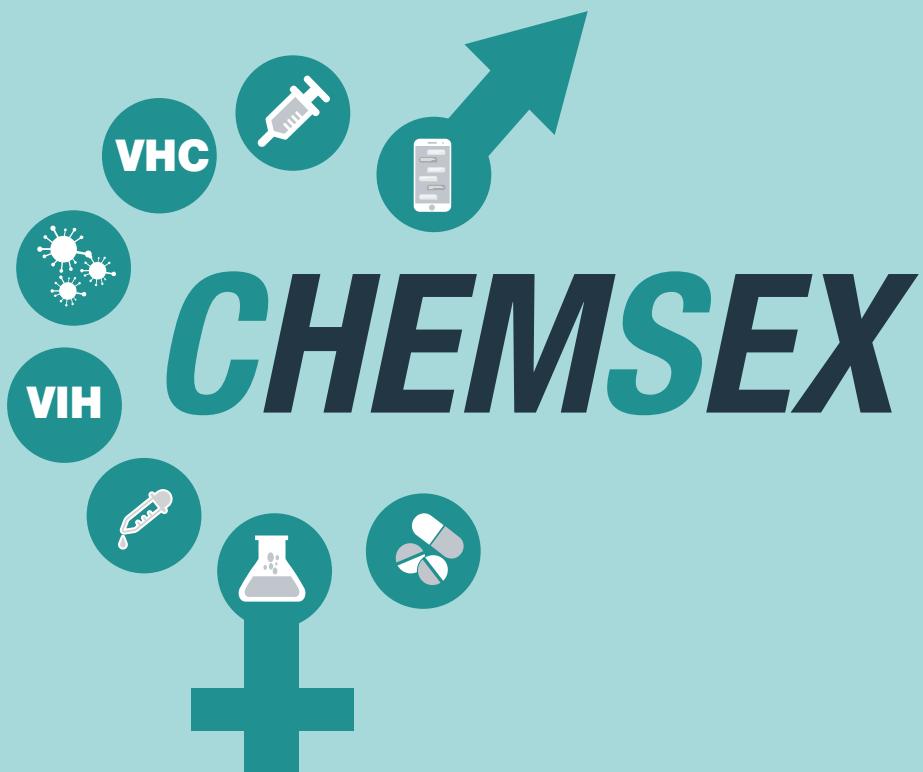


**Libro de consulta para profesionales
Sanitarios
con el aval científico de**



99 preguntas clave sobre



Ignacio Pérez Valero
Hospital U. La Paz – Madrid

José Luis Blanco Arévalo
Hospital Clinic - Barcelona

Advertencia. Este libro debe entenderse como un libro divulgativo para profesionales sanitarios. En ningún caso se trata de una guía de práctica clínica. Los autores han recogido sus opiniones personales, basadas en su experiencia profesional y en la evidencia científica disponible hasta el momento. Las opiniones expresadas por los autores no tienen porque reflejan necesariamente la posición del GESIDA.

En lo referente a aspectos relacionados con medicamentos, los autores han hecho todo el esfuerzo posible para asegurarse que las indicaciones y dosis que figuran en el manuscrito sean las correctas, en el momento de publicación del libro. Sin embargo, queremos advertir a los lectores que deben confirmar cualquier indicación y dosis recogida en el libro con las recomendaciones que, de forma periódica, proporcionan las autoridades sanitarias y los fabricantes de productos farmacéuticos. Los autores no podemos hacernos responsables de las consecuencias que pudiesen derivar de cualquier error en el texto que haya podido pasar inadvertido.

Editor: Fundación SEIMC-GESIDA.

Calle Agustín Betancourt 13. 28003. Madrid.

Edición: Primera edición. Junio de 2017.

ISBN: 978-84-697-3947-1

Composición y diseño: Ignacio Pérez Valero

Abreviaturas

ABC	Abacavir
ARV	Antirretroviral / antirretrovirales
COBI	Cobicistat
CYP	Citocromo P450
DRV	Darunavir
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
EVG	Elvitegravir
ETR	Etravirina
FTC	Emtricitabina
GHB	Ácido gamma-hidroxibutírico
GBL	Gamma-butirolactona
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IP/r	Inhibidores de proteasa potenciados
ITIAN	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleos(t)idos
ITINN	Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleos(t)idos
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGTBI	Lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales
LSD	Ácido lisérgico
MDVP	Metilendioxipirovalerona
MDMA	3,4-Metiledioximetanfetamina
NVP	Nevirapina
RTG	Raltegravir
RPV	Rilpivirina
RTV	Ritonavir
TAR	Tratamiento antirretroviral
TDF	Tenofovir disoproxil fumarato
UGT	Uridina 5'-difosfato-glucuronosiltransferasa
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana tipo I

INDICE

Capítulo 1. Chemsex: Concepto y perspectiva histórica. De las viejas a las nuevas adicciones.....	Pág. 9
Capítulo 2. Chemsex: Epidemiología y factores de riesgo.....	Pág. 21
Capítulo 3. Drogas usadas para el chemsex y sus acciones sobre el ser humano.....	Pág. 31
Capítulo 4. Interacciones entre las drogas usadas para el chemsex y los fármacos antirretrovirales.....	Pág. 43
Capítulo 5. La entrevista clínica con pacientes que practican chemsex.....	Pág. 51
Capítulo 6. Aproximación clínica correcta al paciente que practica chemsex.....	Pág. 69
Capítulo 7. Ajuste del tratamiento antirretroviral en el paciente que practica chemsex.....	Pág. 79
Capítulo 8. Manejo de las comorbilidades en el paciente que practica chemsex.....	Pág. 91
Capítulo 9. Herramientas de derivación del paciente con problemas por chemsex.....	Pág. 105
Capítulo 10. El consejo sanitario en el uso recreativo de drogas.....	Pág. 117
Capítulo 11. Programas psicosociales de intervención en personas que practican de chemsex.....	Pág. 131

Chemsex: Concepto y perspectiva histórica.

De las viejas a las nuevas adicciones

Juan Carlos Usó Arnal

Ldo. en Historia Contemporánea, Doctor en Sociología

Celia Miralles.

Especialista en Medicina Interna

Unidad de VIH, Hospital Álvaro Cunqueiro



¿Es algo nuevo el uso de drogas durante el sexo?

No. Diversos testimonios demuestran que el uso de drogas ha estado vinculado con las prácticas sexuales más volubres y desenfrenadas desde los albores de la civilización. Existe evidencias en la península ibérica de consumo de adormidera desde el sexto milenio antes de Cristo y de cannabis desde el tercer milenio antes de Cristo. Igualmente se ha documentado el uso de esclerocios de cornezuelo del centeno, un precursor natural del ácido lisérgico (LSD), desde el neolítico. Debido a la ausencia de documentos escritos en esta época, es imposible establecer si el consumo de drogas se relacionaba



con las prácticas sexuales. No obstante, existen datos que así lo podrían sugerir como el descubrimiento de enterramientos de parejas junto con braseros llenos de semillas de marihuana o algunas pinturas rupestres con motivos sexuales explícitos [1].

¿Cómo comenzó el consumo de drogas durante el sexo en la antigüedad?

En la antigüedad, el consumo de drogas fue iniciado por sacerdotes y chamanes, como método de conexión con el mundo espiritual y sagrado, y por curanderos, con el objetivo de aumentar la potencia sexual y mejorar la fertilidad. Ya en tiempos de los sumerios (tercer milenio antes de Cristo) se relacionaba el término opio con el término gozar. Igualmente, la biblia recoge en el primer libro de la Torá el uso de la mandrágora, precursora de la escopolamina, como potenciador sexual que favorecía la concepción.



Probablemente es en la Grecia y Roma clásicas donde el consumo de drogas en relación al sexo pasa de tener un objetivo procreacional a tener un objetivo meramente lúdico. La aparición del culto de Dionisio, el dios del éxtasis y del frenesí, que hace del desenfreno por medio del alcohol y las drogas un elemento

de liberación para la pesada carga del alma humana, favorece la aparición de fiestas bacanales, que llegan a su éxtasis en época de los emperadores, Calígula y Tiberio, los cuales organizaban orgías de varios días de duración en las que se consumían alcohol y drogas sin moderación y se mantenían todo tipo de relaciones sexuales bajo los efectos de estas sustancias.

Durante la edad media, en occidente, por acción de la cristianización de la sociedad, se produce una aparente disminución del consumo de drogas durante el sexo. Drogas, como la mandrágora, quedan relegadas al arte de la alquimia y su consumo deja de ser social, salvo en ciertos estratos sociales como prostitutas o soldados. Su uso, se asimila con brujería y son muchos los casos documentados de personas ajusticiadas por su consumo. En oriente, por el contrario, se mantiene el uso de destilados de plantas como el cannabis o la adormidera durante las prácticas sexuales [1-2].

¿Cuál fue el impacto de la modernidad sobre el consumo de drogas durante el sexo?

En la era de los descubrimientos, se abre la puerta a nuevas sustancias como la cocaína y se populariza el consumo del opio. Se abren fumaderos de opio en las principales ciudades europeas que son frecuentados por miembros de todas las clases sociales y en los que se consume y se practica el sexo tanto con hombres como con mujeres. La importancia de esta actividad y los ingresos que produce es tal que llega a desencadenar guerras como la “Guerra del opio” entre el imperio británico y china, por la libre comercialización del opio en China [2].

En el siglo XIX el consumo de morfina y cocaína se extendió entre intelectuales, artistas y miembros de la alta sociedad. A principios del siglo XX diversos intelectuales comenzaron a alertar de las consecuencias de su consumo sobre las conductas sexuales. En 1903, Pedro Sangro y Ros de Olano, al hablar de los peligros de la morfina afirmaba que “*las mujeres se hacen impúdicas y se entregan a cualquiera que les facilite la morfina*”. Este reconocido político y econo-

mista también aseguraba a este respecto que “*el deseo sexual se hace impulsivo, imperioso, y en estas condiciones, hombres y mujeres son capaces de todo*” [3].

Años más tarde, el médico Juan B. Vilató Gómez señalaba el deseo de “avivar el *instinto sexual*” como una de las causas que inducen a la toxicomanía. Y el sacerdote Rafael Cimadevilla, al referirse al “*vicio de la morfinomanía*”, decía que muchos crápulas y viejos libidinosos recurrían al alcaloide como un poderoso estimulante “*para ejercer las funciones sexuales*” y como un “*revulsivo para su sistema nervioso, decaído y débil por los abusos anteriores*”. Por lo que respecta a la mujer, Rafael Cimadevilla insistía en el hecho de que “*llega a perder el pudor*”.

Igualmente, en vísperas del estallido de la I Guerra Mundial varios médicos llamaron la atención de las autoridades francesas acerca de la extensión del uso de cocaína entre las mujeres que ejercían la prostitución en el barrio parisino de Montmartre, y entre los hombres que tenían sexo con otros hombres [4]. De hecho, el empleo lúdico de drogas llegó a España durante la I Guerra Mundial de la mano de prostitutas, proxenetas, aventureros, espías, desertores, tahúres y fulleros que buscaron refugio al soporte de la neutralidad española.

