: ajustar psicofármacos en caso de afectación hepática o renal, posibles interacciones con régimen antirretroviral, situación inmunológica y control virológico, etc. Hacer recomendaciones sobre el uso de psicofármacos es fundamental e informar sobre las posibles interacciones entre psicofármacos, drogas y TAR.
3. En el caso precisar el uso de ISRS (en síndromes depresivo-ansiosos, trastornos adictivos), valorar y consensuar con el usuario la disminución de libido como efecto colateral. En muchas ocasiones se busca este efecto como ayuda terapéutica por lo que ISRS clásicos son recomendables. En el caso de que no se desee este efecto, se puede valorar uso de otros fármacos como mirtzapina, trazodona, bupropion o vortioxetina ¹⁹⁹.
4. En el caso de presentar un trastorno adictivo, si es posible, no utilizar benzodiazepinas o sólo usarlas como tratamiento de *ataque* o desintoxicación por un breve periodo de tiempo, idealmente no mayor de dos semanas para posteriormente cambiar a otros fármacos con efecto sedante como gabapentina o pregabalina. Como hipnóticos se puede valorar el uso de trazodona o mirtzapina e incluso de olanzapina. Evitar quetiapina por potenciales interacciones con TAR.
5. En cuadros de agitación psicomotriz en caso de intoxicación por estimulantes, es recomendable usar benzodiazepinas como primera línea de tratamiento, asociando antipsicótico de segunda generación en caso de presentar síntomas psicóticos. Es útil la olanzapina por sus diversas presentaciones y efecto sedante o aripiprazol intramuscular asociado a una benzodiazepina parenteral. En el caso de abstinencia por GHB valorar ingreso en UCI en casos graves, uso de benzodiazepinas en vida media larga y sedación con Propofol ⁸⁴.
6. Psicosis aguda-subaguda. Usar antipsicóticos de segunda generación. Valorar paliperidona por escaso potencial de interacciones y uso depot. Aripiprazol depot puede presentar un efecto *anticraving*.

Tabla 21. Situaciones clínicas y alternativas farmacológicas

SITUACIONES CLÍNICAS	ALTERNATIVAS PSICOFARMACOLÓGICAS
Trastornos depresivos	<p>ISRS: valorar y consensuar con el usuario la disminución de libido como efecto colateral. En muchas ocasiones se busca este efecto como ayuda terapéutica por lo que ISRS clásicos son recomendables. En el caso de que no se desee este efecto, valorar uso de Vortioxetina u otra familia de antidepresivos, como mirtazapina, trazodona o bupropion. Bupropion: efecto activador. Ha mostrado eficacia en estados depresivos durante la abstinencia a estimulantes ²⁰⁰</p> <p>VIH: menos interacciones con citalopram y escitalopram por débil acción sobre el sistema del citocromo P450 ²⁰¹.</p> <p>Mirtazapina, mianserina: efecto hipnótico-sedante. Vigilar incremento de peso. Escasa alteración de libido.</p> <p>Duales: Duloxetina, Venlafaxina: cuadros duales como primera opción, sobre todo con alcohol. Cuadros graves con ideación suicida ²⁰².</p> <p>Trazodona: valorar uso como hipnótico.</p> <p>Tianeptina: escasas interacciones, efecto ansiolítico destacable.</p>
Trastornos adictivos (sustancias, sexo, Apps)	<p>Fármacos <i>anticraving-antipriming</i>: Fluoxetina, Topiramato, Nalmefeno, Naltrexona: vigilar función hepática</p> <p>Vigilar interacciones.</p> <p>Nalmefeno útil en uso “a demanda”. Fuera de indicación.</p> <p>Mirtazapina ha demostrado ser beneficioso en trastorno por consumo de metanfetamina ¹⁹⁹.</p>
Trastornos de ansiedad	<p>ISRS: buscar menos interacciones</p> <p>Benzodiacepinas: usarlas por tiempo breve</p> <p>Gabapentina, pregabalina: uso alternativo a benzodiacepinas como ansiolíticos.</p>
Psicosis (aguda, subaguda)	<p>Antipsicóticos: utilizar de segunda generación.</p> <p>Olanzapina: efecto hipnótico-sedante rápido. Paliperidona: escaso potencial de interacciones. Aripiprazol: posible efecto <i>anticraving</i>.</p>

Fuente: elaboración propia

6.5. Intervención en urgencias e interconsulta psiquiátrica

Finalmente, queremos destacar algunas recomendaciones para entornos clínicos donde se requieren intervenciones agudas o subagudas como puede ser la urgencia o la interconsulta psiquiátrica. En el contexto del chemsex pueden existir diferentes situaciones que generan una demanda de valoración psiquiátrica durante un ingreso o una urgencia psiquiátrica. Puede tratarse de complicaciones médicas relacionadas con el consumo (como por ejemplo intoxicación grave por GHB o infección de vías periférica), complicaciones psiquiátricas derivadas del consumo (síntomas psicóticos en contexto de consumo, ideación autolítica en estado de intoxicación) y también pacientes que son valorados por otros motivos pero que presentan problemas derivados de la práctica de chemsex.

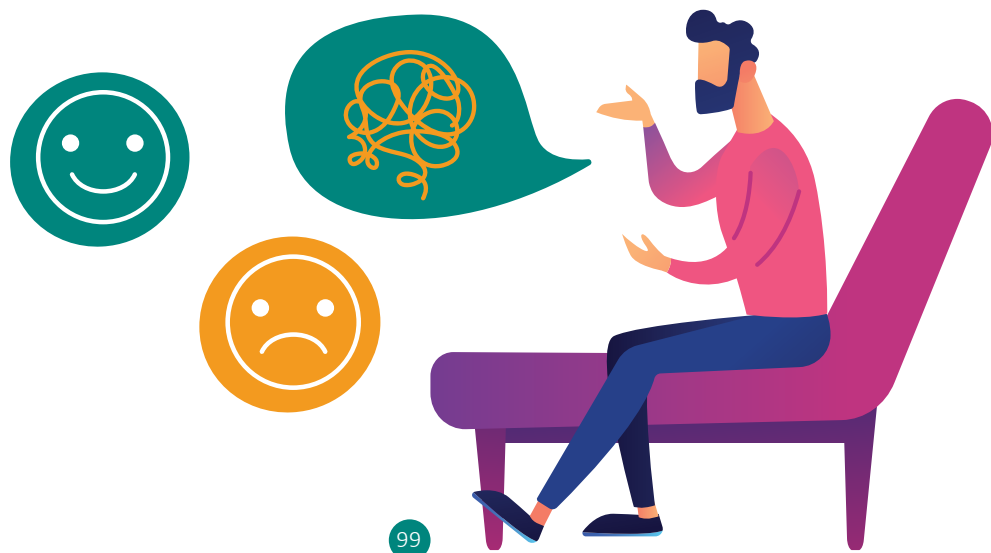
A continuación, se ofrece una síntesis de las principales recomendaciones en el manejo en urgencias e interconsulta:

- Abordaje sindrómico de las intoxicaciones o síndromes de abstinencia agudos (teniendo en cuenta la frecuencia del consumo, policonsumo y la posibilidad de interacciones farmacológicas).
- Realizar un adecuado despistaje médico general que puede incluir analítica completa (hemograma, coagulación, bioquímica y perfil hepático), serologías, ECG y placa de tórax.
- Valorar la administración de tratamiento sintomático agudo (benzodiazepinas o antipsicóticos) si precisa.
- Descartar posibilidad de haber sufrido abuso o agresión sexual.
- Valorar necesidad de tratamiento con profilaxis post-exposición dentro de las primeras 72 horas tras la práctica de riesgo para adquirir VIH.
- Coordinación con Medicina Interna para tratamiento de principales complicaciones somáticas como lesiones traumáticas, infecciones agudas de transmisión sexual e infecciones locales y sistémicas.

Debido a las características del entorno clínico tanto en urgencias como en la interconsulta, suelen ser útiles intervenciones breves centradas en ofrecer información actualizada sobre los diferentes aspectos clínicos de las diferentes sustancias y patologías psiquiátricas. Tanto versiones breves de la entrevista motivacional, como el modelo FRAMES son marcos que pueden ser útiles para trabajar la motivación al cambio tanto en relación con el consumo de sustancias como en relación con conductas sexuales compulsivas o de riesgo para la adquisición de ITS.

Los principios del MODELO FRAMES ²⁰³ se resumen a continuación:

- Dar un adecuado *feedback* por parte del profesional que atiende al usuario de la información relativa al uso de drogas, con efectos esperados y posibles complicaciones asociadas a su consumo agudo y crónico.
- Fomentar la responsabilidad al usuario sobre su conducta y las decisiones sobre el uso de sustancias. En el caso del chemsex es importante vincular el uso de drogas con los efectos sobre la sexualidad.
- Ofrecer consejo claro, objetivo e imparcial en relación con cómo reducir los daños asociados con la práctica de chemsex. Se han de ofrecer estrategias eficaces basadas en modelos de reducción de daños si el usuario no desea buscar la abstinencia. Puede ser útil el documento publicado por el Ministerio de Sanidad *Reducción de riesgos en chemsex* elaborado por profesionales especialistas en chemsex ²⁶.
- Ofrecer diferentes estrategias y opciones terapéuticas. Tal y como se ha descrito en este capítulo, es esencial poder disponer de diferentes herramientas farmacológicas y psicoterapéuticas que puedan adaptarse a cada usuario. En el contexto de chemsex en muchas ocasiones es necesaria la combinación de intervenciones desde el área de psiquiatría, psicología, trabajo social y sexología.
- Potenciar la autoeficacia percibida. Como en otros procesos adictivos, es importante aprovechar las oportunidades para detectar posibles fortalezas del usuario y cambios ya realizados y que pueden facilitar la movilización hacia conductas menos problemáticas o con mayor capacidad de control.





7. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

7.1. La importancia de un abordaje integrado

Como hemos visto anteriormente, el chemsex es un fenómeno complejo y los usuarios con estas prácticas pueden presentar múltiples problemas asociados. En general el abordaje del chemsex requiere la participación de varios tipos de servicios y equipos, que deberán coordinarse entre sí para ofrecer un tratamiento integrado e interdisciplinar. De ahí la importancia de que cada profesional conozca quiénes son el resto de agentes y su papel en esa atención conjunta.

Las puertas de entrada en el circuito asistencial suelen ser aquellos servicios en los que los usuarios demandan su primera atención, pero también hay equipos que realizan cribado sobre chemsex y detectan casos, como ocurre en muchos centros de ITS, unidades de VIH, programas de pruebas rápidas de entidades comunitarias...

El abordaje del chemsex requiere la participación de varios tipos de servicios y equipos

En los siguientes apartados se ofrece una relación de diferentes recursos que participan en el abordaje del chemsex, incluyendo una breve descripción del tipo de atención que prestan. Se enumeran en primer lugar recursos que forman parte de la red asistencial pública. Y a continuación se presentan algunos ejemplos de servicios especializados puestos en marcha por organizaciones comunitarias que, desde el primer momento, han sido pioneras en implementar servicios para la atención a las necesidades de salud de estos usuarios.

En último lugar se exponen algunos de los desafíos en la intervención multidisciplinar, así como propuestas de buenas prácticas para realizar un abordaje integral.