Durante los años 20, en que las drogas más consumidas fueron la cocaína, la morfina y el opio, se mantuvo la misma percepción. Según el diario *Las Provincias*, que promovió una campaña contra el empleo de estas drogas en los cabarets y music-halls de Valencia durante el verano de 1921, los jóvenes cocainómanos eran inducidos por “*mujeres fáciles que conocen la vida galante*



[...] habituadas a la nueva embriaguez”, y unían su consumo “a todas las observaciones de la orgía”. Al año siguiente el periodista Francisco Susanna afirmaba que los adeptos a la cocaína eran en su mayoría “*individuos ociosos, amigos del jolgorio, impertérritos y obligados hedonistas de toda metrópoli*”, que no perseguían otro fin que el de “*prolongar y acentuar el placer —que es, si se quiere, una forma de aquel pretendido deseo de infinito—, y no un placer cualquiera, sino esa violenta comezón del sexo llamada placer de Venus [...] y acaban embruteciéndose, encenagándose en la peor y más abyecta de las masturbaciones [...] y les induce a las peores abominaciones de la carne*” [5]. Otro periodista, que firmaba sus colaboraciones como Juan de Alfarache, venía a decir lo mismo en 1926 sobre las personas usuarias de morfina, al asegurar que el pretexto para tal empleo no era otro que “*la mezcla de la volubilidad sexual con el ansia de morfinomanizarse*” [6]. Por otra parte, algunos medios no dudaban en aseverar que la cocaína contaba con una demanda especial dentro del colectivo de los hombres que tiene sexo con hombres (HSH).

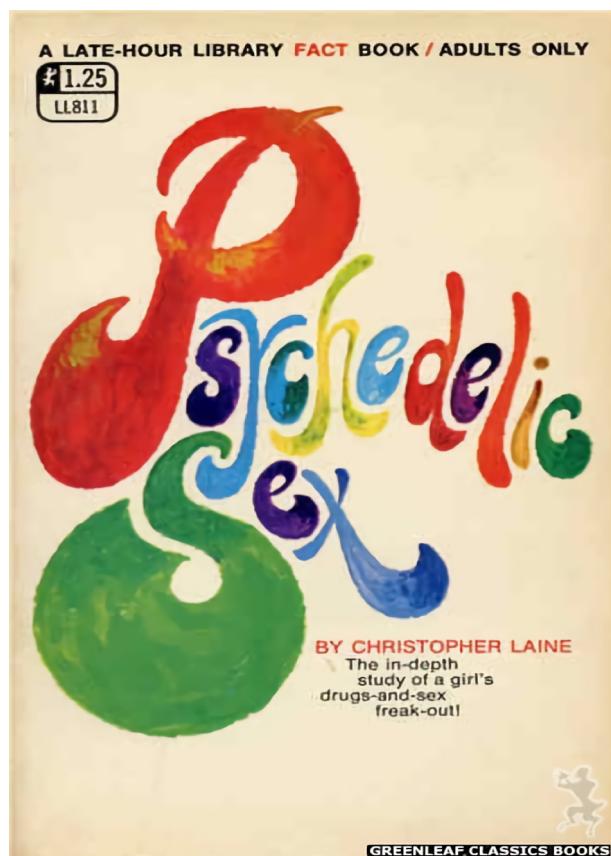
En los años 30, la concentración del tráfico y consumo de drogas en Montmartre determinó que algunos medios lo señalaran como “la meca” de los “*buscadores de emociones y orgías*”. Por otra parte, Harry S. Anslinger, comisionado del *Federal Bureau of Narcotics*, empezó a desempeñar un papel fundamental en la criminalización del cannabis, insistiendo en supuestas perversiones sexuales asociadas al consumo de esta droga. Algunas películas, como *Reefer Madness* (1936), resultarían decisivas para la propagación de esta idea. Sin embargo, la influencia del cine llegaría mucho más lejos. Por ejemplo, el actor Errol Flynn, un auténtico ícono sexual durante las décadas de los 30 y los 40, el cual se consideraba a sí mismo como un “símbolo fálico universal”, llegaba a espolvorearse cocaína en el extremo del pene para prolongar sus erecciones y retardar sus eyaculaciones [7].

A principios de los años 50 medios de comunicación de todo el mundo se hicieron eco del gran consumo de drogas entre los adolescentes de EEUU, destacando la cantidad de “delitos sexuales” que se manifestaban al amparo de dicho empleo.

¿Qué impacto tuvieron las revoluciones culturales de finales del siglo XX en el consumo de drogas durante el sexo?

La década de los 60 estuvo marcada por el florecimiento del movimiento hippie, que estuvo caracterizado por una revolución sexual asociada en gran medida al uso de drogas como la LSD y la marihuana. En 1964 el profesor Robert P. Goldman ya destacaba la “excitación sexual” como uno de los efectos del ácido lisérgico, pero fue a partir de la entrevista realizada a Timothy Leary y publicada en la revista *Playboy* en septiembre de 1966 cuando la LSD alcanzó fama de potente afrodisíaco. Otras publicaciones, como el libro “*The Sexual Power of Marijuana*” de Barbara Lewis, publicado en 1970, reflejaban cómo el cannabis era capaz de estimular el interés sexual y las sensaciones de placer. No obstante, allí donde la juventud integrada en las filas de la contracultura o cultura *underground* preconizaba el amor libre, lejos de los convencionalismos y las ataduras propias de la sociedad adulta burguesa, los medios de comunicación denunciaban promiscuidad, desenfreno y orgías tóxicas.

Por lo demás, el ácido y la marihuana no fueron las únicas drogas señaladas por su poder afrodisíaco. Así, a finales de 1967 Albert Rosenfeld desde las páginas de la revista *Life* recogía la impresión de muchos usuarios de metanfetamina —comercializada con el nombre de Metedrina—, quienes afirmaban que causaba un “fuerte deseo sexual”.



En la segunda mitad de los 70 el ideario hippie quedó reducido a un esquemático eslogan: “sexo, drogas & rock’n’roll”. Al hilo de esta consigna se difundió el consumo —especialmente en discotecas— de *popper*, un poderoso vasodilatador con una gran demanda dentro del colectivo gay y que acabó vendiéndose en las sex-shops.

La aparición del *crack* a mediados de los 80 también estuvo vinculada a fuertes sensaciones eróticas. *“Cuando se fuma —explicaba un reportero de Cambio16 en 1986—, primero produce un estado de euforia exagerado, con una súbita sensación estimulante que llega a la excitación sexual”*.

El repunte del consumo de cocaína y la gran difusión de las llamadas drogas de diseño durante los 90, así como la aparición de las denominadas *research chemicals* o drogas para gourmets ya en pleno el siglo XXI, como no podía ser de otro modo, también se han relacionado con la potenciación de prácticas sexuales por parte de los usuarios y usuarias.

¿Qué es el chemsex? La nueva forma de consumir drogas durante el sexo del siglo XXI

Como hemos ido comentando, conseguir una experiencia sexual extraordinaria, mediante el uso de drogas, no es algo nuevo, sino que ha sido un anhelo histórico de la humanidad. Con los cambios socioculturales del siglo XXI aparece una nueva forma de consumir drogas con el objetivo de mejorar la experiencia sexual, el chemsex. Este término, acuñado en el colectivo gay en la última década, define el uso en un contexto sexual, de tres drogas de diseño: mefedrona, metanfetamina y ácido gamma-hidroxibutírico (GHB)/gamma-butirolactona (GBL) [8-9]. No estaría de más preguntarse si, más allá del éxito mediático del término, el chemsex ha supuesto alguna novedad en la historia del consumo de drogas durante el sexo.

Sabemos que tanto la mefedrona, como la metanfetamina o el GHB/GBL no son drogas nuevas y sus efectos, aumentar la excitación sexual, desinhibir y exacerbar el placer, son conocidos desde hace años [10-11]. Igualmente, el chemsex no define un comportamiento sexual novedoso, sino que contempla un conjunto de actividades sexuales diversas entre dos o más participantes, las cuales se practicaban ya en la antigüedad, y que en muchos casos incluyen el consumo de drogas “clásicas” como la cocaína, el cannabis, la ketamina, el alcohol o el popper, así como fármacos para la disfunción eréctil como el sildenafil [10, 12-13].

Las formas de consumo de las drogas durante el chemsex son variadas: oral, esnifada, fumada y endovenosa (slamming). Así como los lugares donde se practica: fiestas en casas privadas o locales comerciales de sexo como las saunas. En España, además de los distintos términos ingleses utilizados para referirse al chemsex (Party and play, Chillout...) se utilizan también los términos sesión, morbo y vicio, fiesta, colocón (“klkon”) ... [14].

Entonces, ¿Qué diferencia al chemsex de las otras formas de consumo?

Una de las características definitorias del chemsex es la **duración** de las sesiones. El uso secuencial y repetitivo de las diferentes substancias capacita para relaciones sexuales con múltiples parejas a veces durante días [11, 14]. Por otra parte, las tendencias históricas detrás del uso de drogas de recreo en el siglo XX, como ya hemos visto, tienen poco que ver con los factores sociales que sustentan el consumo de los nuevos psicofármacos. Su manufactura, distribución y acceso definen una nueva cultura de consumidor [10].

Las nuevas drogas, en contraste con muchas de las clásicas, han tenido poco o **ningún uso medicinal**. Además, apenas existe legislación sobre ellas que son anunciadas “no para consumo humano” o descritas como “sales de baño o fertilizantes”. La información farmacológica es limitada, así como sus efectos tóxicos.

Su síntesis es sencilla por ello se van incorporando nuevos componentes haciendo aún más complejo el control y regulación sanitarios [10, 15].

Pero, sin lugar a dudas, el aspecto diferencial por excelencia **es el uso de internet**. Así, aunque en ocasiones el acceso a las fiestas se realice a través de conocidos del ambiente gay, con gran frecuencia el contacto se establece mediante las aplicaciones de redes sociales (GRINDR, WAPO, SCRUFF...). La facilidad de acceso junto con su inmediatez explica su éxito creciente. Los usuarios pueden, previo al encuentro, perfilar sus características, límites y preferencias: por ejemplo, ser o no portador del virus de inmunodeficiencia humana tipo I (VIH), disposición para el slamming, uso o no de condón etc. El lenguaje simbólico de los emoticones establece de forma visible y explícita lo que se ofrece y lo que se espera [11, 14].

Por otro lado, internet es una fuente ilimitada de ejemplos: videos y fotos de cualquier práctica sexual incluidas las menos habituales. Las drogas son parte esencial del mensaje. La visualización de estas técnicas además de facilitar su puesta en práctica supone, de alguna manera, su normalización y aceptación por el colectivo. No olvidemos que el comportamiento sexual consiste en un aprendizaje, tanto en términos de normas sociales como de formas de ejecución. Esa atmósfera de “falso consenso” facilita, que incluso los más vacilantes puedan verse involucrados en conductas sexuales de riesgo [16].