7.2. Abordaje del chemsex desde diferentes servicios públicos

Los equipos que intervienen en el abordaje deben coordinarse entre sí para ofrecer un tratamiento integrado e interdisciplinar

Tal y como se recoge en el Documento técnico de abordaje del chemsex del Ministerio de Sanidad ²⁶, entre los recursos asistenciales públicos que intervienen para atender las necesidades de salud de los usuarios de chemsex, destacan los siguientes:

- **Centros de atención a las adicciones.** Se trata de servicios interdisciplinares que abordan de manera específica tanto las adicciones a sustancias como las adicciones comportamentales. Pueden trabajar tanto con objetivos de abstinencia como de reducción de riesgos. Muchos centros prestan, además de la atención personalizada al usuario, atención a su pareja o familia, y algunos de ellos ofrecen también atención grupal. En algunas de las grandes ciudades los usuarios de chemsex son referidos prioritariamente a determinados centros que ya cuentan con más experiencia en su abordaje y que actúan como centros de referencia para estos perfiles. Se ha observado que el uso de drogas por vía intravenosa, así como el de metanfetamina fumada, puede llegar a generar un trastorno por consumo de sustancias grave. En estos casos, la derivación a comunidades terapéuticas o centros de deshabituación de la red de drogas está indicado y suele ser de beneficio para los usuarios, sobre todo cuando se aborda de forma integral la patología adictiva y otros trastornos mentales. Estos ingresos suelen durar 2-3 meses y permiten la reestructuración de varios aspectos psicosociales de los usuarios. La red de drogas también cuenta con pisos tutelados y pisos de reinserción que pueden beneficiar a usuarios graves y con situaciones sociales precarias.
- **Centros de ITS.** Por sus prácticas sexuales, los usuarios de chemsex pueden estar especialmente expuestos a contraer infecciones de transmisión sexual, requiriendo por ello la realización de pruebas de ITS con mayor frecuencia. Muchos de los equipos de estos centros aprovechan su contacto habitual con los usuarios para realizar preguntas y valoraciones que les permiten detectar el consumo de drogas en contextos sexuales. A través de sus intervenciones pueden, entre otras intervenciones, diagnosticar y tratar ITS, realizar estudios de contactos, facilitar el acceso a PrEP, difundir mensajes de salud, y valorar la oportunidad de derivar al usuario a otros servicios cuya intervención pueda ser pertinente para abordar sus necesidades de salud.

- **Servicios de enfermedades infecciosas / unidades de VIH.** Una parte importante de los pacientes atendidos en estas unidades son hombres GBHSH. A su vez, las evidencias muestran que el chemsex es más prevalente entre los GBHSH con el VIH. Desde el inicio de la aparición de este fenómeno los equipos de las unidades de VIH mostraron su preocupación por las implicaciones que estas prácticas podían tener en la adherencia a los tratamientos del VIH, en las interacciones entre las drogas y los antirretrovirales, y en la salud general de los usuarios de chemsex. Como estos equipos profesionales mantienen contacto periódico con los pacientes, suponen un recurso idóneo para la detección del chemsex y para el abordaje de algunas de sus facetas, incluyendo una supervisión más estrecha, proporcionando información y asesoramiento, prestando especial atención al riesgo de infección o reinfección del VHC, detectando consumos y prácticas problemáticas, y canalizando derivaciones al resto de servicios cuya atención pueda requerir el paciente.
- **Servicios de farmacia hospitalaria.** Estos servicios, a los que tienen que acudir de manera periódica los pacientes en tratamiento del VIH para recoger su medicación, pueden ser también un punto a implicar en la difusión de materiales preventivos y otras acciones en las que se coordinen con los servicios hospitalarios de infecciosas / unidades de VIH.
- **Servicios de salud mental:** Estos servicios, ya sea en el abordaje ambulatorio como unidades de hospitalización, unidades de enlace-interconsulta y urgencias psiquiátricas etc., son los responsables del manejo de la patología psiquiátrica que puede presentarse asociada a las prácticas de chemsex, como puede ser patología afectiva, psicótica, ideación suicida, etc.
- **Urgencias hospitalarias:** Las urgencias hospitalarias pueden ser el punto de acceso al sistema sanitario, principalmente debido a alguna consecuencia relacionada con la salud mental (síntomas psicóticos en contexto de consumo de sustancias, ideación suicida), salud física (infección de vías periféricas, sobredosis de GHB) o salud sexual (p. ej. tras prácticas sexuales de alto riesgo de adquisición de VIH que requieran PEP). En este tipo de servicios se pueden realizar detección, evaluación, intervención breve y tratamiento de la intoxicación / patología médica agudo y derivación a recursos.
- **Atención primaria.** La alta accesibilidad y cercanía de los Centros de Atención Primaria (CAP), puede hacer que sean también un espacio para la detección de problemas de salud relacionados con el chemsex, especialmente en aquellos entornos urbanos en los que este fenómeno resulta más prevalente.

Por otra parte, en el documento “Recomendaciones de expertos para la mejora del manejo del abordaje integral del fenómeno del chemsex en España” ²⁰⁴, se describen los objetivos de la intervención en cada tipo de recurso asistencial como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 22. Objetivos de la intervención según el tipo de recurso asistencial

RECURSO ASISTENCIAL	DETECCIÓN	EVALUACIÓN	CONSEJO BREVE	TRATAMIENTO AGUDO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	TRATAMIENTO CRÓNICO ADICCIONES	TRATAMIENTO TRASTORNO MENTAL GRAVE	ITS	ESFERA SEXUAL (DIF SEXUALES)
ATENCIÓN PRIMARIA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ			SÍ	
URGENCIAS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ			SÍ	
CENTROS SALUD SEXUAL	SÍ	SÍ	SÍ				SÍ	SÍ
UNIDADES DE VIH HOSPITALARIAS	SÍ	SÍ	SÍ				SÍ	
SALUD MENTAL	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ		SÍ
CENTROS ADICCIONES	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ			
FARMACIA HOSPITALARIA	SÍ							
RED PRUEBAS RÁPIDAS	SÍ							

Fuente: Pérez Valero I et al. ²⁰⁴

7.3. Abordaje del chemsex desde las organizaciones de base comunitaria

Al igual que ocurrió décadas atrás con los retos planteados por la aparición del VIH, las entidades de base comunitaria se situaron también desde el inicio en la primera línea de la respuesta al fenómeno del chemsex.

Las entidades de base comunitaria se situaron desde el primer momento en la primera línea de la respuesta al fenómeno del chemsex

Fueron las primeras en implementar servicios asistenciales especializados para responder a las necesidades de salud de estos usuarios, y en publicar materiales divulgativos dirigidos a la prevención en este contexto. Destacan en este sentido las aportaciones de entidades LGTBQ+ como Stop Sida, entidades dedicadas a la respuesta al VIH como Apoyo Positivo y otras enfocadas a la reducción de riesgos en el consumo como Energy Control ^{142,204}.

Tal y como señalan diferentes autores ^{6,205} estas entidades permiten la participación de la propia comunidad en el diseño e implementación de estrategias de prevención y tratamiento partiendo de sus propias necesidades ²⁶. Las cualidades que mejor valoran los usuarios respecto a la atención por parte de las organizaciones comunitarias son la cercanía y accesibilidad, y la confianza de que sus profesionales cuentan con las competencias culturales LGTBQ+ adecuadas para abordar con naturalidad aspectos sexuales y de consumo, con un enfoque libre de juicios morales ¹⁹⁷. Se trata de espacios que van más

allá del enfoque biomédico clásico que suele ser utilizado en otros centros sanitarios, incluyendo la perspectiva de los derechos humanos, la perspectiva de género y el respeto a la diversidad sexual.

La labor que llevan a cabo estas entidades en el ámbito del chemsex varía mucho de unas a otras, incluyendo intervenciones como:

- Atención psicológica
- Atención sexológica
- Atención psiquiátrica
- Educación sexual y psicoeducación
- Pruebas de VIH, hepatitis víricas y otras ITS
- Ocio terapéutico
- Grupos de autoayuda y grupos terapéuticos
- Formación de pares y atención ofrecida por los mismos
- Detección y evaluación de casos con uso problemático y derivación y coordinación con otros recursos
- Formación de profesionales
- Actuaciones de información y sensibilización, celebración de eventos y jornadas
- Publicación de materiales de preventivos, folletos, vídeos, páginas web...
- Intervenciones de prevención y reducción de riesgos
- Dispensación de parafernalia de consumo, preservativos, lubricante etc.
- Investigación y divulgación científica

Los abordajes descritos están personalizados y se realizan en función de los objetivos del usuario, tanto si se propone la abstinencia como si desea reducir los riesgos de estas prácticas. Algunas de estas actuaciones realizadas por organizaciones comunitarias, como la atención psicológica y el asesoramiento sobre reducción de riesgos, están disponibles también en formato online, incluyendo además la participación de cibereducadores que tienen perfiles en las aplicaciones de contactos gais.

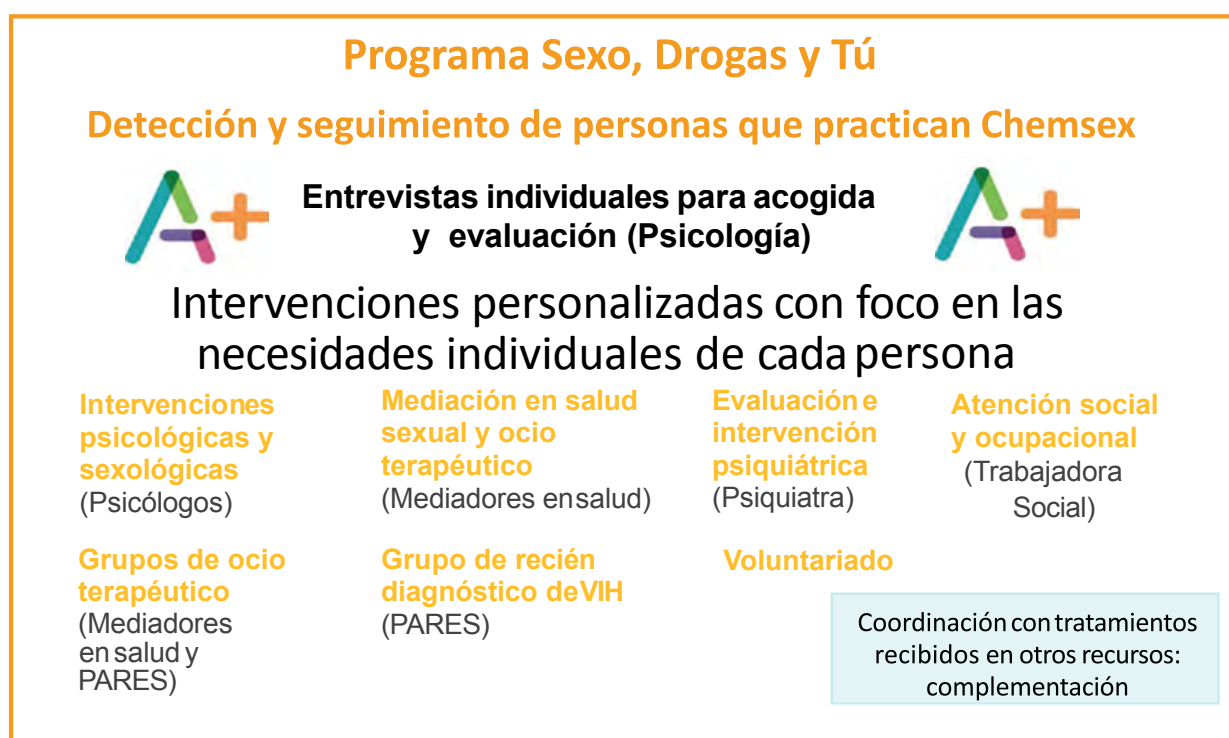


Aspectos mejor valorados por los usuarios sobre la atención de las organizaciones comunitarias: cercanía, accesibilidad, naturalidad para abordar aspectos sexuales y de consumo, enfoque libre de juicios morales

En nuestro país son especialmente relevantes las intervenciones realizadas por las organizaciones comunitarias Apoyo Positivo y Stop Sida, de las que se amplía más información en las siguientes fichas:

FICHA 1: PROGRAMA SEXO, DROGAS Y TÚ - Apoyo Positivo (Madrid).