Por último, la red es el gran mercado del siglo. La adquisición de drogas es fácil: los intermediarios se anuncian a veces en las propias apps de contacto y suministran la mercancía a domicilio. Plataformas on-line ponen en contacto a compradores y vendedores en internet que operan en redes por las que permiten navegar por la web manteniendo privacidad y anonimato. Se usa la moneda virtual (bitcoin) y la distribución se realiza por correo postal o mensajería.

¿Qué factores han favorecido la aparición del fenómeno del chemsex?

Los usuarios del chemsex pertenecen a un entorno social donde el uso de drogas para el sexo es más aceptable que para el conjunto de la sociedad. Es una población nueva con una cultura también nueva. Ni corresponden al estereotipo de “usuarios de drogas” ni piensan en sí mismos como drogadictos. Son en su mayoría profesionales con una situación en la sociedad bien establecida [16].

Los motivos que subyacen en el fenómeno se imbrican entre lo personal y lo colectivo. Como trasfondo, la homofobia presente incluso en las sociedades más liberales; a nivel individual, las inseguridades personales: un físico imperfecto, el temor a no estar a la altura sexual, el estigma del VIH... Enfrente, el poderoso atractivo de las drogas que pesa mucho más que sus daños potenciales. El chemsex proporciona al usuario un contexto sexual en el que están representadas las cualidades que valora y que le va a permitir el tipo de sexo que sueña: una libido poderosa y duradera, sin trabas inhibitorias, con nuevas e intensificadas sensaciones y en una conexión sexual que permite atreverse a experiencias impensables, supone un coctel de sexo sin límites, una aventura que la mayoría perciben como única y, desde luego, no reproducible en la relación sexual sin drogas [11-12].

Uso problemático y no problemático del chemsex ¿Se pueden marcar límites?

A pesar de que cualquier usuario de chemsex espera un sexo más allá de sus experiencias sin drogas, algunos han establecido fronteras no traspasables en relación a la frecuencia, las vías de administración (*slamming*) o las prácticas más duras como el *fisting*. Así, sexo y droga es un paréntesis aparte de su vida real, un escape periódico y en cierta medida controlado. Otros, los más vulnerables, permiten al chemsex infiltrarse en sus vidas y llegar a dominarles en una actitud de “nada que perder”. Como ejemplo los VIH positivos que hayan vivido su opción sexual desde la culpa y para los que el haber contraído la enfermedad

haya supuesto un estigma buscado. La frontera, sin embargo, es tenue y trasparable [16].

¿Hay que pagar peaje por la práctica del chemsex?

Se ha asociado al chemsex con prácticas sexuales inseguras y con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluidas el VIH y la hepatitis C (VHC) [17]. Existen además otros riesgos para la salud como las toxicidades agudas de las propias drogas (psicosis paranoide, estupor, coma, arritmias...) y de forma crónica, los trastornos psicológicos secundarios a su dependencia [14-15, 18]. En el caso particular de las personas con VIH se sumaría el riesgo de interacciones y falta de adherencia con el tratamiento antirretroviral (TAR) o con el del virus de la VHC [19].

En resumen, el chemsex proporciona al genuino anhelo de un sexo sin barreras la oportunidad (disponibilidad de drogas, lugares de encuentro, conexión), y la capacidad física y mental de llevar el deseo sexual hasta límites nunca explorados. Los encuentros sexuales con drogas están al alcance de casi todos, en muchos casos fuera de los locales de “ambiente”. El éxito está garantizado con la mezcla ideal de una experiencia extrema entre el anonimato y la aventura. Sin embargo, el peaje a pagar, en muchos casos, puede ser excesivo.

Chemsex: Epidemiología y factores de riesgo

Alfonso Cabello Úbeda

Especialista en Medicina Interna

División de Enfermedades Infecciosas. Hospital U. Fundación Jiménez Díaz

Jesús Troya García

Especialista en Medicina Interna

Unidad de Enfermedades Infecciosas, VIH /Hepatitis. Hospital Infanta Leonor

Consciencia del fenómeno. ¿Qué aportaron los primeros estudios sobre el tema?

La editorial del British Medical Journal de 2015 puso en el escenario mundial, tanto a nivel científico como social, la conciencia del fenómeno chemsex [8]. Seguidamente la prensa, entre ellas la española, se hizo eco de la información con numerosos reportes de mayor o menor rigor, extendiendo el interés a la sociedad [20].

Sin embargo, había sido un año antes cuando se publicaba el primer estudio cualitativo que abordó con rigor el tema: *The chemsex Study*; un trabajo que profundizaba en el consumo de drogas relacionadas con las prácticas sexuales, realizado en 2012 en los barrios de Lambeth, Southwark y Lewisham de Londres [21-22], donde el colectivo de HSH y bisexual tiene una elevada presencia, y donde la tasa de infección por VIH era elevada. Es en este estudio donde se especifica por primera vez la diferencia entre la actividad sexual posterior a un consumo de drogas, consecuencia entre otras, de la desinhibición o aumento de

la apetencia provocada por éstas, del denominado por primera vez “chemsex”: convergencia de drogas y sexo con el fin de cuyo aumentar la duración y el disfrute de éste. En dicho trabajo, de carácter cualitativo, se profundiza en diversos aspectos descritos por los sujetos estudiados como la finalidad del consumo, las sensaciones adquiridas, la conciencia de riesgos derivados de las propias drogas (como la adquisición de ITS), los diferentes puntos de vista acerca de la infección por VIH y los riesgos relacionados en este contexto; de igual manera se valora el fenómeno y su relación con los diferentes colectivos en términos de orientación sexual, prácticas o hábitos sexuales, y estado de infección por algunas ITS, predominantemente el VIH.

Es a partir de la publicación de este trabajo, cuando diferentes entidades científicas y otros estamentos de la sociedad civil implicados o relacionados con estos colectivos, inician diferentes estudios retro y prospectivos que aumenten la luz y el foco sobre un escenario que, a partir de entonces, será real para todos.

Cabe señalar que ya existían referencias acerca del uso exclusivamente sexualizado de determinadas drogas [23-24], si bien no había sido definido el fenómeno como tal, ni se había realizado un estudio exhaustivo en este campo.

¿Estamos ante un fenómeno en ascenso?

Desde finales de la década de los 90 y sobre todo en el inicio del siglo actual, el espectro de drogas recreativas o las comúnmente llamadas *drogas de club* ha ido cambiando. Desde el inicio de la epidemia del VIH, los pacientes infectados han sido relacionados con un mayor consumo de tóxicos. Característica que también ha sido descrita en los pacientes HSH y en el colectivo de lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI). Son diversas las publicaciones que hacen referencia al aumento reciente en el consumo de GHB, metanfetamina, cristal..., algunas de ellas, asociándolas a la actividad sexual [25-30].

Se asocia el uso específicamente sexualizado de estas drogas al colectivo HSH de Estados Unidos, desde hace más de una década, [31], introduciéndose posteriormente en Europa a través del Reino Unido [32]. A pesar de ello, no hay estudios enfocados a analizar la prevalencia de ese uso convergente de drogas y sexo hasta los años 2011-12 [21-22]; siendo a partir de la publicación de estos resultados (2014-15), cuando en un gran número de países, fundamentalmente en Europa, se inicia trabajos de investigación en este campo, sobre todo en Europa, para dar una perspectiva objetiva de la realidad actual.

En los últimos meses-años vivimos un aumento significativo de las publicaciones al respecto que podría interpretarse como un incremento en la presencia de este fenómeno, y que, sin embargo, plantea dudas sobre si lo que observamos es el afloramiento de un fenómeno frente al que hemos permanecido ajenos hasta ahora. Por otro lado, y a pesar de ello, las nuevas tecnologías han facilitado de manera exponencial el contacto y las interrelaciones entre los usuarios, así como la facilidad a su acceso, gracias al avance tecnológico; lo cual ha llevado a una mayor accesibilidad al desarrollo de estas prácticas. Es por ello que, aunque la ausencia de datos objetivos de periodos previos nos limite la cuantificación del incremento, está en la conciencia colectiva que estamos ante una mayor accesibilidad a la realización de estas actividades.

El fenómeno en Europa ¿Dónde nos encontramos?

El estudio ASTRA [33] ha mostrado una elevada prevalencia (en torno al 50%) del uso de drogas asociadas al sexo en el Reino Unido en relación con algunos hábitos, frente a un estudio en Londres de una década antes [35]. Posteriormente el *European MSM Internet Survey* (EMIS) [35] ha permitido extraer una visión más actualizada del fenómeno en Europa. Considerando la posible estimación a la baja debido a la habitual infranotificación de los sujetos acerca del consumo, frecuente en este tipo de encuestas, en Europa el rango de consumo de las cuatro principales drogas asociadas al chemsex (metanfetamina, mefedrona, GHB y ketamina) entre el colectivo HSH varía entre un 4-16% en las principales capitales.

Dicho estudio describió la asistencia a fiestas de sexo privadas en un 15-60% en estas ciudades, refiriendo los encuestados un 10-20% de consumo de drogas. Cabría el debate de si esta práctica es propia solo de grandes ciudades y, aunque faltan estudios fuera de las grandes urbes, este análisis asocia fuertemente el chemsex con el circuito de *clubbing*, fiestas sexuales y eventos sociales entre el colectivo gay a través de las principales ciudades y capitales europeas, algo a lo que algunos autores ya habían hecho referencia [36].

A raíz de estos datos, en varios países europeos y desde distintos estamentos se han iniciado programas con el fin, tanto de arrojar luz sobre la situación actual, como de ofrecer distintas vías de ayuda en el asesoramiento y reducción de daños con estas prácticas [37-38]. Se están publicando trabajos que muestran un incremento en la práctica del chemsex [39], si bien, es probable que el mejor conocimiento por los profesionales conlleve a mayor número de encuestas y programas mejor dirigidos [40].

Situación actual en España ¿Tenemos datos?

Al igual que en el resto de Europa, en España se han iniciado diversos estudios de campo tras la divulgación de la información vertida por Reino Unido. A pesar de haber algunos proyectos en marcha pendientes de ver la luz, disponemos de varias publicaciones y comunicaciones que nos ayudan a situar en nuestro país el fenómeno del chemsex o “sesiones”, como también se define aquí entre los usuarios.

El estudio EMIS [35] mostró como Madrid, Barcelona y Valencia se situaban entre las ciudades europeas con mayor prevalencia de este fenómeno; aun siendo así es importante señalar que el consumo reciente de las drogas definidas era inferior al 10%. Cuando Folch et al. analizaron con detalle los datos obtenidos en nuestro país, el consumo de “drogas para el sexo” en los 12 meses previos, era cercano al 33% [41].

Otras publicaciones han tratado de ampliar el conocimiento y compresión de esta práctica [14], mientras que otros a su vez han tratado de tomar conciencia de los posibles riesgos derivados, mediante la publicación de casos con repercusiones cínicas significativas [42].

El estudio de campo más exhaustivo acerca del chemsex publicado hasta el momento, ha sido el llevado a cabo por dos ONGs (Apoyo Positivo e Imagina MÁS) [38], donde se recogen datos de 486 participantes, fundamentalmente HSH, que realizaron *chemsex* en los 12 meses previos. En este trabajo se muestra como en las grandes ciudades -Madrid y Barcelona- son en las predominan los usuarios de estas prácticas; e indaga diversos aspectos relacionados con las drogas, sus vías de administración, la relación con las principales ITS, o las motivaciones para su práctica. Entre los participantes se sigue observando cómo el uso de drogas por vía endovenosa, asociado a un incremento de múltiples riesgos, sigue siendo minoritario (1-11% según el tipo de droga).

No obstante, seguimos carentes de estudios amplios, con capacidad de llegar a gran parte de la población objeto de estudio, con diferentes orientaciones sexuales, donde se estime de una manera fidedigna la prevalencia e incidencia de estos hábitos. Probablemente la necesidad de una buena interrelación con la comunidad y los usuarios, así como una adecuada financiación, sean imprescindibles para llevarlo a cabo. Hasta entonces los esfuerzos independientes de diferentes estamentos es única la fuente de información que nos va dibujando el mapa de nuestro entorno.

¿En qué colectivos es más frecuente la práctica del chemsex?

El consumo de drogas por el colectivo de lesbianas, gais, bisexuales y transexuales (LGBT) no es algo novedoso [43]. Diferentes factores asociados al estrés, por la pertenencia a un grupo minoritario, o el frecuente acceso a aplicaciones y circuitos relacionados con el consumo de drogas, se han postulado como posibles condicionantes de esta mayor prevalencia [44]; En el fenómeno chemsex, por tanto, cabría esperar que sea mayor en la comunidad LGBT que en adultos

heterosexuales (28,4% vs 8,1%), en varones gais o bisexuales que en varones heterosexuales (33% vs 11,1%), o en mujeres lesbianas o bisexuales que en mujeres heterosexuales (22,9% vs 5,1%) [45].

Sin embargo, la muestra principal en los escasos estudios llevados a cabo con detalle, han incluido principalmente al colectivo HSH principalmente; por lo que, aunque continúa siendo una práctica minoritaria, es este subgrupo el que aca para la mayor atención en la mayor parte de trabajos [22, 33, 35, 38, 40, 46].

En relación a otros factores sociodemográficos, el perfil del usuario de estas prácticas coincide en diversos estudios; habitualmente es un varón, HSH, entre 30-45 años, trabajador, con un nivel educativo medio-alto, residente en una de las principales ciudades / capitales europeas [21, 38]. Finalmente, la infección por VIH es otro de los factores asociados al chemsex y engloba una potencial repercusión [19], aunque en ese aspecto se profundizará más adelante.

¿Qué poblaciones o colectivos de riesgo son más susceptibles de practicar chemsex?

Diversos estudios epidemiológicos, principalmente europeos, realizados en los últimos años, han intentado entender la magnitud del problema del chemsex, e identificar los principales colectivos implicados en dichas prácticas sexuales, entre ellos el de pacientes infectados por el VIH.

En todos estos estudios, la población de HSH con infección por VIH, representa un porcentaje importante del total de usuarios que han tenido contacto con estas prácticas, con unas tasas que oscilan entre el 29% [47] y el 37% [48] en los estudios más recientes. En este sentido, se ha descrito que los HSH VIH+ son más propensos a usar todos los tipos de drogas recreativas en comparación con los HSH VIH negativos o no diagnosticados [33].

En el colectivo de pacientes VIH, el consumo de drogas recreativas en el ámbito de chemsex, se asoció con un incremento de comportamientos sexuales de riesgo y sexo no protegido, con cifras que oscilan, según diferentes estudios,

entre el 7% del estudio ASTRA [33] y el 77% del estudio Positive Voices [47]. Esto se traduce, en un incremento significativo del diagnóstico de nuevas ITS. En el estudio U-sex [48] se describe un incremento de la incidencia de sífilis (69%), gonorrea (29%), hepatitis B (18%) y C (10%). Además, este tipo de prácticas suponen riesgo de nuevos contagios por el VIH, especialmente entre pacientes sin TAR o sin supresión virológica.

Otro de los riesgos descritos con el chemsex son la mala adherencia al TAR [19], con el riesgo de generar virus resistentes y el riesgo de interacciones de los fármacos ARV con algunas de las drogas recreativas utilizadas (GHB, mefedrona...). No obstante, con respecto a este último punto, en la literatura médica sólo se han publicado casos concretos de interacciones fatales entre drogas recreativas y ARV y las pocas revisiones publicadas sobre el tema, sólo se limitan a describir las características farmacológicas de las diferentes drogas, sin informar sobre qué interacciones realmente podrían tener relevancia clínica [49].

¿Cómo influyen las connotaciones sociales en la práctica del chemsex?

Desde un punto de vista social, el perfil de usuarios del chemsex difiere significativamente del clásico toxicómano que podía encontrarse en la década de los años 80 y 90. En el pasado, la adicción a drogas endovenosas representaba un estereotipo de marginalidad social, con una población social y económicamente deprimida. En la actualidad los usuarios de drogas recreativas del tipo chemsex presentan a menudo un entorno socio-familiar estable y un estatus laboral y económico favorable [50].

Los datos epidemiológicos de estos usuarios, descritos en los diferentes estudios realizados, tienden a coincidir, como refleja el estudio del grupo Apoyo Positivo [39] con un perfil de varón HSH autóctono del país a estudio (71.6%), con residencia en grandes ciudades (en España, Madrid [46,9%] o Barcelona [42,2%]), con una mediana de edad de 35 años, sin pareja estable (61.1%), con estudios

universitarios (67.9%) y activo laboralmente (83.5%). Se observa un mayor consumo de drogas en HSH respecto a la población general, y dentro de este grupo, una mayor prevalencia de consumo en HSH con VIH [33].

En general, el individuo implicado en chemsex, con un estatus de estabilidad socio-laboral, tiene una percepción del consumo con aparente falta de consecuencias negativas. Por este motivo, ni el usuario de estas drogas ni su entorno afectivo presentan una demanda clara de ayuda profesional, a diferencia de lo que ocurría con el toxicómano clásico.

¿Qué factores facilitan o limitan el acceso a la práctica del chemsex?

En la última década ha habido un cambio en los estereotipos culturales, sociales y sexuales del colectivo de HSH. La práctica del chemsex ha tenido en las redes sociales, su máximo exponente y su principal vehículo de instauración en las principales urbes cosmopolitas de toda Europa; en España principalmente en Madrid y Barcelona. En los años ochenta y noventa las reuniones se organizaban en bares, clubes y centros comunitarios, pero con el auge de las aplicaciones móviles (apps), internet y las redes sociales se ha producido un cambio hacia una nueva escena cultural basada en la tecnología y el hogar.

En este sentido, son múltiples los portales Web, chats y apps sexuales (SCRUFF, GRINDR...) creados y dirigidos a la consecución de contactos sexuales, en algunas de las cuales pueden ofertarse asimismo las diferentes drogas recreativas. Los servicios de geolocalización, disponibles en todos los dispositivos móviles, aunando tiempo y ubicación, permiten la organización de reuniones de *chemsex* en domicilios particulares u otras zonas de reunión, conocidas como “sesiones”, en apenas minutos y en cualquier ubicación geográfica, sin más requerimientos que una conexión a la red y la disponibilidad del participante.

La facilidad de conexión y uso de dichos soportes, junto con el bajo precio de las diversas drogas recreativas utilizadas (GHB, mefedrona, metanfetaminas...) algunas de ellas con posibilidad de fabricación casera (GHB), han permitido el fácil acceso a las mismas, desde muy diferentes estratos sociales. No obstante, atendiendo a los datos proporcionados por los diferentes estudios epidemiológicos realizados, el perfil habitual de los usuarios de chemsex tiene un nivel socioeconómico favorable, siendo en más de un 50% de los casos universitarios en activo con ingresos superiores a los 1000 euros/mes [48].

¿Qué aspectos socio-sanitarios favorecen la práctica del chemsex? Indicadores de riesgo

La práctica del chemsex puede generar conductas adictivas y diferentes efectos sobre la salud mental de los pacientes, algunos de ellos permanentes y de gran trascendencia clínica [8].

La identificación de las poblaciones de riesgo es fundamental para su correcto abordaje clínico. En este sentido podemos distinguir tres tipos de sujetos: (i) los que consumen drogas con regularidad o con poca frecuencia y que se sienten en control de su uso y manejan su dosis, frecuencia y dependencia de manera cuidadosa y efectiva; (ii) los que sienten que el uso de las drogas es problemático y que tienen un efecto negativo en su bienestar físico, mental o social y buscan o consideran activamente buscar ayuda profesional para manejar o reducir el uso de las mismas; y finalmente (iii) quienes tienen una relación problemática con el consumo de drogas durante el sexo, sin reconocimiento del problema y con graves daños relacionados con su salud sexual, física o mental .

Se han descrito factores emocionales asociados, que podrían explicar el consumo de este tipo de sustancias en el ámbito sexual. Destacan el manejo de los sentimientos negativos, como la falta de confianza o de autoestima, la homofobia internalizada y el estigma por tener infección por VIH o, incluso según se ha descrito en algunas publicaciones, los antecedentes de abuso sexual en la in-

fancia. En algunos estudios se observa como una pequeña proporción de pacientes puede presentar trastornos depresivos o de ansiedad diagnosticados previamente a la práctica de chemsex [48].

Respecto a las adicciones generadas por estas drogas, la mefedrona y la metanfetamina pueden crear una poderosa dependencia psicológica y el GHB/GBL una dependencia fisiológica peligrosa. Los efectos sobre la salud mental de los pacientes son múltiples y estos abarcan desde estados alterados del nivel de conciencia, con pérdida de la capacidad de toma de decisiones y riesgo de prácticas sexuales no autorizadas, episodios de amnesia temporal conocidos como “*black-out*” o incluso cuadros depresivos, ansiedad y brotes psicóticos [51].

Todo ello hace que la práctica del chemsex pueda llegar a ser un problema grave que interfiera de forma significativa en la forma de vida de los usuarios, modificando su estilo de vida, sus conductas sexuales o propiciando el desarrollo de patología psiquiátrica.

Drogas usadas para el chemsex y sus acciones sobre el ser humano

Helen Dolengevich

Especialista en Psiquiatría

Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario del Henares

Fernando Caudevilla

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Energy Control (ABD) Madrid

Pablo Ryan

Especialista en Medicina Interna

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

¿Cuáles son las drogas psicoactivas más frecuentemente utilizadas en el chemsex?

Las sustancias psicoactivas más utilizadas en el contexto del chemsex son la mefedrona, la metanfetamina y el GHB. De hecho, la propia definición de chemsex que se propuso en Reino Unido incluía estas sustancias [51]. No obstante, dependiendo de la zona geográfica donde se lleve a cabo, otras drogas pueden ser tan o más prevalentes que las referidas. Este es el caso de la cocaína, los nitritos o *poppers*, la 3,4-metiledioximetanfetamina (MDMA), la ketamina y los fármacos para la disfunción eréctil, que se utilizan como una sustancia más en el policonsumo propio del chemsex. Existen nuevas catinonas que están

surgiendo como alternativas a la mefedrona y que se utilizan en relación con el sexo, como la pentedrona, 4-MEC y 3-MMC, que aún son legales en varios países europeos, entre ellos España y son fáciles de adquirir online.