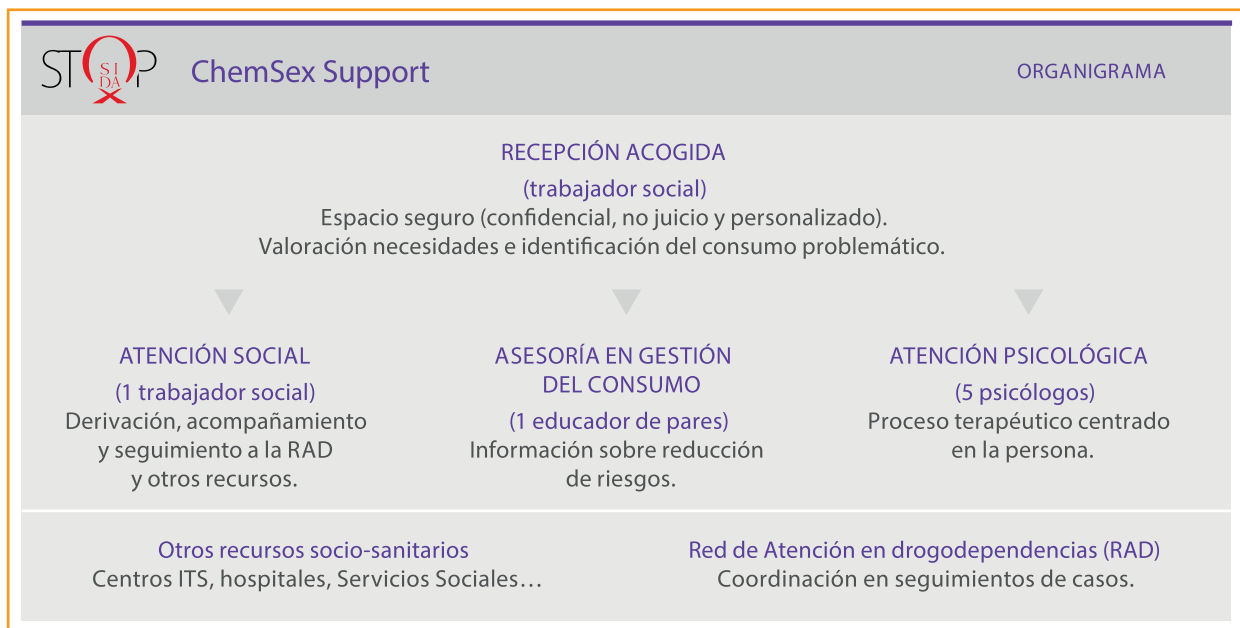
Surge en 2016. Se trata de un programa que ofrece un abordaje integral del usuario con prácticas de chemsex. A finales de 2019, habían atendido más de 230 usuarios. Trabaja en coordinación con las unidades de VIH, servicios de salud mental y centros de atención a las adicciones. Realiza intervenciones tanto en formación, como prevención y tratamiento. Dispone de profesionales especializados en salud mental, adicciones, sexología, ocio terapéutico y trabajo social. En la siguiente gráfica se puede ver un esquema del modelo de abordaje integral de Apoyo Positivo:



Fuente: Apoyo Positivo ²⁰⁶

FICHA 2: CHEMSEX SUPPORT - STOP SIDA (Barcelona).

Desde 2015, Stop Sida viene desarrollando el programa ChemSex Support, prestando atención psicológica y social individualizada, confidencial y gratuita. Resalta en su proyecto la intervención realizada por iguales, incorporando también la perspectiva de género y de la diversidad sexual y la vivencia de otras situaciones, como el diagnóstico de VIH o la migración. Este programa parte de un modelo centrado en las necesidades del usuario y con una intensa coordinación con otros recursos públicos y comunitarios.



Fuente: Stop Sida²⁰⁷

7.4. Propuestas para un abordaje integrado del chemsex

En muchas de nuestras ciudades todavía existen ciertas barreras para que los usuarios de chemsex accedan a una atención profesional adecuada cuando lo necesitan. Los circuitos asistenciales no están lo suficientemente definidos y publicitados a nivel local. Hay profesionales que requieren actualizar y mejorar su nivel de formación. Y buena parte de los abordajes que se realizan requieren aumentar el nivel de colaboración y coordinación entre los equipos que participan en ellos, estableciendo protocolos formales.

A continuación, se plantean estas y otras limitaciones detectadas, acompañadas de propuestas que podrían mejorar la forma en que se presta esta atención para avanzar hacia abordajes integrados.

Tabla 23. Limitaciones detectadas en el abordaje del chemsex y propuestas

LIMITACIONES DETECTADAS	PROPUESTAS
Necesidad de formación adecuada en competencias culturales LGTBQ+, en las sustancias psicoactivas usadas en el contexto del chemsex, y en el manejo de complicaciones médicas, psiquiátricas y sociales relacionadas.	Aumentar la oferta de formación de modo que se garantice que los usuarios sean atendidos por profesionales con la preparación adecuada. Esto resulta más prioritario en las ciudades en las que el fenómeno del chemsex es más prevalente.
Sentimientos de vergüenza por parte de los usuarios, miedo a sentirse juzgado o a no encontrar apoyo adecuado. Escasa atención al abordaje de los aspectos relacionados con la faceta sexual del chemsex.	Ofrecer a los profesionales de adicciones, salud mental etc. una formación adecuada sobre el abordaje de aspectos relacionados con la sexualidad. Incorporar sexólogos a los equipos de los centros de referencia que atienden un mayor volumen de usuarios de chemsex.
Carencia de programas específicos y de un circuito asistencial definido y fácilmente localizable para los usuarios de chemsex.	Estudiar y definir el circuito asistencial en las principales ciudades, establecer las puertas de entrada, difundirlo en los medios adecuados.
Pervivencia de posiciones profesionales maximalistas cuyo abordaje contempla únicamente el abandono del consumo de drogas y de las prácticas sexuales de riesgo.	Diversificar los abordajes incluyendo la perspectiva de la reducción de riesgos. Garantizar una atención profesional libre de juicios morales.
Abordajes no integrados, realizados de forma paralela en diferentes centros (centro de salud mental, unidad de VIH, centro de atención a las adicciones...). Dificultades de coordinación entre profesionales de los recursos públicos y entre éstos y las organizaciones de base comunitaria.	Diseñar protocolos formales de intervención y de coordinación entre los diferentes equipos o servicios implicados en el abordaje de los problemas médicos, psiquiátricos, sexuales, sociolaborales etc. del usuario de chemsex. Promover un abordaje integrado y congruente, evitando atenciones paralelas descoordinadas.
Limitaciones de acceso debido a la franja horaria en que se ofrecen las citas.	Ofrecer horarios de visita que incluyan citas en las tardes, reduciendo así barreras para quienes temen tener que dar explicaciones si se ausentan del trabajo para recibir atención profesional.
Dificultades para que los usuarios puedan participar de manera efectiva en la reflexión sobre cómo abordar su situación y cómo diseñar y organizar servicios para prestarles una atención adecuada.	Ampliar opciones y cauces de participación de los usuarios en el propio diseño de los servicios, especialmente con la colaboración de las organizaciones comunitarias. Promover un enfoque centrado en el usuario y sus necesidades de salud.

Fuente: elaboración propia



8. CASOS CLÍNICOS

Como se ha ido ilustrando a lo largo del documento, el abordaje de los usuarios con prácticas de chemsex supone en muchas ocasiones un desafío para los profesionales de la psiquiatría. Desde estas páginas se ha tratado de ofrecer herramientas útiles en el contexto clínico para adaptar las intervenciones en salud mental a este perfil de usuarios. A lo largo del texto, se han aportado datos sobre la situación del chemsex en España y sobre las sustancias más habitualmente utilizadas, así como una serie de recomendaciones para la valoración e intervención con los usuarios, y para la coordinación con otros recursos. En estas propuestas se le da un especial protagonismo a la incorporación de las competencias culturales LGBTQ+ en la práctica clínica psiquiátrica.

Como cierre del documento, se presentan a continuación dos casos clínicos reales, desarrollados por los psiquiatras autores de esta publicación. Esperamos que su contenido ayude a ilustrar algunos de los retos clínicos diferenciales y específicos a los que nos enfrentamos con usuarios de chemsex, mostrando al mismo tiempo ejemplos de intervenciones que podrían ser beneficiosas para su abordaje.

8.1. CASO CLÍNICO 1

Motivo de consulta

Varón de 27 años, de origen latinoamericano, que acude a consulta de psiquiatría de la organización comunitaria Apoyo Positivo.

Antecedentes familiares

No presenta antecedentes de importancia.

Antecedentes personales de salud mental

No refiere antecedentes psiquiátricos.

Antecedentes médicos

Diagnóstico de VIH hace dos años, con carga viral indetectable y en tratamiento antirretroviral (TAR), con seguimiento adecuado. Diversas infecciones de transmisión sexual en el último año: tres episodios de sífilis, uno de gonorrea, condilomas, infección de VHC.

Consumo de tóxicos

Nunca había consumido drogas, hasta hace dos años en que comienza a utilizar aplicaciones de contactos para conocer gente y descubre las *sesiones* de chemsex. Reconoce el consumo activo y diario de mefedrona y metafetamina intravenosos, desde hace unos 3 meses, sin especificar dosis ya que depende de la disponibilidad. Presenta tolerancia, sintomatología abstinencial e importante *craving*. Ha intentado dejar de consumir sin éxito. Tiene importantes deudas económicas y está a punto de perder el trabajo ya que ha faltado mucho.

Datos biográficos destacables

Reside en España desde hace 5 años “para vivir con libertad”. Emigra solo y consigue trabajo como camarero, con un contrato indefinido. Aunque refiere una educación conservadora, sus padres le quieren y le apoyan “a pesar de ser homosexual”. Sentimientos de vergüenza y malestar durante la adolescencia en relación con homosexualidad, con situaciones de *bullying* en el colegio.

Episodio actual y evolución

En 2017 acude por primera vez a la organización de base comunitaria Apoyo Positivo y es valorado por psiquiatra. Acude en tres ocasiones, rechaza derivación a ningún otro profesional. Reconoce el consumo activo y diario de mefedrona y metanfetamina intravenosos. En todas las entrevistas el usuario describe síntomas psicóticos. Se muestra inquieto, sudoroso y muy suspicaz. Relata en voz baja que está convencido de que sus parejas sexuales le han estado grabando sin su consentimiento, a través de cámaras ocultas en su cuerpo, por ejemplo, en los pezones, lo que le asusta y le ha llevado incluso a salir semidesnudo a la calle para pedir ayuda a la policía.

Al explicarle que quizás esta vivencia tenga que ver con su consumo de drogas, lo duda, aunque en algún momento reconoce que podría ser. No obstante, es incapaz de dejar de consumir y de acudir a *sesiones*, ya que no soporta estar solo. Se le ofrece medicación antipsicótica explicándole que ésta puede ayudarle a controlar la ansiedad que presenta, pero refiere que “no tiene dinero para comprarla” e incluso la rechaza al ofrecerle un *blíster* de pastillas en mano. En la cuarta consulta se va de la sala de espera, que está llena, aludiendo que “estaba tardando mucho en verle”.

El usuario deja de acudir a Apoyo Positivo. Regresa en 2019. Relata que al inicio de 2018 acudió a un Centro de Atención a las Adicciones (CAD), del que le derivaron a un Centro de Deshabitación en régimen de ingreso por 3 meses. En este centro no se sentía cómodo ni integrado con el resto de los usuarios, con la sensación de que su problemática era distinta y en ningún momento se abordaron temas de sexualidad en su tratamiento. Durante su ingreso le inician tratamiento con aripiprazol 10 mg diarios, desvenlafaxina 100 mg diarios y clorazepato dipotásico 30 mg diarios.

Presenta recaída prácticamente inmediata tras el alta, nuevamente realizando uso intravenoso *slam* en sesiones y a veces solo en casa, utilizando webcam. Es necesario trabajar de nuevo la adherencia terapéutica. Se le ofrece ingreso en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para desintoxicación.

Aunque inicialmente se muestra receloso, lo rechaza, argumenta que se encuentra solo en España y tiene que buscar trabajo... Tras varias entrevistas, reconoce que presenta síntomas psicóticos durante el consumo, que van cediendo al día siguiente, hasta consumir de nuevo. Acepta cambio a aripiprazol depot, lo que le ayuda a reducir el consumo de drogas a 3 ó 4 veces por semana (antes era diario).