El uso sexualizado de drogas se ha relacionado con conductas sexuales de riesgo en HSH, dado su efecto estimulante y desinhibidor. Estas sustancias favorecen una mayor duración en las relaciones sexuales y facilitan el mantener relaciones con varias parejas y sin protección. Además, el uso de drogas por vía intravenosa favorece la aparición de síntomas psicóticos, e incrementa la posibilidad de adicción a estas sustancias. Por ello, se han realizado diversos estudios que describen un incremento en el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluidas el VIH y VHC en HSH que practican chemsex [8].

¿Cuáles son los nombres de drogas más comunes, sus vías de administración y su duración?

Los nombres comunes, vías de administración y duración de las drogas utilizadas en chemsex se muestran en la tabla 1 [52].

Tabla 1. Drogas habitualmente utilizadas en chemsex

DROGAS HABITUALMENTE UTILIZADAS EN CHEMSEX [60]				
NOMBRE COMÚN	NOMBRE DE CALLE	FORMA DE PRESENTACIÓN	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN*	TIEMPO DE DURACIÓN
MEFEDRONA Otras catinonas: pentedrona, 4-MEC, 3-MMC.	Mefe, miau-miau, sales de baño.	Polvo, cristales, tabletas, cápsulas	O, N, IV, R	O: 4 h. N: 1 h. IV: 45 min.
META-ANFETAMINA	Tina, <i>Crystal meth</i> , tiza, cranc, <i>Meta</i> , <i>ice</i> .	Polvo, cristales	N, F, IV, R	4-12 h.
GHB/GBL	G, Éxtasis líquido, bote, chorri.	Líquido	O	Desde 2-3 hasta 7 h.
Nitritos de alquilo/butilo	Poppers	Líquido volátil	N	1-2 min.
COCAÍNA	Coca, blanca, farlopa, crack	Polvo blanco	N, F (base), IV	45-60 min.
MDMA	Éxtasis, eme, cristal, x. <i>Sextacy</i> (con sildenafilo)	Cristales, polvo, comprimidos con logos.	O	6 h.
KETAMINA	Keta, vit K	Polvo, cristales, líquido	N, O, IM	N: 45-60 min. O: 2-3 h.
INHIBIDORES 5-FOSFODIESTERASA	Sildenafil (<i>Viagra</i> ®), vardenafil (<i>Levitra</i> ®) tadalafil (<i>Cialis</i> ®)	Comprimidos	O	Sildenafil: 4-8 h. Vardenafil: 4-8 h. Tadalafil: 36 h.

* O – Oral. IV – Intravenosa (slamming). N – Nasal. IM – Intramuscular. R – Rectal (*booty-bumping*). F – Fumada.

¿Qué son la mefedrona y otras drogas catinonas sintéticas?

Las catinonas sintéticas son compuestos β -cetónicos derivados de la catinona, que es el componente psicoactivo presente la planta *Catha edulis*, consumida de forma tradicional en el Cuerno de África. Estas sustancias comenzaron a comercializarse como “*legal highs*” (euforizantes legales) desde aproximadamente 2008, en que comenzó la expansión del mercado de las nuevas sustancias psicoactivas, cuando la calidad del MDMA presente en el mercado decayó de forma considerable. La forma de venderlas por internet o en tiendas a pie de calle era como “sales de baño” o “abono para plantas”, por lo que tienen un lugar destacado en el fenómeno de las nuevas drogas [53].

PSICOFARMACOLOGÍA. Las catinonas incrementan de forma aguda los niveles de dopamina, noradrenalina y serotonina extracelulares, al inhibir su recaptación. Asimismo, aumentan la liberación presináptica de monoaminas al revertir el flujo normal de los transportadores, de manera similar a como actúan las anfetaminas.

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

COMPLICACIONES. Se han descrito numerosos casos de delirium, con alucinaciones, agitación y agresividad, asociados a sintomatología adrenérgica como taquicardia, hipertensión, inquietud, sudoración y dilatación pupilar, entre otros. Se han reportado complicaciones graves como rabdomiolisis, fallo renal, convulsiones y muerte con varios compuestos de la familia.

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. Asimismo, la mefedrona ha mostrado un alto potencial adictivo, sobre todo cuando se utiliza de forma intravenosa

(*slamming*), con tendencia a la re-dosificación compulsiva por su corta vida media (45 min). El intenso *craving* y tolerancia a la mefedrona son característicos [42].

¿Qué son el GHB y el GBL?

GHB son las siglas que se refieren a la sustancia de abuso γ -hidroxibutirato u ácido γ -hidroxibutírico. Es un potente inhibidor del sistema nervioso central que ya captó la atención como sustancia de abuso en década de 1990. Desde el año 2000 se clasificó como una “sustancia controlada” en Estados Unidos y en 2001 se ilegalizó en la unión europea. Sus precursores GBL (γ -butirolactona) y BD (1,4-butanediol), se venden libremente en internet como solventes orgánicos o limpiadores, lo que impide su regulación. Estas pro-drogas se convierten en GHB tras un minuto de su ingesta, pero su sabor es desagradable, ya que se trata de productos químicos [54].

PSICOFARMACOLOGIA. Su mecanismo de acción se basa en la unión y modulación de los receptores del sistema GABAérgico, especialmente a través del complejo de receptores GABA-B, a diferencia de las benzodiacepinas y otros sedantes, que actúan sobre los receptores GABA-A. Asimismo, también actúa sobre el receptor específico del GHB, que parece implicado en la liberación de esteroides neuroactivos. La administración crónica de GHB incrementa la liberación de dopamina, probablemente por una desensibilización de los receptores por la influencia del GABA sobre los circuitos dopaminérgicos centrales [55].

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.

EFFECTOS ESPERADOS. A dosis bajas presenta un efecto euforizante, desinhibidor, ansiolítico y afrodisiaco. Asimismo, las percepciones visuales o táctiles se intensifican. Se han descrito orgasmos más intensos y una interacción más sensual con la pareja sexual. Conforme las dosis se incrementan, predomina la somnolencia y la pérdida de control motor.

COMPLICACIONES. El mayor riesgo del GHB es la sobredosis, ya que el margen entre las dosis recreativas y las tóxicas es estrecho. Asimismo, tiene un efecto acumulativo que puede llegar a ser tóxico, sobre todo cuando se combina con otras sustancias como alcohol, mefedrona o metanfetamina [55]. La intoxicación se caracteriza por disminución del nivel de conciencia con pérdida del control motor, convulsiones, vómitos con riesgo de broncoaspiración, hipotensión, bradicardia, hipotermia y coma. En las intoxicaciones leves o moderadas se puede observar un estado de delirium con alucinaciones y otros síntomas psicóticos [56].

El GHB tiene un alto potencial adictivo, con síntomas de dependencia física como tolerancia y síndrome de abstinencia que se caracteriza por temblor, alucinaciones, taquicardia, insomnio y en casos graves puede acompañarse de convulsiones y delirios. 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 [54].

¿Qué es la metanfetamina?

La metanfetamina es una N, α -dimetilfenetilamina, que proviene del precursor fenetilamina o anfetamina, por lo que es un estimulante sintético. Sus efectos se dan tanto a nivel del sistema nervioso central como periférico, como potentes efectos psicológicos y físicos. Su metilación la hace más potente que otro tipo de anfetaminas, ya que permite que sea muy lipofílica y que traspase con facilidad la barrera hematoencefálica, lo que hace que sus efectos sean más rápidos, más potentes y que tengan una larga duración [55].

PSICOFARMACOLOGIA. La metanfetamina actúa liberando las monoaminas serotonina, noradrenalina y dopamina. Su potente 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 recom-

pensa cerebrales. Asimismo, incrementa la liberación de noradrenalina y dopamina sintetizadas *de novo* y puede revertir la acción de los transportadores facilitando la salida de los neurotransmisores hacia el espacio intersináptico y así desplazar neurotransmisores recién sintetizados en los almacenes vesiculares. Asimismo, inhiben la enzima monoamino oxidasa (MAO) que es la responsable del metabolismo de los neurotransmisores [57].

La metanfetamina tiene un metabolito activo, anfetamina y dos inactivos, p-OH-anfetamina y noradrenalina. Se oxida y metaboliza en hígado por degradación enzimática principalmente por el citocromo P450 (CYP) 2D6.

EFFECTOS ESPERADOS. La metanfetamina es un estimulante muy potente, por lo que en sus efectos más destacados está la excitación, sensación de bienestar, euforia, incremento de alerta y energía, con disminución de necesidad de sueño, alto grado de autoconfianza, incremento de la atención focalizada, disminución del apetito, sociabilidad. Asimismo, tiene un efecto afrodisíaco descrito en estudios y por usuarios, con incremento del deseo sexual, disminución de fatiga y pérdida de inhibiciones. Puede retrasar la eyaculación con lo que permite encuentros sexuales de larga duración. De forma paradójica, también puede afectar el funcionamiento sexual (impotencia) [56].

COMPLICACIONES. Se han descrito diversas complicaciones físicas derivadas del consumo de metanfetamina, como hipertensión, arritmias, infarto del miocardio, eventos vasculares cerebrales y otros derivados de la hiperactivación adrenérgica. Su consumo fumado en pipa puede producir bronquitis e hipertensión pulmonar. Se han descrito complicaciones bucales características con xerostomía y caída de dientes conocida como “*meth mouth*” [53]. Su asociación con la transmisión de VIH y otras ITS deriva de las prácticas sexuales de riesgo llevadas a cabo bajo la intoxicación de esta sustancia [58].

Altas dosis de metanfetamina pueden provocar disforia, inquietud y ansiedad, así como temblores generalizados y discinesias. Se han descrito comportamientos

tos compulsivos (por ejemplo, de rascado). Asimismo, produce insomnio, alucinaciones y delirios paranoides, de forma muy frecuente cuando su uso es intravenoso.

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.

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

¿Qué son los 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. Se suelen vender en pequeños envases de colores, de volúmenes distintos, (10 a 24ml) [53].

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.

PSICOFARMACOLOGÍA. Los datos sobre la fisiopatología de la intoxicación por poppers son escasos. 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. No hay evidencia de que los nitritos tengan un efecto directo sobre el SNC. Quizás la hipoxia derivada de la producción de metahemoglobina pueda estar vinculada a un posible efecto psicoactivo [53].

EFFECTOS ESPERADOS. Con la vasodilatación generalizada, 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 espacio-temporal. 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 incremento de las sensaciones. Gracias a la relajación del músculo liso, facilita la penetración anal [53].

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 ser reversibles al cesar su uso. Complicaciones hematológicas descritas son la conversión de hemoglobina a metahemoglobina, 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 si se ha observado el fenómeno de tolerancia y *craving*, en relación con su consumo relacionado al sexo.