Acepta comenzar a recibir atención psicológica, mantiene seguimiento estrecho con dos consultas semanales. Acepta ingresar, acordando que se le llame por teléfono cuando haya una cama disponible. Tras unos días, se le cita y acude desde una *sesión* para realizar el ingreso hospitalario.

Durante la valoración inicial se aprecia un absceso en brazo, por lo que requiere cirugía urgente y antibióticos intravenosos. Durante la primera semana de ingreso se muestra muy suspicaz, disfórico e inquieto, requiere altas dosis de medicación para paliar sintomatología abstinencial (gabapentina 2400 mg diarios, clonazepam 6-8 mg diarios, olanzapina 15 mg diarios y trazodona 200 mg diarios). Durante el ingreso habla por Skype con sus padres, les cuenta que tiene diagnóstico de VIH y que está ingresado por consumo de drogas (hasta entonces no había compartido nada de esto con su familia).

Tras 3 semanas se da de alta y se realiza un seguimiento intenso desde la entidad comunitaria Apoyo Positivo y desde el programa específico de chemsex del CAD. Se tramita una incapacidad laboral temporal y se le propone cambiar de número de teléfono, borrando contactos y sólo utilizando datos para llamar por Skype a sus padres (que se encuentran en su país de origen).

Accede a acudir a actividades de ocio terapéutico, talleres de orientación laboral y terapia grupal. Evoluciona favorablemente, lo que permite retirar de forma paulatina toda la medicación, manteniendo tras 3 meses la desvenlafaxina 100 mg diarios y trazodona 100 mg con finalidad hipnótica. Logra encontrar un trabajo y mantiene abstinencia a sustancias (6 meses) y acude a grupos de terapia sexual en programa realizado en un Centro de atención a las acciones en coordinación con Apoyo Positivo, donde se trabajan aspectos como aprender a disfrutar del sexo sin drogas.

Recaída en marzo de 2020

Ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría de un hospital general, tras presentar episodios de agitación psicomotriz en casa, con amenazas suicidas (amenazaba con tirarse por la ventana). Relata que desde el confinamiento por coronavirus prácticamente se encierra solo en su habitación y practica *slam* con metanfetamina con dosis de 0.5 gramos diarios. En esta ocasión el consumo se realiza mientras ve pornografía, entrando a chats donde se comparten vídeos e imágenes de usuarios practicando slam y foros con webcam.

Llega a presentar síntomas psicóticos inducidos, que desaparecen tras el cese del uso de sustancias psicoactivas. Llega a pensar que el confinamiento es mentira y se sorprende al salir un día de casa a comprar sustancias y es detenido por la policía, con lo que concluye que hay una conspiración contra él porque “él es el coronavirus”. El episodio de agitación se produce en contexto de abstinencia, al solicitar dinero a su compañera de casa y ésta negárselo. Finalmente es echado de la casa. Pierde también el trabajo y posteriormente el subsidio, por no acudir a la cita correspondiente. Se encuentra sin hogar y acude al hospital presentando sintomatología abstinencial a metanfetamina.

Se realiza desintoxicación y, tras un mes de ingreso en el hospital, a través de la coordinación con un CAD, se consigue plaza en un piso de apoyo al tratamiento.



8.2. CASO CLÍNICO 2

Motivo de consulta

Usuario de 29 años que acude a consultas externas de psiquiatría derivado desde unidad de VIH por “problemas con las drogas”.

Antecedentes familiares

Hermana con diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

Antecedentes personales de salud mental

Intento autolítico y episodio depresivo a los 27 años. No consulta con profesionales de salud mental ni recibe tratamiento.

Antecedentes médicos

Diagnosticado de infección por VIH hace 3 años con buen control. Tratamiento antirretroviral (TAR): elvitegravir / cobicistat / emtricitabina / fumarato de alafenamida de tenofovir. Refiere haber tenido sífilis en tres ocasiones (en los años 2011, 2013 y 2017) por las que recibió tratamiento antibiótico con buena respuesta. VHA diagnosticada en 2011. VHC curada, tratada en 2017.

Consumo de tóxicos

- Consumo de cannabis desde los 16 hasta los 26 años, patrón de abuso (0.5 gramos por mes), restringido a los fines de semana. Abandona uso de cannabis tras diagnóstico de VIH.
- Consumo de alcohol desde los 16 hasta los 26 años, alrededor 8 litros de cerveza semanales, fundamentalmente los fines de semana.
- Desde los 26 a la actualidad, disminuye el consumo de alcohol a 2 veces al mes, en contexto recreativo, con cantidades de aproximadamente 3 litros de cerveza al mes.
- Consumo de MDMA desde los 23 hasta los 26 años. No identifica cantidad exacta, alrededor de una pastilla al mes. No intoxicaciones graves asociadas al consumo.
- Consumo de mefedrona. Inicio de consumo hace 9 meses hasta la actualidad. Refiere inicialmente consumo una vez al mes, alrededor de 1 gramo por episodio. Inicialmente sólo por vía esnifada.

- Últimos 3 meses: Mefedrona inyectada una vez al mes, esnifada una vez por semana (consumo medio de 1 gramo por semana). Consumo de GHB: inicio de consumo hace 9 meses, al mismo tiempo que la mefedrona “un cuarto de bote por *sesión*”. Tres *chungos*: episodios de bajo nivel de conciencia; en dos ocasiones requirió valoración médica. También refiere inhalaciones de cloruro de etilo en contexto sexual (alrededor de 5 inhalaciones por *sesión*, desconoce dosis). No identifica problemas asociados al consumo de cloruro de etilo. Refiere uso de *poppers* y sildenafilo cuando utiliza mefedrona.

Datos biográficos destacables

Refiere embarazo e infancia sin complicaciones ni eventos traumáticos. Posteriormente recuerda muchas discusiones de sus padres en casa durante su adolescencia. Los padres se divorcian cuando él tenía 14 años. Sufre acoso en el instituto; él lo relaciona con ser tímido y con expresión de género no normativa, “tenía mucha pluma” y su interés por el mundo del arte. A los 15 años comienza a mantener las primeras relaciones sexuales, a través de contactos por internet. Describe sus primeras relaciones sexuales como muy impulsivas inicialmente; “hacía cualquier cosa para no estar en casa” “las cosas en casa estaban fatal, con muchos gritos y prefería no tener que estar allí”. Utiliza aplicaciones desde hace siete años. Refiere utilizar *Grindr* “como vía de escape”, “me agobio y me meto en *Grindr*”, “tengo mucho que estudiar y quedo con alguien”, “discuto con algún amigo y para evadirme quedo con alguien”.

Relata que actualmente utiliza todos los días aplicaciones de contacto una media de 2 horas diarias. Suele quedar para encuentros sexuales una vez por semana. Describe sentimientos a veces de tristeza, otras de frustración tras el uso de aplicaciones, otras veces refiere que “le ayuda a calmar su soledad”. Alterna algunas relaciones sexuales definidas como compulsivas “para calmar la ansiedad... si no quedo no consigo dejar de pensar en sexo” con otras que identifica como más placenteras. Relata uso habitual de preservativo en relaciones sexuales anales. Refiere haber practicado sexo anal insertivo y receptivo sin uso de preservativo al menos en 5 ocasiones en los últimos meses. En la actualidad vive con su pareja desde hace varios meses, no dispone de ingresos, perdió su último trabajo de camarero hace un par de meses. Está realizando diferentes cursos de formación en artes visuales.

Episodio actual y evolución

Acude a consulta solicitando ayuda “para controlar el consumo de drogas”. El usuario relata que hace 9 meses prueba por primera vez la mefedrona cuando un chico se la ofrece tras quedar por *Scruff*. Describe que inicialmente el sexo era intensamente placentero, muy divertido y mucho más largo que habitualmente. Durante el último mes utiliza mefedrona y GHB siempre que queda con alguien para encuentros sexuales por las aplicaciones.

También disfruta del sexo sin drogas, pero le resulta menos intenso y más aburrido. Refiere sensación de pérdida de control respecto a las últimas ocho semanas. Acude a urgencias por infecciones en el brazo que requiriendo antibiótico intravenoso y cirugía.

Aunque le cuesta especificar cuándo se inician los síntomas, especifica que en los últimos meses progresivamente se ha ido sintiendo más falta de energía. Dice que ha dejado de tener contactos con amigos, se ha distanciado de sus familiares. Ya apenas realiza actividades de ocio y no consigue disfrutar de actividades que antes le gustaban, como ir al cine o leer. Ha perdido su trabajo recientemente. Explica que en las últimas semanas ha tenido la sensación de que le están grabando durante las *sesiones*, impresión que se prolonga unos días después y al cabo de una semana remite. No presenta síntomas psicóticos en la primera consulta.

Tras la valoración, se acuerda con el usuario un plan terapéutico adaptado a sus necesidades. En un primer momento se orienta como un trastorno depresivo recurrente con clínica depresiva actual. Aunque no reúne criterios de trastorno por consumo de mefedrona, GHB o cloruro de etilo por temporalidad, sí que presenta importantes criterios de gravedad tales como el uso intravenoso y sintomatología psicótica inducida por el consumo que se mantiene un tiempo mayor a la intoxicación pero que cede sin intervención profesional ni farmacológica. También presenta un uso problemático de aplicaciones de contactos gays.

Se acuerda con el usuario realizar un despistaje médico general y coordinar con Medicina Interna las siguientes intervenciones (electrocardiograma, despistaje de infecciones de transmisión sexual como sífilis, VHA, VHC, gonococo y clamidia; analítica completa con hemograma, bioquímica y perfil hepático y perfil tiroideo) y valoración de cambio de terapia antiretroviral por el alto riesgo de toxicidad por el uso de cobicistat ya que éste aumenta la toxicidad potencial de mefedrona y GHB, no existiendo evidencia científica sobre las interacciones entre el cloruro de etilo y la TAR.

Se decide cambio de TAR por otra pauta (bictegravir sódico / emtricitabina / fumarato de alafenamida de tenofovir).

Se consensúa con el usuario iniciar escitalopram en dosis ascendente hasta 20 mg como tratamiento antidepresivo. Se agrega gabapentina a dosis de 900 mg diarios con intención ansiolítica. Al informar al usuario de potenciales beneficios y efectos secundarios, éste identifica como beneficiosos el potencial efecto colateral de disminución de libido secundaria a ISRS. Se mantienen dosis de ambos fármacos durante 12 meses.

Se pacta con el usuario la intervención por parte de psiquiatría de una vez al mes. Se utilizan estrategias de entrevista motivacional.

Además, debido a la demanda del usuario para trabajar aspectos de reducción de riesgos, se realizan varias intervenciones en las que se aborda:

- Psicoeducación sobre los principales efectos de las drogas, centrados en los efectos que se pueden esperar en función de dosis, vías de utilización. Se dedican varias entrevistas a la psicopatología relacionada con cada una de las sustancias y a estrategias de minimización del riesgo relacionado con ellas a emplear tanto antes, como durante y tras la *sesión* de chemsex. Se trabaja sobre la petición de ayuda de amigos y familiares para las situaciones especialmente graves como las intoxicaciones por bajo nivel de conciencia y sintomatología psicótica asociada.
- Potenciales complicaciones del uso de drogas en contexto de patología depresiva y posibles usos de drogas como automedicación.
- Posibles complicaciones médicas asociadas al uso intravenoso de mefedrona, uso combinado de *poppers* y sildenafilo así como varios depresores al mismo tiempo (uso de GHB y cloruro de etilo).
- Uso de aplicaciones de contactos gays basadas en geolocalización y potenciales consecuencias sobre su salud mental, sexual y uso de drogas asociado.

Acepta iniciar seguimiento psicológico y terapia grupal en la organización Apoyo Positivo, así como una cita de valoración con la trabajadora social para diseñar un plan terapéutico. Finalmente, sólo acude a una cita individual con psicólogo.