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 síncopes o complicaciones neurovasculares.

¿Qué sabemos de la cocaína?

La cocaína es un alcaloide estimulante a nivel del sistema nervioso central con propiedades anestésicas a nivel periférico, que se extrae de la planta *Erithroxylon coca*, originaria de Sudamérica.

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

EFFECTOS 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.

COMPLICACIONES. Las complicaciones médicas asociadas al consumo 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.

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 [59].

¿Qué es la ketamina?

La ketamina es anestésico disociativo derivado de la fenciclidina (PCP) que se utiliza habitualmente en para anestesia pediátrica, veterinaria o cirugía de campaña. Su uso recreativo se popularizó a mediados de los años 90, en relación con la cultura *rave* (*fiestas ilegales de música electrónica*). El efecto disociativo se refiere a la analgesia sin pérdida del estado de conciencia.

PSICOFARMACOLOGÍA. Su efecto principal es como antagonista no competitivo del receptor glutamatérgico NMDA, favoreciendo el efecto anestésico o dissociativo 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. No suprime el sistema reticular activador, sino que induce una disociación funcional y electrofisiológica entre el sistema tálamo-cortical y el sistema límbico [53].

EFFECTOS 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 se va incrementando dosis. A dosis más altas surge 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. Por su efecto anestésico puede facilitar prácticas sexuales que impliquen dolor, como la penetración anal, el *fisting* u otros [54].

COMPLICACIONES. Durante la intoxicación por ketamina pueden presentarse sensación de mareo, náuseas, vómitos, cefalea, confusión y desorientación. El riesgo de caídas es alto, debido a la pérdida de coordinación motora. 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. Es frecuente la cistopatía con incremento de frecuencia miccional, así como daño a nivel uretral y en riñón.

La neurotoxicidad también ha sido descrita, con déficits en fluencia y aprendizaje verbal, así como en la velocidad de procesamiento. Se pueden dar déficits en memoria episódica y en capacidad atencional.

Síntomas esquizotípicos y distorsiones perceptivas se han descrito tras la suspensión del consumo, aunque la relación con trastornos psicóticos no se ha demostrado.

El uso crónico de ketamina puede generar sintomatología adictiva, como tolerancia y uso de forma compulsiva, con importante *craving*. Asimismo, la suspensión brusca genera síndrome de abstinencia con ansiedad, temblor, sudoración y palpitaciones [53].

¿Qué es el MDMA?

La MDMA es un derivado anfetamínico, que tiene similitudes estructurales con la anfetamina y la mescalina. Aunque patentada por Merck en 1914, su uso como facilitador psicoterapéutico se llevó a cabo por A. Shulgin, quien la sintetizó nuevamente en la década de 1960s. Su difusión para uso lúdico se llevó a cabo a partir de la década de 1980s, ligado a la cultura *rave* y a la música electrónica.

PSICOFARMACOLOGÍA. 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-HT2A, 5-HT2B, 5-HT2C, α2-adrenérgicos y muscarínicos. También incrementa la liberación de oxitocina y vasopresina [53].

EFFECTOS ESPERADOS. El efecto primordial de la MDMA es 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, sin un claro efecto afrodisíaco, sino más bien de cercanía al otro.

COMPLICACIONES. Efectos secundarios leves suelen ser el bruxismo, náuseas, vómitos, nistagmo, insomnio e hiporexia. A corto plazo, complicaciones graves pueden darse debido al llamado “golpe de calor” con 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 [53].

Figura 1. Drogas utilizadas: A) poppers, B) Metanfetamina, C) Mefedrona, D) GHB y E) Ketamina.



Interacciones entre las drogas usadas para el chemsex y los fármacos antirretrovirales

José Moltó

Especialista en Medicina Interna

Fundación Lluita contra la sida

Servicio Enfermedades Infecciosas

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

La combinación de drogas recreativas con algunos fármacos usados en el TAR podría resultar en interacciones medicamentosas que, en último término, podrían comprometer la seguridad de los pacientes.

El objetivo de este capítulo es revisar las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de las drogas más comúnmente usadas por los usuarios de chemsex, así como las bases teóricas y las posibles interacciones medicamentosas que pueden existir entre estas sustancias y los medicamentos ARV.

¿Cuál es la frecuencia de interacciones medicamentosas entre los antirretrovirales y las drogas usadas en el chemsex?

Según datos publicados, durante la última década ha habido un incremento en el número de casos de intoxicación por las drogas comúnmente usadas por los practicantes de chemsex (p. ej. GHB, mefedrona), así como del número de muertes por sobredosis [60-62]. Sin embargo, aunque existe la percepción de que las

interacciones con los ARV pueden ser responsables de parte de este aumento de casos de sobredosis, carecemos de datos firmes que apoyen esta afirmación. La notificación de los casos de intoxicación y de sobredosis por drogas es voluntaria, lo que probablemente lleva a una infra notificación de los mismos y a un sesgo de publicación en revistas médicas. Además, en muchas ocasiones la interacción con los ARV no está suficientemente documentada, lo que dificulta aún más la posibilidad de su comunicación.

¿Cuáles son las propiedades farmacológicas de las principales drogas usadas en el chemsex?

La siguiente tabla resume las principales características farmacocinéticas y farmacodinámicas de las principales drogas usadas durante las sesiones de chemsex [63-67]. Es importante tener en cuenta que el curso temporal tanto de las concentraciones como el de los efectos de una droga pueden variar notablemente en función de la vía de administración. Como regla general, aquellas administraciones exentas del fenómeno de primer paso (p.ej. intravenosa, intramuscular, nasal, sublingual) presentarán una mayor absorción de la droga y un inicio de sus efectos más rápidos que la administración oral.

¿Cuál es la base teórica para las interacciones entre los antirretrovirales y las drogas usadas en el chemsex?

Muchas de las drogas usadas en el chemsex son sustratos de proteínas transportadoras y de enzimas que están implicados en su farmacocinética (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) (Tabla 2). La inducción o la inhibición de la actividad de estos enzimas y transportadores por los fármacos ARV puede resultar en un cambio en las concentraciones de la droga y en una interacción medicamentosa que puede llegar a ser clínicamente relevante. Así, la inducción o la inhibición del (CYP)3A4 pueden resultar en cambios en la exposición a la ketamina o a los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (p. ej. sildenafil). Del mismo

modo, cambios en la actividad del CYP2D6 podrían resultar en interacciones con drogas como GHB, mefedrona, metanfetamina o MDMA [68-69].

Tabla 2. Características farmacocinéticas/farmacodinámicas de las principales drogas usadas por los usuarios de chemsex

	Vías más habituales de administración*	Farmacocinética			Efecto		
		Tmax	Metabolismo	t1/2	Inicio	Emax	Duración
Mefedrona	O, IV, N, R	O: 1.25 h	CYP2D6	2.15 h	15 min	30-45 min	2-3 h
GHB	O	30 min	Lactonasas, HNE**, CYP2D6	30 min	5-20 min	30-60 min	7 h
Metanfetamina	N, F, IV, O, R	F: 150 min O: 1.5-5 h	CYP2D6	9 h		F: 15 min O: 180 min	4-8 h
Cocaína	N, IV, F	15 min	Esterasas (90%) CYP3A4 (10%)	1-1.5 h	5 min	15-30 min	60 min
MDMA (éxtasis)	O	120 min	CYP2D6	8 h	45 min	1-1.5 h	4-6 h
Ketamina	O, M, IM, R	O: 45-60 min	CYP3A4	2-3 h	N: 5-10 min O: 15-30 min	N: 15-30 min O: 30-12 min	N: 90 min O: 4-6 h
Nitritos (poppers)	N	segundos	GNR***		30 seg		2-5 min
Inhibidores 5-fosfodiesterasa Sildenafil Vardenafil Tadalafilo	O	30-120 min 30-120 min 120 min	CYP3A4	3-5 h 4-5 h 17.5 h	15-30 min 15-30 min 15-30 min		4-5 h 4-5 h Hasta 36 h

* O – Oral. IV – Intravenosa. N – Nasal. IM – Intramuscular. R – Rectal. F – Fumada. ** HNE: Hidrólisis no enzimática.

*** GNR: Glutation-nitrato reductasa.

Si no se especifica lo contrario, estos parámetros se refieren a la administración oral.

¿Todos los antirretrovirales tienen el mismo riesgo de interacciones?

No todos los fármacos ARV tienen el mismo riesgo de tener interacciones con las drogas usadas en el chemsex [68-69]. Los ARV con menor riesgo serían aquellos que no tienen ninguna influencia sobre los enzimas y transportadores involucrados en la farmacocinética de las drogas. En este grupo se incluyen los ITIAN (ABC, TDF, Lamivudina, FTC), RPV, el maraviroc y los inhibidores de la integrasa, RTG DTG. Por otra parte, los ITINN NVP, efavirenz (EFV) y ETR son inductores de isoenzimas del sistema del CYP que participan en el metabolismo de algunas drogas (CYP3A4, CYP2D6), lo que podría disminuir sus efectos.

Finalmente, los esquemas de tratamiento que incluyen RTV o COBI serían los que tendrían un mayor riesgo de interacciones relevantes. Tanto RTV como COBI son potentes inhibidores del CYP3A4 a nivel hepático e intestinal (Tabla 3) [70], que es la principal vía metabólica de drogas como la ketamina o los agentes para la disfunción eréctil (Tabla 2). Así, la combinación de estas drogas con RTV o COBI resultaría en un marcado incremento en su exposición y en su vida media y, en consecuencia, en un mayor riesgo de intoxicación o sobredosis por estas sustancias.

Existen casos publicados en la literatura de intoxicaciones fatales por MDMA y por GHB en pacientes que recibían TAR que incluía RTV. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las dosis de RTV usadas actualmente en el TAR son mucho menores que las reportadas en esos casos.

¿Existen diferencias entre RTV y COBI en cuanto al riesgo de interacciones con las drogas usadas en chemsex?

RTV y COBI son dos potentes inhibidores del CYP3A4, lo que les hace prácticamente equivalentes en cuanto a sus interacciones con drogas que sean metabolizadas principalmente por esta vía (p.ej. ketamina, sildenafil...). Por el contrario, estudios *in vitro* muestran que la concentración necesaria para inhibir otros isoenzimas del CYP (p.ej. CYP2D6) es superior en el caso de COBI que en el caso de RTV [70], lo que haría que el riesgo de interacciones con drogas metabolizadas por esta vía (p.ej. GHB, mefedrona, metanfetamina, MDMA) fuera menor con COBI que con RTV.

Sin embargo, ensayos clínicos realizados en voluntarios sanos que recibieron el sustrato del CYP2D6 desipramina sólo o junto con RTV (100 mg cada 12 horas) o con COBI (150 mg una vez al día) mostraron un aumento de las concentraciones de desipramina cuando se administraba con COBI, pero no con RTV [71, 72].

¿Cuáles son las drogas con mayor riesgo de interacciones?