Durante un año se realiza seguimiento desde psiquiatría y psicología. A las cuatro semanas de inicio de tratamiento psicofarmacológico, presenta mejoría importante de la patología depresiva y del control de la ansiedad. Tras 6 meses de reducción en el consumo de sustancias, logra llegar a una pauta de uso sólo de *poppers* y mefedrona esnifada, una sola *sesión* al mes, con dosis de 1 gramo por episodio.

Después de una ruptura de pareja derivada de escalada en discusiones en relación con su consumo de drogas y tras ser expulsado de una formación laboral por absentismo, decide valorar la abstinencia. Se trabaja desde entonces en terapia con modelo de prevención de recaídas. Tras 6 meses de seguimiento, sólo ha tenido dos recaídas puntuales y actualmente se encuentra en pauta de reducción de tratamiento psicofarmacológico con intención de retirada en caso de mantener estabilidad anímica.

9. ACRÓNIMOS



alfa-PVP	α -pirrolidinopentiofenona
App	Se trata de un anglicismo utilizado para referirse habitualmente a diferentes programas utilizados en smartphones y tablets. En este documento, cuando se hace utiliza esta palabra, se hace mención específicamente a las aplicaciones sociales de ligue con geolocalización
BD	1,4-butanediol
CAD	Centro de Atención a las Drogodependencias / Adicciones
CAP	Centros de Atención Primaria
CD4	Linfocitos CD4
COVID-19	Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS- CoV-2
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EM	Entrevista Motivacional
EMIS	European MSM Internet Survey
G	Término de argot para referirse al GHB
GABA	Ácido gamma-aminobutírico
GBHSH	Gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres
GBL	Gamma-butirolactona
GHB	Ácido Gamma-hidroxi-butírico o o gamma-hidroxi-butirato
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
ISRS	Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IV	Intravenoso
LGTBQ+	Lesbiana, gay, transexual, bisexual, queer y otras identidades y orientaciones sexuales no normativas
MAO	Enzima monoamino oxidasa



MDMA	3,4-metilendioximetanfetamina, conocida como éxtasis
Mg	Miligramos
NDP/NSP	Nuevas Drogas Psicoactivas/Nuevas Sustancias Psicoactivas
PPE	Profilaxis Postexposición
PrEP	Profilaxis Preexposición
SPNS	Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
VHA	Virus de la hepatitis A
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
3-MMC	3-metilmetcatinona
4-MEC	4-metilectatinona
2-CB	2,5-dimetoxi-4-bromofenetilamina
5-FDE	enzima fosfodiesterasa-5



10. GLOSARIO



Bareback	Búsqueda intencionada de sexo con penetración sin preservativo
Bears	(Osos) Subcultura gay. Según Javier Sáez (2005) “la cultura de los osos intenta construir un cuerpo y unos valores «naturales» a partir de algunos valores tradicionales de la masculinidad: la barba, el vello corporal, el cuerpo fuerte, grande u obeso, la virilidad, la ausencia de afeminamiento” (Sáez J ²⁰⁸ , pág. 137)
Clubbers	Público asiduo a clubes o discotecas de música electrónica, o relativo a la cultura de club
Crossdresser	En este concepto se incluyen varios términos como travesti, transformista o drag ²⁰⁹ que en general implican el uso de vestimentas o atuendos asociados tradicionalmente con un género diferente con el que la persona se identifica
Efecto empatógeno	Definición acuñada por el psicólogo Ralph Metzner en 1983 (Dolengevich H ¹⁷¹ , pág. 26) para referirse a la experiencia con MDMA, al definir un efecto de cercanía con los demás con un sentimiento profundo de conexión afectiva, sentimientos de bienestar y autoaceptación; se utiliza como sinónimo de entactógeno
Expresión de género	Según la OMS ²¹⁰ , “el género se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias”; la expresión de género puede incluir conductas, apariencia o ropas utilizadas para manifestar la identidad de género con la que la persona se autoidentifica
Fetish	Fetichismo / fetichista
Fisting	Introducción de la mano o puño en el recto
Persona no binaria	Persona cuya identidad de género no se adscribe a lo que se entiende tradicionalmente como hombre o mujer

Personas trans

Personas que no se identifican con el sexo que le asignaron al nacimiento

Psiconautas

Término acuñado por Ernst Jünger al referirse a los navegantes de la mente o de la conciencia; se refiere a personas que utilizan sustancias psicoactivas (u otros métodos como meditación) para alterar la conciencia y así poder explorar la experiencia y existencia humanas

Serofobia

Estigma y discriminación hacia las personas con el VIH

Setting

Se refiere al contexto o ambiente, tanto físico como interpersonal y las circunstancias concretas bajo las cuales se realiza el abordaje psicoterapéutico

Slam, slamming o slamsex

Uso sexualizado de drogas por la vía intravenosa

Swinger

Se trata de un anglicismo que se utiliza para designar tanto a personas como al fenómeno social o estilo de vida que implica la actividad sexual consentida en parejas con terceras personas, habitualmente en presencia del otro miembro de la pareja ²¹¹

Zonas de cruising

Áreas donde se producen encuentros sexuales de sexo casual al aire libre



11. LINKS PARA AMPLIAR INFORMACIÓN SOBRE CHEMSEX

Documento técnico sobre abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.

<https://www.mscbs.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/DocumentoDEF.pdf>

Preguntas y respuestas sobre chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.

https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Documento_preguntas_chemsex.pdf

Anexo reducción de riesgos. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Anexo.pdf>

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.

<https://profesionales.msd.es/static/medicos/pdf/Chemsex8.pdf>

<https://chemsex.info/>

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

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/home.htm>

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

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

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

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





12. BIBLIOGRAFÍA

1. Bowden-Jones O. Joining up sexual health and drug services to better meet client needs Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide Joining up sexual health and drug services to better meet client needs [Internet]. 2017 [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6239/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Sexual-health-and-drug-use.pdf
2. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*. 4 de marzo de 2019;19(1):3-10.
3. González-Baeza A 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* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];32(3):112-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29620925/>
4. Dolengevich-Segal H 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* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];14(12). Disponible en: [/pmc/articles/PMC6892548/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32000000/)
5. Soriano Ocón R. El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual. *Rev Multidiscip del Sida Número 11 Monográfico 2017* [Internet]. julio de 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];Monográfic(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/>
6. 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 – Revista Multidisciplinar del Sida. *Rev Multidiscip del Sida* [Internet]. 2016 [citado 1 de noviembre de 2020];4(7):41-65. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/download/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/>
7. European ChemSex Forum. Position paper from organisers and participants of the 2nd European Chemsex Forum, Berlin 22-24 March 2018 [Internet]. Berlin; 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://ihp.hiv/chemsex-position-paper/>
8. Stop Sida. Manifiesto de la Comisión ChemSex Support - ChemSex.info [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://chemsex.info/manifiesto/>
9. Castaño Ruíz V. Pautas y modelos de consumo abusivo de drogas en mujeres que ejercen la prostitución | *Drogas Extremadura* [Internet]. Madrid; 2012 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.drogasextremadura.com/?p=2780>
10. Meneses Falcón C. Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Rev Española Drog* [Internet]. 2010 [citado 1 de noviembre de 2020];3(35):329-44. Disponible en: https://www.aesed.com/upload/files/vol-35/n-3/v35n3_5.pdf

11. Pardo Herrero E, Meroño Salvador M. Estudio cualitativo sobre clientes de la prostitución [Internet]. 2015 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://fambitprevencio.org/wp-content/uploads/2015/09/ESTUDICLIENTS.pdf>
12. Spauwen LWL et al. Drug use, sexual risk behaviour and sexually transmitted infections among swingers: A cross-sectional study in the Netherlands. *Sex Transm Infect* [Internet]. 1 de febrero de 2015 [citado 1 de noviembre de 2020];91(1):31-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25342812/>
13. Soriano Ocón R. Abordaje del chemsex. Lecciones aprendidas. Temas de actualidad en adicciones. [Internet]. CendocBogani. 2019 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://cendocbogani.org/Archivos/Temas/abordatge-chemsex-llisons-apreses-2019.pdf>
14. Grupo de trabajo sobre chemsex del Plan Nacional sobre el Sida (Ministerio de Sanidad). Preguntas y respuestas sobre «chemsex» [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Documento_preguntas_chemsex.pdf
15. Ministerio de Sanidad. Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EMIS_Report_07052020.pdf
16. Santoro P et al. 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*. 1 de agosto de 2020;82:102790.
17. Tan RKJ 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* [Internet]. 1 de noviembre de 2018 [citado 27 de octubre de 2020];61:31-7. Disponible en: www.elsevier.com/locate/drugpo
18. Soriano Ocón R. Materiales del curso: “Abordaje integrado de la salud sexual y los problemas de consumo de drogas en el contexto del chemsex” (no publicado). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Fundación Estatal, Salud, Infancia y Bienestar Social; 2020.
19. Fernández-Dávila Percy. 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. En: I Jornadas de Chemsex: el proceso hacia un abordaje integral Videos & Presentaciones [Internet]. Barcelona: Stop Sida; 2019 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://chemsex.info/wp-content/uploads/2020/01/Presentación-ChemSex-en-una-zona-de-cruising.pdf>
20. The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. Estocolmo; 2019 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/emis-2017-european-men-who-have-sex-men-internet-survey>
21. Terrence Higgins Trust. Saunas – Friday/Monday [Internet]. 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.fridaymonday.org.uk/sex-and-drugs/saunas/>
22. Daily Mail. Three men die within months of each other after taking party drug at London gay sauna | London Evening Standard. Daily Mail [Internet]. 24 de junio de 2014 [citado 1 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2667984/Three-men-died-8-months-took-dance-drug-GHB-gay-sauna.html>

23. Corkery JM et al. Deaths in the Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender United Kingdom Communities Associated with GHB and Precursors. *Curr Drug Metab* [Internet]. 23 de noviembre de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];19(13):1086-99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29119924/>
24. Sweet Box Sauna. [Precios de entrada: Sauna SweatBox Londres] [Internet]. 2019 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.sweatboxsoho.co.uk/prices>
25. Boiler Sauna. [Precios de entrada: Sauna Boiler Berlín] [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.boiler-berlin.de/inside-uk.html>
26. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (Ministerio de Sanidad). Documento Técnico sobre el abordaje del fenómeno del chemsex. 2020.
27. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2002 [citado 1 de noviembre de 2020];13(3):181-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113146/>
28. Campinha-Bacote J, Campinha-Bacote D. A Framework for Providing Culturally Competent Health Care Services in Managed Care Organizations. *J Transcult Nurs* [Internet]. 1999 [citado 1 de noviembre de 2020];10(4):290-1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10693417/>
29. Butler M et al. Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities [Internet]. Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 mar [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27148614>
30. Department of Health and Human Services U. A treatment Improvement Protocol. Improving Cultural Competence [Internet]. Health Services Administration. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014 [citado 1 de noviembre de 2020]. (TIP 59). Report No.: HHS Publication No. (SMA) 14-4849. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25356450>
31. Fernández-Dávila P. ChemSex en España: Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. *Rev Multidisciplinar del Sida* [Internet]. abril de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];6(13):58-62. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/download/chemsex-en-espana-reflexiones-sobre-buena-praxis-y-lecciones-aprendidas/>
32. 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 (informe completo) [Internet]. 2017 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://stopsida.org/informes-o-reportes-tecnicos/>
33. Onusida. INDETECTABLE = INTRANSMISIBLE. La Salud Pública y la supresión de la carga vírica del VIH [Internet]. 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_es.pdf
34. Stop Sida. Chemical Bloggers - ChemSex.info [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://chemsex.info/chemical-bloggers/>
35. Bourne A et al. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham [Internet]. Londres; 2014 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://sigmaresearch.org.uk/files/report2014a.pdf>
36. Milhet M, Néfau T. CHEMSEX, SLAM. Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH [Internet]. Bordeaux, Lyon, Marseille, Paris, Rennes; 2017 jul [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmmx7.pdf>

37. Milosavljevic Z. Virtual ethnography of HIV: Positive health status in gay virtual intimacies in Serbia. En: *Ethnographies and Health: Reflections on Empirical and Methodological Entanglements* [Internet]. Springer International Publishing; 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 35-50. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-89396-9_3
38. Piyaraj P et al. The finding of casual sex partners on the internet, methamphetamine use for sexual pleasure, and incidence of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand: an observational cohort study. *Lancet HIV* [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];5(7):e379-89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29861202/>
39. European ChemSex Forum. First European ChemSex Forum Report 2016. 6-8 April 2016. Congress Centre, London [Internet]. Londres; 2016 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.gmfa.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=2bac0cff-86bb-4e62-a559-76df06f001d3>
40. Stuart D, Weymann J. Chemsex and care planning: One year in practice. *HIV Nurs.* 2015;15:24-8.
41. IFEMA Feria de Madrid. FITUR LGBT+, turismo gay, lesbianas, bi y transexuales [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ifema.es/fitur/fitur-lgbt>
42. Agencia EFE. Fitur Gay hace balance positivo de las grandes citas LGTBI. EFETUR viajes [Internet]. 19 de enero de 2018 [citado 23 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.efetur.com/microsite/fitur-gay-citas-lgtbi/>
43. Soriano Ocón R, Mur A. The ChemSex phenomenon and its links with large gay events and festivals in Spain: opportunities for prevention and harm reduction. En: 3rd European ChemSex Forum. París: París, 14 - 16 noviembre 2019; 2019.
44. Folch C et al. ¡Forma parte de algo grande! Resultados preliminares del EMIS 2017. Presentación póster. En: Sociedad Española de Epidemiología, editor. XXXVII Reunión Anual SEE, XIV Congreso Da APE, XVIII Congreso SESPAS [Internet]. Oviedo; 2019. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-vol-33-num-sc-sumario-X0213911119X00C10>
45. Guerras JM et al. Consumo de drogas en contexto sexual entre hombres que tienen sexo con hombres residentes en España. *Adicciones.* 2020;[Aceptado].
46. Zaro I et al. Aproximación al Chemsex en España 2016 [Internet]. 2016 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximación-Chemsex-en-España-2016.pdf>
47. Sewell J et al. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy* [Internet]. 1 de mayo de 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];43:33-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28189979/>
48. Dai Y et al. Recreational Drug Use, Polydrug Use and Sexual Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in Southwestern China: A Cross-Sectional Study. *Behav Med* [Internet]. 2 de octubre de 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];45(4):314-22. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08964289.2018.1538099>
49. Daskalopoulou M 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* [Internet]. 2014 [citado 1 de noviembre de 2020];1(1):e22-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26423813/>

50. Guerras JM et al. Association of Sexualized Drug Use Patterns with HIV/STI Transmission Risk in an Internet Sample of Men Who Have Sex with Men from Seven European Countries. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32875382/>
51. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];63:74-89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30513473/>
52. Conway K et al. 'Chems4EU' a study describing chemsex use across 4 European countries in MSM attending HIV services. Poster (PS9/6). En: 17th European AIDS Conference Abstract Book [Internet]. Basilea: HIV Medicine, British HIV Association; 2019 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 20. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hiv.12814>
53. Valencia J et al. Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: datos desde un screening comunitario de VIH. *Rev Multidiscip del Sida* [Internet]. 2018;6(13):7-19. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/consumo-de-drogas-recreativas-y-sexualizadas-en-varones-seronegativos-datos-desde-un-screening-comunitario-de-vih/>
54. Europa Press. El coronavirus cancela las fiestas de los Orgullos. Europa Press [Internet]. 24 de marzo de 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.europapress.es/chance/tendencias/noticia-coronavirus-cancela-fiestas-orgullos-20200324095655.html>
55. Matinée Group. Comunicado de cancelación del Circuit Festival Barcelona 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.facebook.com/CircuitFestival/photos/a.10151976193294411/10159114828974411/>
56. Barbancho J. El cierre del ocio nocturno se generalizará la próxima semana en toda España | España. *El Mundo* [Internet]. 15 de agosto de 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.elmundo.es/espana/2020/08/15/5f381d4321efa04c3e8b457b.html>
57. COGAM et al. La gestión del placer con orgullo, en tiempos de la COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <http://fileserv.idpc.net/library/GestionPlacerOrgullo.pdf>
58. Benvenuty L. Ocho detenidos en una orgía en el centro de Barcelona. *La Vanguardia* [Internet]. 21 de marzo de 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/local/barcelona/20200321/482177086/detenidos-orgia-centro-barcelona-coronavirus-covid19.html>
59. Sánchez G. Desmantelado un supermercado para «chemsex» en el Raval. *El Periódico* [Internet]. 11 de agosto de 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/barcelona/20200811/desmantelado-supermercado-chemsex-raval-de-barcelona-8072372>
60. Redacción El HuffPost/EFE. Desalojan una sauna con un centenar de personas sin mascarilla en el centro de Madrid. *El HuffPost* [Internet]. 14 de septiembre de 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]; Disponible en: https://www.huffingtonpost.es/entry/desalojan-una-sauna-con-un-centenar-de-personas-sin-mascarilla-en-el-centro-de-madrid_es_5f5f7828c5b6b48508035265
61. Bourne A et al. «Chemsex» and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy* [Internet]. 9 de marzo de 2015 [citado 1 de noviembre de 2020];26(12):1171-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26298332/>

62. Tracy DK, Wood DM, Baumeister D. Novel psychoactive substances: Types, mechanisms of action, and effects. *BMJ* [Internet]. 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];356. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28122697/>
63. Corazza O, Roman-Urrestarazu A. *Handbook of Novel Psychoactive Substances: What Clinicians Should Know* [Internet]. Nueva York: Taylor & Francis; 2019 [citado 3 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.routledge.com/Handbook-of-Novel-Psychoactive-Substances-What-Clinicians-Should-Know-about/Corazza-Roman-Urrestarazu/p/book/9781138068308>
64. Dolengevich-Segal H et al. Chemsex. Un fenómeno emergente [Internet]. Vol. 29, Adicciones. Edita Socidrogalcohol; 2017 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 207-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28492961/>
65. Zawilska JB, Wojcieszak J. Designer cathinones-An emerging class of novel recreational drugs [Internet]. Vol. 231, *Forensic Science International*. Forensic Sci Int; 2013 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 42-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23890615/>
66. Karila L et al. Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem. *Curr Neuropharmacol* [Internet]. 10 de diciembre de 2014 [citado 1 de noviembre de 2020];13(1):12-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26074740/>
67. Energy Control. Chem-Safe. Información y asesoramiento sobre drogas y sexo para gestionar los placeres y riesgos [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.chem-safe.org/>
68. German CL, Fleckenstein AE, Hanson GR. Bath salts and synthetic cathinones: An emerging designer drug phenomenon [Internet]. Vol. 97, *Life Sciences*. Life Sci; 2014 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 2-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23911668/>
69. Dybdal-Hargreaves NF et al. Mephedrone: Public health risk, mechanisms of action, and behavioral effects [Internet]. Vol. 714, *European Journal of Pharmacology*. Elsevier B.V.; 2013 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 32-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23764466/>
70. Prosser JM, Nelson LS. The Toxicology of Bath Salts: A Review of Synthetic Cathinones. *J Med Toxicol* [Internet]. marzo de 2012 [citado 1 de noviembre de 2020];8(1):33-42. Disponible en: </pmc/articles/PMC3550219/?report=abstract>
71. Busardò FP et al. Mephedrone related fatalities: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* [Internet]. 2015 [citado 27 de octubre de 2020];19:3777-90. Disponible en: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/3777-3790.pdf>
72. Urban M et al. [Psychotic disorders related with chronic use of mephedrone. Case report] - PubMed. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2011 [citado 1 de noviembre de 2020];3(45):431-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22232972/>
73. Bajaj N, Mullen D, Wylie S. Dependence and psychosis with 4-methylmethcathinone (mephedrone) use. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2010 [citado 1 de noviembre de 2020];2010. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22791836/>
74. Dolengevich-Segal H et al. Severe Psychosis, Drug Dependence, and Hepatitis C Related to Slamming Mephedrone . *Case Rep Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado 1 de noviembre de 2020];2016:1-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27247820/>
75. Bourne A et al. 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* [Internet]. 1 de diciembre de 2015 [citado 1 de noviembre de 2020];91(8):564-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26163510/>

76. Marinetti L, Montgomery MA. The Use of GHB to Facilitate Sexual Assault. *Forensic Sci Rev* [Internet]. enero de 2010 [citado 1 de noviembre de 2020];22(1):41-59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26242455>
77. van Amsterdam J et al. Risk assessment of GBL as a substitute for the illicit drug GHB in the Netherlands. A comparison of the risks of GBL versus GHB. *Regul Toxicol Pharmacol* [Internet]. 1 de febrero de 2015 [citado 1 de noviembre de 2020];70(2):507-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25204614/>
78. Busardo F, Jones A. GHB Pharmacology and Toxicology: Acute Intoxication, Concentrations in Blood and Urine in Forensic Cases and Treatment of the Withdrawal Syndrome. *Curr Neuropharmacol* [Internet]. 10 de diciembre de 2014 [citado 1 de noviembre de 2020];13(1):47-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26074743/>
79. O'Connell T, Kaye L, Plosay 3rd J. Gamma-hydroxybutyrate (GHB): a newer drug of abuse - PubMed. *Am Fam Physician* [Internet]. diciembre de 2000 [citado 1 de noviembre de 2020];11(62):2478-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11130233/>
80. Galloway GP et al. Gamma-hydroxybutyrate: An emerging drug of abuse that causes physical dependence. *Addiction* [Internet]. 1997 [citado 1 de noviembre de 2020];92(1):89-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9060200/>
81. Erowid. GHB: Effects [Internet]. Erowid.org. 2000 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://erowid.org/chemicals/ghb/ghb_effects.shtml
82. Abdulrahim D, Bowden-Jones O, on behalf of the NEPTUNE Expert Group. Novel Psychoactive Treatment UK Network NEPTUNE Guidance on the Clinical Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances [Internet]. Londres; 2015 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.neptune-clinical-guidance.co.uk>
83. Hockenhull J, Murphy KG, Paterson S. An observed rise in γ -hydroxybutyrate-associated deaths in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. *Forensic Sci Int* [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];270:93-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27936427/>
84. Molins Pascual S et al. Multidisciplinary approach to gamma-hydroxybutyric acid and 3-methylmetcatinone severe withdrawal syndrome. *Med Clin Pract* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];2(1):1-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-practica-5-articulo-abordaje-multidisciplinar-del-sindrome-abstinencia-S2603924918300818>
85. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *World Drug Report 2019* [Internet]. United Nations publication. Viena; 2019 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_4_STIMULANTS.pdf
86. Matsusue A et al. Association between cytochrome P450 2D6 polymorphisms and body fluid methamphetamine concentrations in Japanese forensic autopsy cases. *Forensic Sci Int*. 1 de agosto de 2018;289:33-9.
87. Panenka WJ et al. Methamphetamine use: A comprehensive review of molecular, preclinical and clinical findings. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de mayo de 2013 [citado 1 de noviembre de 2020];129(3):167-79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23273775/>
88. Erowid. Methamphetamine: Dosage [Internet]. Erowid.org. 2015 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.erowid.org/chemicals/meth/meth_dose.shtml