Desde un punto de vista teórico, el mayor riesgo de interacciones entre los ARV y las drogas usadas en el chemsex sería con aquellas drogas que son mayoritariamente eliminadas por vías metabólicas que son inhibidas por RTV o COBI [63-67]. Así, el riesgo de una interacción clínicamente relevante sería más elevado con drogas como la ketamina o los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil, tadalafil...). En segundo lugar, tendríamos drogas como el GHB, la mefedrona o la metanfetamina, que son eliminados por isoenzimas del CYP0 como el CYP2D6. Tal y como se expone en la tabla 3, la concentración de RTV o de COBI necesaria para inhibir la actividad de esta isoenzima es mayor que la concentración inhibitoria para el CYP3A4, lo que reduciría el riesgo de interacciones medicamentosas (sobre todo, tal y como se ha expuesto anteriormente, a las dosis usadas actualmente en la práctica clínica). Finalmente, los nitritos y la cocaína serían un grupo de drogas que son eliminadas mayoritariamente por vías no oxidativas, lo que les dotaría de un menor riesgo de interacciones a nivel farmacocinético.

A la hora de valorar el riesgo de una interacción determinada, además de tener en cuenta la magnitud de los cambios que los ARV pueden causar en la exposición a la droga, es importante considerar el margen de seguridad de dicha droga. Así, hay drogas como el GHB que tienen un estrecho margen de seguridad, en las que pequeños aumentos en su exposición pueden tener consecuencias clínicamente relevantes e incluso llegar a poner en riesgo la vida del paciente.

Tabla 3. Concentración inhibitoria 50% (μ M) de diferentes isoenzimas del CYP por RTV y por COBI. Estudios in vitro [70]

	1A2	2B6	2C8	2C9	2C19	2D6	3A
RTV	>25	2.9	5.5	4.4	>25	2.8	0.2
COBI	>25	2.8	30	>25	>25	9.2	0.2

¿Son posibles las interacciones entre las diferentes drogas usadas en chemsex?

Además de las posibles interacciones entre las drogas y los medicamentos ARV también puede haber interacciones entre las propias drogas que se usan en el contexto del chemsex y que, en ocasiones, se consumen de forma asociada.

La combinación de sustancias con efecto depresor (GHB, alcohol, opiáceos, cannabis, benzodiacepinas, barbitúricos, antidepresivos...) potencia sus efectos sedantes, pudiendo llegar a inducir un coma y problemas respiratorios. En este contexto, cabe destacar la interacción entre el alcohol y el GHB que debido al estrecho margen de seguridad del GHB, la combinación puede resultar en una alteración importante en el sistema nervioso, con hipotensión y depresión respiratoria grave [73].

Lo contrario ocurre con las sustancias con efectos estimulantes (cocaína, MDMA, mefedrona, metanfetamina, etc.), que pueden producir una hiperactivación del sistema simpático con riesgo de hipertermia, deshidratación y eventos cardiovasculares (HTA, arritmias cardíacas, etc.).

La interacción entre los nitritos de alquilo (*poppers*) y los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa puede provocar un importante efecto vasodilatador, que puede resultar en una hipotensión grave.

¿La vía de administración de la droga puede influir en la presencia y en la magnitud de las interacciones?

Efectivamente, la vía a través de la que se administra una droga puede influir de un modo muy importante, no solo en la magnitud y en el curso temporal de sus efectos sino también en el riesgo de interacciones medicamentosas. La mayor parte de transportadores y de enzimas metabólicos se encuentran a nivel intestinal y hepático, por lo que las interacciones comentadas anteriormente serán

más manifiestas cuando las drogas se administren por la vía oral, y menos evidentes cuando se administren por otras vías con un menor fenómeno de primer paso (p. ej. intravenosa, nasal, pulmonar, rectal...).

¿Cómo manejar estas interacciones si el paciente persiste en el consumo de drogas?

La ausencia de datos clínicos hace difícil establecer unas pautas de manejo de las interacciones entre los fármacos ARV y las drogas usadas durante las sesiones de chemsex.

Si el paciente persiste en el consumo de estas sustancias. En primer lugar, habría que valorar si se puede cambiar a una pauta de TAR exenta de RTV y de COBI. Si esto no es posible, habría que discutir con el paciente el riesgo potencial de tener una intoxicación si combina estas drogas (especialmente ketamina y agentes para la disfunción eréctil) con el TAR, y establecer un plan para usar una dosis de droga menor de la habitual. Sin embargo, como ya se ha comentado, la ausencia de datos específicos y la falta de control sobre la calidad de las drogas consumidas son aspectos que dificultan esta estrategia.

La entrevista clínica con pacientes que practican chemsex

Lupicinio Íñiguez-Rueda.

Departament de Psicologia Social.

Universitat Autònoma de Barcelona



La relación con pacientes es una interacción que se da entre agentes de salud (personal médico, personal de enfermería, y otros auxiliares de atención) y pacientes que precisan de asistencia ya sea por enfermedad o por necesidades de orientación, y que tiene el objetivo de diagnosticar, curar, cuidar, mejorar sus condiciones de salud, y/o prevenir enfermedades o potenciar una vida saludable.

En esa relación, la entrevista ocupa un lugar especialmente importante. Una entrevista clínica es en esencia una conversación con una finalidad específica que se realiza en el marco de ciertas reglas. El éxito comunicativo en una entrevista clínica depende de múltiples factores que están asociados tanto al contexto como a los interlocutores. De todos ellos, probablemente el más importante sea la construcción de una buena relación.

Establecer o no una buena relación es una cuestión sutil en la que no resulta fácil objetivar y particularizar todos los procesos que intervienen en su consecución. A pesar de esta dificultad intrínseca, es posible identificar condiciones, competencias, habilidades y destrezas que pueden ser, no sólo tenidas en cuenta, sino también entrenadas de modo que sea posible conseguir para cada escenario y contexto, la mejor relación posible.

El propósito de este capítulo es facilitar la optimización de la relación con pacientes, particularmente en el contexto de la entrevista, partiendo de dos consideraciones. La primera es ética, y aunque resulte una obviedad, tiene que ver con que el/a paciente es una persona, algo que es más que un problema o dificultad que haya que resolver. La segunda es psico-social, y consiste en asumir que la mera intención o propósito de comunicarse no es garantía de un buen proceso de comunicación.

Existen muchos factores, elementos y características que inciden en la entrevista, pero aquí se mencionan especialmente aquellos que tienen una incidencia especial en temas sensibles como lo es la práctica del chemsex.

Antes de leer este capítulo, se debe tener en cuenta que entrevistar es una habilidad práctica que sólo se puede aprender haciendo. No existen cursos, ni textos, ni artículos capaces de enseñar cómo realizar una entrevista. El aprendizaje es un aprendizaje de “aprendiz”, es decir, conseguido desde la realización práctica supervisada, comentada por observadores, y sometida al escrutinio y la reflexión personal.

¿Cuáles son las claves de una buena comunicación con el paciente?

El contexto en el que se produce la comunicación con el paciente es un contexto complejo, complicado y ansiógeno. El entorno institucional donde habitualmente se produce la relación, es un entorno altamente regulado por leyes, normativas, procedimientos y protocolos que, al tiempo que constriñen la acción, resultan de la actividad conjunta de todos sus participantes, ya sean actores y actrices institucionales o no institucionales. De algún modo el contexto institucional limita la acción, y las acciones reproducen el contexto al tiempo que lo modifican.

En ese contexto existen limitaciones intrínsecas en las que el personal y los pacientes no pueden incidir o pueden incidir muy levemente. Son limitaciones físicas, de recursos, de tiempo... Además, en este entramado conviven las expectativas de los actores y actrices institucionales (personal médico, personal de enfermería, y otros) que conforman un/a “paciente deseado”, con las expectativas de los/as pacientes que también conforman un/a “profesional deseado”.

Una buena relación es la garantía de una buena comunicación. Pero no habrá una buena relación si no se consigue dejar de lado al paciente o al profesional “deseado”, y permitiendo reconocer la realidad de su existencia, un paciente real y un profesional real, en sus particularidades, en sus circunstancias, y en sus posibilidades.

Cuatro procesos son imprescindibles para la creación de una buena relación.

En primer lugar, la **empatía**. La empatía [74] es la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona para comprender y sentir mejor la situación en la que se encuentra. La empatía comporta procesos perceptivos, como la capacidad de representarse la visión que tiene el otro en función de su posición; procesos cognitivos, como la capacidad de representarse los pensamientos y motivos del otro; y procesos afectivos, como la capacidad de inferir los estados emocionales de los otros. Para los/as profesionales, la empatía garantiza una atención centrada en la persona, una práctica más efectiva y menos estrés en el ejercicio profesional. Para los/as pacientes, la empatía aumenta su compromiso y garantiza el establecimiento de un vínculo basado en la confianza.

En segundo lugar, el **interés genuino**. La autenticidad debe caracterizar la relación con el paciente. No es por obligación que ha de generarse interés por el paciente, sino porque atañe de forma auténtica, legítima y verdadera al ejercicio profesional responsable. La falsedad en la relación genera efectos catastróficos en la relación, y, por consiguiente, en los resultados.

En tercer lugar, la **consideración**. Tratar con consideración a alguien es sinónimo de tratarlo cortésmente, respetuosamente, amablemente y atentamente.

Es la consideración la que hace posible que la persona se sienta suficientemente segura como para expresarse y contar su experiencia libremente.

En cuarto y último lugar, la **confianza**. El concepto de confianza remite a la seguridad de que algo irá acontecer de una manera correcta. También tiene el sentido de creencia de que alguien será capaz de actuar de manera correcta frente a una determinada situación. Confiar implica estar tranquilo y seguro respecto del comportamiento de otra persona por considerarla honrada y leal.

Lo contrario de la confianza es la incertidumbre, y ésta hace imposible la construcción de una relación. Confianza mutua implica la reciprocidad en la opinión de que el otro actuará correctamente, y hace posible la familiaridad en el trato.

Empatía, interés genuino, consideración y confianza son cuatro condiciones capaces de crear un clima psicológico que facilita la comunicación y el cambio.

¿Qué es un tema sensible y qué incidencia tiene en la relación con el paciente?

Temas sensibles son los que tienen el potencial de causar algún daño y que provocan fuertes respuestas emocionales como ira, tristeza, vergüenza, miedo o ansiedad [75]. Los temas sensibles son temas que se quieren mantener privados por múltiples razones, entre otras por ser tabúes, intrusivos, estigmatizantes o a veces, ilegales o peligrosos. Ejemplos de temas sensibles son los ingresos, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, los antecedentes penales y algunas condiciones de salud "embarazosas" como trastornos mentales, VIH, y otros.

Los temas sensibles no tienen impacto emocional sólo en los pacientes, pueden tenerlo también en los profesionales que pueden sentirse estresados, deprimidos o angustiados del mismo modo que los pacientes. Este efecto se acentúa con la continuada repetición de la escucha de asuntos delicados. Los efectos son variados:

En los pacientes:

- Falta de fiabilidad en las narraciones del paciente que podría dar informaciones diferentes en distintos contextos
- Resistencias al diagnóstico y a la evaluación
- Anticipación de una relación difícil
- Temor
- Anticipación de lesión de la autoimagen
- Refuerzo de experiencias negativas anteriores

En los profesionales:

- Barrera comunicacional
- Falta de destreza en el manejo de situaciones difíciles
- Estrés

¿Qué es una entrevista clínica?