89. Lea T et al. Methamphetamine use among gay and bisexual men in Australia: Trends in recent and regular use from the Gay Community Periodic Surveys. *Int J Drug Policy* [Internet]. 1 de marzo de 2016 [citado 1 de noviembre de 2020];29:66-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851066/>
90. Hammoud MA et al. The new MTV generation: Using methamphetamine, Truvada™ and Viagra™ to enhance sex and stay safe [Internet]. Vol. 55, *International Journal of Drug Policy*. Elsevier B.V.; 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 197-204. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29526546/>
91. McKetin R. Methamphetamine psychosis: insights from the past. *Addiction* [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];113(8):1522-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29516555/>
92. Grant KM et al. Methamphetamine-associated psychosis [Internet]. Vol. 7, *Journal of Neuroimmune Pharmacology*. Springer; 2012 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 113-39. Disponible en: </pmc/articles/PMC3280383/?report=abstract>
93. Weir E. Raves: A review of the culture, the drugs and the prevention of harm [Internet]. Vol. 162, *CMAJ. Canadian Medical Association*; 2000 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 1843-8. Disponible en: </pmc/articles/PMC1231377/?report=abstract>
94. Mattison AM et al. Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men. *J Subst Abuse* [Internet]. 2001 [citado 1 de noviembre de 2020];13(1-2):119-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11547613/>
95. Wolff K, Winstock AR. Ketamine: From medicine to misuse [Internet]. Vol. 20, *CNS Drugs*. CNS Drugs; 2006 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 199-218. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16529526/>
96. Corazza O, Assi S, Schifano F. From «Special K» to «Special M»: The Evolution of the Recreational Use of Ketamine and Methoxetamine [Internet]. Vol. 19, *CNS Neuroscience and Therapeutics*. CNS Neurosci Ther; 2013 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 454-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23421859/>
97. Persson J. Ketamine in Pain Management [Internet]. Vol. 19, *CNS Neuroscience and Therapeutics*. CNS Neurosci Ther; 2013 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 396-402. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23663314/>
98. Gómez-Arnau J. Ketamine. En: Dolengevich Segal H, editor. *New Psychoactive Drugs*. Madrid: Entheos; 2015. p. 229-40.
99. Wong GLH et al. Liver Injury Is Common Among Chronic Abusers of Ketamine. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 1 de octubre de 2014 [citado 1 de noviembre de 2020];12(10):1759-1762.e1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24534547/>
100. Wood D. Ketamine and damage to the urinary tract [Internet]. Vol. 108, *Addiction*. Addiction; 2013 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 1515-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23714249/>
101. Haverkos HW et al. Nitrite inhalants: History, epidemiology, and possible links to AIDS [Internet]. Vol. 102, *Environmental Health Perspectives*. Public Health Services, US Dept of Health and Human Services; 1994 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 858-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9644194/>
102. Balster RL. Neural basis of inhalant abuse. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de junio de 1998 [citado 1 de noviembre de 2020];51(1-2):207-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9716942/>

103. Haverkos HW, Drotman DP. NIDA technical review: Nitrite inhalants [Internet]. Vol. 50, Biomedicine and Pharmacotherapy. Elsevier Masson SAS; 1996 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 228-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8949404/>
104. Mullens AB et al. The Amyl nitrite expectancy questionnaire for men who have sex with men (AEQ-MSM): A measure of substance-related beliefs [Internet]. Vol. 46, Substance Use and Misuse. Subst Use Misuse; 2011 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 1642-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21793709/>
105. Gómez-Arnau J. Alkyl Nitrates (poppers). En: Dolengevich-Segal H, editor. New Psychoactive Drugs. Madrid: Entheos; 2015. p. 275-82.
106. Fledelius HC. Irreversible blindness after amyl nitrite inhalation. Acta Ophthalmol Scand [Internet]. 1999 [citado 1 de noviembre de 2020];77(6):719-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10634573/>
107. Dolengevich Segal H et al. Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. Med Programa Form Médica Contin Acreditado. 2015;11(86):5137-43.
108. De La Torre R et al. Pharmacology of MDMA in humans. Ann N Y Acad Sci [Internet]. 2000 [citado 1 de noviembre de 2020];914:225-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11085324/>
109. Curto Ramos J et al. Abuse of ethyl chloride in sexual context. Un uncommon drug associated with chemsex? A case report and review. Presentación Póster. En: 27th European Congress of Psychiatry. Warsaw (Polonia); 2019.
110. Moltó J. Interacciones entre las drogas usadas para el Chemsex y los fármacos antirretrovirales. En: Pérez Valero I, Blanco Arévalo JL, editores. 99 Preguntas clave sobre Chemsex. Madrid: Fundación SEIMC-GESIDA; 2017. p. 37-42.
111. Batchelder AW et al. Mental health in 2020 for men who have sex with men in the United States [Internet]. Vol. 14, Sexual Health. CSIRO; 2017 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 59-71. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5953431/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC5953431/?report=abstract)
112. Halkitis PN et al. Measurement model exploring a syndemic in emerging adult gay and bisexual men. AIDS Behav [Internet]. febrero de 2013 [citado 1 de noviembre de 2020];17(2):662-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22843250/>
113. King M et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people [Internet]. Vol. 8, BMC Psychiatry. BMC Psychiatry; 2008 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18706118/>
114. Bourne A, Weatherburn P. Substance use among men who have sex with men: Patterns, motivations, impacts and intervention development need [Internet]. Vol. 93, Sexually Transmitted Infections. BMJ Publishing Group; 2017 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 342-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28400466/>
115. Jaspal R. Enhancing Sexual Health, Self-Identity and Wellbeing among Men Who Have Sex With Men: A Guide for Practitioners [Internet]. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.dora.dmu.ac.uk/xmlui/handle/2086/16357?show=full>
116. Halkitis PN, Singer SN. Chemsex and mental health as part of syndemic in gay and bisexual men. Int J Drug Policy [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];55:180-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29661572/>
117. Baral S et al. Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. BMC Public Health [Internet]. 2013 [citado 1 de noviembre de 2020];13(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23679953/>

118. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence [Internet]. Vol. 129, Psychological Bulletin. NIH Public Access; 2003 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 674-97. Disponible en: [/pmc/articles/PMC2072932/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12072932/)
119. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):38-56.
120. Gil-Borrelli CC et al. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit* [Internet]. 1 de mayo de 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];31(3):175-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.013>
121. Borrillo D. Homofobia. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2001.
122. Generelo Lanaspá J, Pichardo Galán J. Homofobia en el sistema educativo [Internet]. Madrid; 2005. Disponible en: [https://eprints.ucm.es/35733/1/1437_es_Homofobia en el Sistema Educativo 2005.pdf](https://eprints.ucm.es/35733/1/1437_es_Homofobia%20en%20el%20Sistema%20Educativo%202005.pdf)
123. Gimeno B. Vejez y orientación sexual [Internet]. Madrid; 2004. Disponible en: <https://beatrizgimeno.files.wordpress.com/2009/09/informe-mayores-lgtb1.pdf>
124. Plöderl M, Fartacek R. Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians. *Arch Sex Behav* [Internet]. junio de 2009 [citado 1 de noviembre de 2020];38(3):400-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18040769/>
125. Newcomb ME, Mustanski B. Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. Vol. 30, *Clinical Psychology Review*. Pergamon; 2010. p. 1019-29.
126. Lloyd S, Operario D. HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: Systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 24, *AIDS Education and Prevention*. *AIDS Educ Prev*; 2012 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 228-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22676462/>
127. Wen G, Zheng L. The Influence of Internalized Homophobia on Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction Among Gay and Bisexual Men in China. *Am J Mens Health* [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];13(4). Disponible en: [/pmc/articles/PMC6637842/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32111111/)
128. Xu W et al. Internalized homophobia, mental health, sexual behaviors, and outness of gay/bisexual men from Southwest China. *Int J Equity Health* [Internet]. 17 de febrero de 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];16(1):36. Disponible en: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-017-0530-1>
129. Ross MW et al. Internalized homonegativity/homophobia is associated with HIV-risk behaviours among Ugandan gay and bisexual men. *Int J STD AIDS* [Internet]. noviembre de 2013 [citado 1 de noviembre de 2020];24(5):409-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23970711/>
130. Davidson K et al. Internalized Homonegativity, Sense of Belonging, and Depressive Symptoms Among Australian Gay Men. *J Homosex* [Internet]. 21 de marzo de 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];64(4):450-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27185322/>
131. Singer M et al. Syndemics and the biosocial conception of health [Internet]. Vol. 389, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2017 [citado 3 de noviembre de 2020]. p. 941-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271845/>

132. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures [Internet]. Vol. 13, AIDS and Behavior. AIDS Behav; 2009 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 1160-77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19636699/>
133. Rueda S et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. BMJ Open [Internet]. 13 de julio de 2016 [citado 1 de noviembre de 2020];6(7):e011453. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/>
134. Smit PJ et al. HIV-related stigma within communities of gay men: A literature review [Internet]. Vol. 24, AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV. Taylor & Francis; 2012 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 405-12. Disponible en: </pmc/articles/PMC3379736/?report=abstract>
135. European Chemsex Forum. Third European ChemSex Forum Report 2019 [Internet]. París; 2019 nov [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/hrt5br89ttxpwv4/European-ChemSex-Forum-Report-2019.pdf?dl=0>
136. Fernández-Dávila P. «ChemSex in the sauna»: An ethnographic study on the use of drugs in a gay sex venue in Barcelona. Presentación Póster. En: European Chemsex Forum . Londres; 2016.
137. Ballesteros López J et al. Mefedrona y chemsex: análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid . Rev Española Drog [Internet]. 2016 [citado 1 de noviembre de 2020];(4):47-61. Disponible en: https://www.aesed.com/descargas/revistas/v41n4_chemsex-r.pdf
138. Todd M. Straight Jacket. How to be Gay and Happy. London: Transworld Digital; 2016.
139. Felitti VJ. The Origins of Addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experiences Study [Internet]. 2004 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.nijc.org/pdfs/Subject-Matter-Articles/Drugs-and-Alc/ACE-Study-OriginsofAddiction.pdf>
140. McCann I, Pearlman L. Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation. New York: Routledge; 1990.
141. Morris S. Too painful to think about: chemsex and trauma. Drugs and Alcohol Today. 4 de marzo de 2019;19(1):42-8.
142. Ibarguchi L, Dolengevich-Segal H, Curto Ramos J. Towards one-step service delivery for people who do Chemsex. En: Third European Chemsex Forum. París; 2019.
143. Van Hout MC, Bingham T. «A Costly Turn On»: Patterns of use and perceived consequences of mephedrone based head shop products amongst Irish injectors. Int J Drug Policy [Internet]. mayo de 2012 [citado 23 de septiembre de 2020];23(3):188-97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22342322/>
144. Foureur N et al. Première enquête qualitative en France SLAM SLAM [Internet]. 2013 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: www.aides.org
145. Slavin S. Crystal Methamphetamine use among Gay Men in Sydney. Contemp Drug Probl [Internet]. 24 de septiembre de 2004 [citado 1 de noviembre de 2020];31(3):425-65. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/009145090403100303>
146. Vieta E et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC Psychiatry [Internet]. 8 de septiembre de 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];17(1):328. Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1490-0>

147. Wilson MP et al. The psychopharmacology of agitation: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med* [Internet]. febrero de 2012 [citado 1 de noviembre de 2020];13(1):26-34. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3298219/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2298219/)
148. Munjal S, Ferrando SJ, Freyberg Z. Neuropsychiatric Aspects of Infectious Diseases: An Update [Internet]. Vol. 33, *Critical Care Clinics*. W.B. Saunders; 2017 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 681-712. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28601141/>
149. Nanni MG et al. Depression in HIV Infected Patients: A Review [Internet]. Vol. 17, *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2015 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25413636/>
150. Pufall EL et al. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Med* [Internet]. 1 de abril de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];19(4):261-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29368440/>
151. Garin N, Zurita B, Velasco C. Impacto clínico del chemsex en las personas con VIH – Revista Multidisciplinar del Sida. *Rev Multidiscip del Sida* [Internet]. 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];5(11):21-31. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/impacto-clinico-del-chemsex-en-las-personas-con-vih/>
152. Ellis RJ et al. Increased Human Immunodeficiency Virus Loads in Active Methamphetamine Users Are Explained by Reduced Effectiveness of Antiretroviral Therapy. *J Infect Dis* [Internet]. 15 de diciembre de 2003 [citado 27 de octubre de 2020];188(12):1820-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14673760/>
153. Fairbairn N et al. Crystal methamphetamine injection predicts slower HIV RNA suppression among injection drug users. *Addict Behav* [Internet]. julio de 2011 [citado 27 de octubre de 2020];36(7):762-3. Disponible en: [/pmc/articles/PMC3081981/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/203081981/)
154. Feldman MB et al. Crystal methamphetamine use and HIV medical outcomes among HIV-infected men who have sex with men accessing support services in New York. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 1 de febrero de 2015 [citado 27 de octubre de 2020];147:266-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25482501/>
155. Shoptaw S et al. Cumulative exposure to stimulants and immune function outcomes among HIV-positive and HIV-negative men in the Multicenter AIDS Cohort Study. *Int J STD AIDS* [Internet]. agosto de 2012 [citado 27 de octubre de 2020];23(8):576-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22930295/>
156. Carrico AW. Substance use and HIV disease progression in the HAART era: Implications for the primary prevention of HIV. *Life Sci* [Internet]. 23 de mayo de 2011 [citado 27 de octubre de 2020];88(21-22):940-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20934437/>
157. Silverstein PS et al. Methamphetamine toxicity and its implications during HIV-1 infection. *J Neurovirol* [Internet]. octubre de 2011 [citado 27 de octubre de 2020];17(5):401-15. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4118146/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2118146/)
158. Northrop NA, Yamamoto BK. Methamphetamine effects on blood-brain barrier structure and function [Internet]. Vol. 9, *Frontiers in Neuroscience*. Frontiers Research Foundation; 2015 [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25788874/>
159. Rodger AJ 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* [Internet]. 15 de junio de 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];393(10189):2428-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/>

160. Hegazi A 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* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 1 de noviembre de 2020];28(4):362-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27178067/>
161. Pakianathan M et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med* [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];19(7):485-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29790254/>
162. Drückler S, Van Rooijen MS, De Vries HJC. Chemsex among Men Who Have Sex with Men: A Sexualized Drug Use Survey among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];45(5):325-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29465683/>
163. Socidrogalcohol. Guía de Adicciones para especialistas en formación [Internet]. Valencia; 2018 feb [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/GUIA_ADICCIONES_para_ESPECIALISTAS.pdf
164. Nussbaum A. Guía de bolsillo del DSM-5 para el examen diagnóstico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.
165. Centers for Disease Control and Prevention. A guide to taking a sexual history [Internet]. 2005 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment/sexualhistory.pdf>
166. Risen CB. A guide to taking a sexual history. Vol. 18, *Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 1995. p. 39-53.
167. Moncrieff M. Out of your mind [Internet]. Londres; 2014 may [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://londonfriend.org.uk/outofyourmind/>
168. Sánchez-Sánchez F et al. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: Habilidades y actitudes. *Semergen* [Internet]. 1 de noviembre de 2013 [citado 1 de noviembre de 2020];39(8):433-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-la-anamnesis-historia-clinica-salud-S1138359313001251>
169. Althof SE et al. Standard Operating Procedures for Taking a Sexual History. *J Sex Med* [Internet]. 2013 [citado 1 de noviembre de 2020];10(1):26-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22970717/>
170. Soriano Ocón R. Prevención en el contexto del chemsex. *Rev Multidiscip del Sida* [Internet]. 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];7(17):44-5. Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/download/prevencion-en-el-contexto-del-chemsex/>
171. Dolengevich H. *New Psychoactive Drugs* [Internet]. Madrid: ENTHEOS; 2015 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://axon.es/ficha/libros/9788494082474/nuevas-drogas-psicoactivas>
172. Namera A et al. Comprehensive review of the detection methods for synthetic cannabinoids and cathinones. *Forensic Toxicol* [Internet]. 23 de julio de 2015 [citado 1 de noviembre de 2020];33(2):175-94. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11419-015-0270-0>
173. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Salud sexual [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
174. Jones R, Barton S. Introduction to history taking and principles of sexual health [Internet]. Vol. 80, *Postgraduate Medical Journal*. *Postgrad Med J*; 2004 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 444-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15299152/>

175. Wylie K. Sexuality: its not just sex. [Internet]. Vol. 100, Journal of the Royal Society of Medicine. Royal Society of Medicine Press; 2007 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 300. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1905870/>
176. de la Cruz C. Sexualidades diversas, sexualidades como todas. Editorial Fundamentos; 2018.
177. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: The importance of patient-physician interaction. Vol. 63, Maturitas. 2009. p. 124-7.
178. Risen C. Listening to sexual stories. En: Levine S, Risen C, Althof SE, editores. Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals. East Sussex: Taylor & Francis; 2003.
179. White J. Taking a client's sexual history. En: Koocher G, Greene J, Norncross B, editores. Psychologists' desk reference. Nueva York: Oxford University Press; 2003.
180. Hayes V, Blondeau W, Bing-You RG. Assessment of medical student and resident/fellow knowledge, comfort, and training with sexual history taking in LGBTQ patients. Fam Med [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 1 de noviembre de 2020];47(5):383-7. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/25905882>
181. SEMERGEN. Atención a Problemas de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.semergen.es/index.bSeccion=buscar&criterio=salud+sexual&tipoBusqueda=4&modoBusqueda=COMPLETA>
182. Viñas Llebot H. Entrevista clínica y sexualidad. Matronas profesión [Internet]. 2001 [citado 1 de noviembre de 2020];4-8. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33048/1/599483.pdf>
183. Braun-Harvey D. Sexual health in drug and alcohol treatment. Pub S, editor. Nueva York; 2009.
184. Duncan DT et al. Characterizing geosocial-networking app use among young black men who have sex with men: A multi-city cross-sectional survey in the Southern United States. JMIR mHealth uHealth [Internet]. 1 de junio de 2018 [citado 1 de noviembre de 2020];6(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29903702/>
185. Goedel WC, Duncan DT. Geosocial-Networking App Usage Patterns of Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men: Survey Among Users of Grindr, A Mobile Dating App. JMIR public Heal Surveill [Internet]. 8 de mayo de 2015 [citado 1 de noviembre de 2020];1(1):e4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27227127>
186. Van De Wiele C, Tong ST. Breaking boundaries: The uses & gratifications of Grindr. En: UbiComp 2014 - Proceedings of the 2014 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing [Internet]. New York, New York, USA: Association for Computing Machinery, Inc; 2014 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 619-30. Disponible en: <http://dl.acm.org/citation.cfm?doid=2632048.2636070>
187. Orosz G et al. Too many swipes for today: The development of the Problematic Tinder Use Scale (PTUS). J Behav Addict. 1 de septiembre de 2016;5(3):518-23.
188. Kraus SW et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11 [Internet]. Vol. 17, World Psychiatry. Blackwell Publishing Ltd; 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. 109-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5775124/>
189. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Internet]. Arlington, Vancouver: American Psychiatric Association; 2017 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

190. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones [Internet]. Madrid; 2012 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
191. Curto Ramos J et al. Delirium and serotonin syndrome in a patient with depression and mephedrone use disorder in chemsex context. Presentación póster. En: 9th International Congress of Dual disorders [Internet]. Madrid; 2019. Disponible en: <https://icdd-congress.com/wp-content/uploads/2019/06/abstracts-book-icdd-2019.pdf>
192. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (Ministerio de Sanidad). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes [Internet]. 2017 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoDiagnosticoTtoITSAAdultos.pdf>
193. Miller W, Rollnick S. Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. 10.a ed. CjBarcelona-Buenos Aires: Paidós Ibérica; 1999.
194. Bobes Bascarán M et al. Proceso de cambio y entrevista motivacional [Internet]. 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.studocu.com/gt/document/universidad-cesar-vallejo/psicopatologia/practica/proceso-de-cambio-y-entrevista-motivacional/6399948/view>
195. Prochaska J, Prochaska J. Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casas M, Gossop M, editores. Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. Barcelona: Ediciones en neurociencias; 1993. p. 85-136.
196. Socidrogalcohol. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación [Internet]. 2010 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/ManualAdiccionesParaPsicologos.pdf>
197. Curto Ramos J et al. Programa de educación y salud sexual para usuarios de chemsex: una respuesta coordinada desde la ONG Apoyo Positivo y el Instituto de Adicciones de Madrid – Revista Multidisciplinar del Sida. Rev Multidiscip del sida [Internet]. 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];7(16):48-52. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/programa-de-educacion-y-salud-sexual-para-usuarios-de-chemsex-una-respuesta-coordinada-desde-la-ong-apoyo-positivo-y-el-instituto-de-adicciones-de-madrid/>
198. Braun-Harvey D. Sexual Health in Drug and Alcohol Treatment: Group Facilitator [Internet]. Nueva York: Springer Pub; 2009 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.amazon.com/-/es/Douglas-Braun-Harvey-dp-0826120156/dp/0826120156/ref=mt_other?_encoding=UTF8&me=&qid=
199. Coffin PO et al. Effects of Mirtazapine for Methamphetamine Use Disorder among Cisgender Men and Transgender Women Who Have Sex with Men: A Placebo-Controlled Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 27 de octubre de 2020];77(3):246-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31825466/>
200. Elkashef AM et al. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. Neuropsychopharmacology [Internet]. abril de 2008 [citado 27 de octubre de 2020];33(5):1162-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17581531/>

201. Grupo de Expertos de la Secretaria del Plan Nacional Sobre El Sida (SPNS) et al. Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el VIH [Internet]. 2015 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoAlteracionesPsiquiatricasPsicologicasAdultosNinosVIH_24Feb2015.pdf
202. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de, los pacientes con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias. Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_570_Guia_Patologia_Dual_compl.pdf
203. Mattoo SK, Prasad S, Ghosh A. Brief intervention in substance use disorders [Internet]. Vol. 60, Indian Journal of Psychiatry. Medknow Publications; 2018 [citado 1 de noviembre de 2020]. p. S466-72. Disponible en: </pmc/articles/PMC5844156/?report=abstract>
204. Pérez Valero I et al. Recomendaciones de expertos para la mejora del manejo del abordaje integral del fenómeno del chemsex en España. 2020.
205. Iniesta C. La voz de la comunidad en el fenómeno del chemsex . Rev Multidiscip del sida [Internet]. 2019 [citado 1 de noviembre de 2020];7(16):3-5. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/la-voz-de-la-comunidad-en-el-fenomeno-del-chemsex/>
206. Apoyo Positivo. Programa «Sexo, drogas y tú» [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/actividades-programas/programa-chemsex/>
207. Stop Sida. Servicio «ChemSex Support» [Internet]. 2020 [citado 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://chemsex.info/chemsex-support/>
208. Sáez J. Excesos de la masculinidad: la cultura leather y la cultura de los osos. En: Bachiller CR et al., editores. El eje del mal es heterosexual [Internet]. Madrid: Traficantes de sueños; 2005 [citado 3 de noviembre de 2020]. p. 137-48. Disponible en: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/El eje del mal-TdS.pdf>
209. Mota M. Cross-dresser. En: Lucas Platero R, Rosón M, Ortega E, editores. Barbarismos Queer y Otras Esdrújulas [Internet]. Barcelona: Bellaterra; 2017 [citado 3 de noviembre de 2020]. p. 116-24. Disponible en: https://www.academia.edu/33764434/Barbarismos_queer_y_otras_esdrújulas
210. Organización Mundial de la Salud. Género y salud [Internet]. 2018 [citado 3 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
211. Kimberly C, McGinley R. Changes in the swinging lifestyle: a US national and historical comparison. Cult Heal Sex [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 3 de noviembre de 2020];21(2):219-32. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2018.1460692>

DOCUMENTO TÉCNICO:

ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DEL USUARIO CON PRÁCTICAS DE CHEMSEX

Un material de apoyo para la formación
de los profesionales de la salud mental

Con el apoyo de:



Proyecto gestionado por:



Con el aval de:



Creado: noviembre 2020

ISBN: 978-84-09-25240-4