La entrevista es una conversación entre un/a profesional de la salud y una persona, que se da en un ámbito determinado, generalmente institucional (centro de salud, hospital, consultorio privado, centro comunitario, y otros), que tiene una finalidad específica y que se realiza en el marco de ciertas reglas.

La entrevista clínica es una herramienta diagnóstica, terapéutica y de cuidado muy versátil pero que requiere habilidades difíciles de dominar. Requiere en el profesional recursos tanto intelectuales (razonamiento diagnóstico) como emocionales (relaciones interpersonales), ambos necesarios para establecer una relación con el paciente y facilitar la comunicación.

La entrevista clínica puede ser diagnóstica, es decir, orientada a problemas, pero también poder ser de promoción de la salud. Las entrevistas de seguimiento pueden tener características específicas, pero en esencia mantienen las mismas que el resto de formas de entrevista.

Existen múltiples enfoques, pero puede hallarse un denominador común, el acuerdo en que, en efecto, existen ciertas características básicas: (a) la entrevista es un contexto comunicativo esencial en la relación profesional/paciente; (b) es una conversación o diálogo, pero requiere de cierta estructuración; (c) tiene una finalidad específica, que puede ser sólo orientada a problemas, es decir diagnóstica y/o terapéutica, o puede ser de prevención; (d) está siempre relacionada con el cuidado del paciente; (e) es una situación social asimétrica; (f) está regulada por leyes, normas, regulaciones y protocolos; (g) su curso está afectado por las condiciones contextuales, ya sean físicas, temporales y/o sociales.

- (a) Toda entrevista es un proceso comunicativo. La comunicación es un intercambio de información a través de un código. El código en una conversación, y por lo tanto de una entrevista, es lingüístico. En tanto que conversación, la entrevista requiere de la cooperación de los participantes (no se puede conversar si uno no quiere conversar). La colaboración compromete a los participantes a que su contribución sea informativa, que no sea falsa, que vaya al grano, y que sea clara [76].
- (b) La entrevista no tiene formato libre, implica una cierta estructuración. Las formas de estructuración se sitúan en un continuum que va desde la estructuración completa hasta la abertura total. Así, generalmente hablamos de: (i) entrevista estructurada, consistente en un listado de preguntas predefinidas que se formulan en un orden preestablecido; (ii) entrevista semiestructurada, consistente en un listado de temas que es preciso abordar, pero que se presentan durante la entrevista al hilo de la propia conversación; (iii) abierta o no estructurada, consistente en una conversación abierta con sólo un hilo conductor del objeto de la entrevista, y donde las preguntas son formuladas al hilo de la propia conversación.
- (c) Las entrevistas diagnósticas y/o terapéuticas se centran en problemas de salud específicos y se originan en la solicitud de ayuda del paciente. La entrevista de promoción de la salud se origina por demandas diversas (a veces el paciente, a veces los agentes de salud) y pretenden describir los

problemas del paciente, así como los factores de riesgo y los daños potenciales. Con todo no existe una forma “pura” de entrevista dándose con frecuencia una combinación de orígenes, demanda, objetivos y propósitos.

- (d) La entrevista siempre se relaciona con el cuidado del paciente, bien sea para identificar sus problemas, para diagnosticar adecuadamente su estado de salud, para iniciar un proceso terapéutico, para evaluar la evolución, para favorecer el cambio...
- (e) es una situación social asimétrica. Tanto los roles de cada participante como los contextos organizacionales e institucionales en los que se desarrolla una entrevista, marcan posiciones sociales que son disímétricas: por una parte, el profesional dispone de los conocimientos para diagnosticar adecuadamente, y la capacidad de gestionar los recursos terapéuticos y de ayuda; y, por otra parte, el paciente está en situación de dependencia respecto del profesional, proporciona la información y se beneficia de la relación. Esta disimetría de roles caracteriza la entrevista y hace que el profesional sea quien conduce la entrevista.
- (f) está regulada por principios éticos y, además, por leyes, normas, regulaciones y protocolos. El centro de la regulación se halla en las garantías de intimidad y confidencialidad y la guarda del secreto profesional como garantía de cumplimiento de los principios éticos.
- (g) su curso está afectado por las condiciones contextuales, ya sean físicas, temporales y/o sociales. La buena marcha de una entrevista está determinada por el espacio físico e institucional en el que se realiza, el tiempo disponible, y la naturaleza del contexto en el que se desarrolla la relación social entre el profesional y el paciente.

¿Qué condiciones del contexto se han de tener en cuenta en una entrevista clínica?

Contexto físico. Hay determinaciones específicas derivadas del lugar de desarrollo de la entrevista. El entorno físico de la entrevista tiene que ser confortable, favorecedor de la comunicación, exento de estímulos distractores, lo más reservado posible y con garantía de preservación de la intimidad. Se deben minimizar las interrupciones. En el caso de que terceras personas estén o deban estar presentes (como estudiantes en prácticas), se debe explicar adecuadamente y obtener el consentimiento para su permanencia. La disposición de los distintos elementos en el lugar de la entrevista es igualmente importante; por ejemplo, siempre que sea posible afianza una idea de mayor autonomía estar sentado que tumbado. La prosémica, es decir, el manejo del espacio personal, el control de la distancia interpersonal o las posturas, también tienen un papel relevante: aproximarse al paciente, incluso tocarlo, en ciertos momentos, mantener la distancia física que garantiza la intimidad, en otros, favorecen la creación de un clima más cordial y al tiempo respetuoso con el paciente.

Contexto temporal. La duración de una entrevista no puede ser ilimitada, pero el problema habitualmente se encuentra en el escaso tiempo disponible por los profesionales. Toda entrevista clínica tiene su *tempo*, su ritmo, y la precipitación nunca ayuda al establecimiento de una buena comunicación. El tiempo de la entrevista debería ser una sutil combinación entre el ritmo del paciente y el ritmo del profesional.

Contexto social e Institucional. Como cualquier relación interpersonal, la entrevista está influida por las características psico-sociales de los participantes (expresividad, competencia comunicativa, expectativas, actitudes, motivación). Tan importante como esas características son las del contexto institucional/organizacional. Los participantes tienen percepciones de la situación y atribuyen significados específicos al entorno institucional. Estos significados provienen tanto de teorías ingenuas sobre el sistema sanitario que están circulando socialmente, por ejemplo, como por sus experiencias directas o indirectas. Aquello que demanda, así como aquello que van a contar está influido por estas circunstancias.

Tiene también efecto sobre la percepción de la preservación de la intimidad, la garantía de confidencialidad y el compromiso de guarda del secreto. Un elemento particularmente crucial en el contexto socio-institucional es la elaboración de la historia clínica. Tomar notas o completar la historia clínica informatizada es un distorsionador de la relación cuya prevención sólo se conseguirá explicando debidamente su necesidad y su utilidad.

¿Cómo establecer una relación de confianza?

La confianza no aparece por defecto. Resulta de un trabajo y una acción efectiva de las personas en interacción que, en el caso de situaciones disímétricas como la entrevista clínica, compete sobre todo al profesional. El trabajo y las acciones comprometidas con la producción de confianza son, como mínimo, las siguientes:

- Comprometerse con la confidencialidad, el respeto a la intimidad y la guarda del secreto profesional.
- Crear un encuadre seguro y confortable tanto físico como social. Físico cuando se optimizan las condiciones de confort, social cuando es claramente identificable quién es quién.
- La entrevista debe comenzar con las presentaciones, nombres y roles (profesional y paciente), y la duración prevista de la entrevista. En general es obligatorio seguir las reglas de la cortesía, y en este caso en particular, interesarse por cómo el paciente se siente y, eventualmente, qué le ha movido a solicitar la visita. Hay que valorar si el paciente está cómodo, tanto en un sentido físico como en un sentido figurado.
- Si la persona está acompañada, hay que explorar y asegurarse de que no existe ninguna restricción al respecto. Es decir, hay que comprobar que los acompañantes están ahí por petición o demanda expresa del paciente. La más mínima sospecha de que la presencia de acompañantes no es

deseada, o es solamente asentida, debe implicar la invitación cordial a abandonar el lugar de la entrevista.

- El tanteo. Utilizar los primeros minutos de la entrevista para explorar aspectos generales, poco comprometidos, intercambiando información con el paciente que permita reforzar el clima de confianza.
- El no enjuiciamiento, y la actitud de no enjuiciamiento del profesional es esencial para la creación y establecimiento de una relación de confianza. No está nunca de más explicitar esta disposición del profesional.
- La consideración vale más para la confianza que la simpatía. Ésta es un recurso importante, pero no garantía de confianza. Confianza implica respeto, cordialidad y amabilidad, y ser atento con la otra persona. Es decir, respeto por las ideas, creencias, valores y sentimientos del otro. Valoración del efecto o alcance que pueden tener nuestros propios valores, sentimientos, ideas y creencias sobre los demás. Alejamiento de cualquier forma de proselitismo, evitando en todo momento intentar convencer a los demás de nuestro propio punto de vista. Énfasis en el interés *per se* del punto de vista del otro, con independencia de su grado de acuerdo o desacuerdo con el propio. Mantenimiento del foco y centrar el interés en la otra persona, y no en el propio.

La confianza es pues el resultado de un contrato psicológico. El contrato entre el profesional que se compromete a apoyar, cuidar, o curar al paciente, y el paciente que se compromete a ser sincero y colaborador.

¿Cómo conseguir que la persona pueda describir y explicar su experiencia?

El paciente debe reconocer unas condiciones que, por un lado, lo señalan como interlocutor válido, pertinente, sincero y razonable, y por otro comprometerse con la fiabilidad y la sinceridad de sus relatos.

Para ello, resulta imprescindible promover esas condiciones con un trabajo activo que compete, fundamentalmente, al profesional. Entre las acciones que favorecen esas condiciones se encuentran:

El interés genuino y la escucha atenta. No sólo con el lenguaje, sino también con el cuerpo, el profesional debe dar indicaciones constantes y sistemáticas de atención e interés por la persona y por aquello que dice.

El profesional debe esforzarse por colocarse en el nivel del paciente. Esto es especialmente relevante en el léxico, las expresiones y locuciones propias del lenguaje coloquial, las particularidades y jergas lingüísticas de comunidades, grupos y colectivos específicos. No es lo mismo un profesional de clase media instruido y con formación superior, que una persona sin instrucción, de origen más popular y partícipe de grupos o colectivos estigmatizados.

En este sentido, el profesional debe abandonar el lenguaje especializado. La disposición a la escucha del paciente implica hablar en sus propios términos e intentar expresarse en los mismos.

La aparición de emociones, tanto positivas como negativas, es sistemática y para su manejo, requieren de la empatía. El paciente necesita reconocer y sentir los sentimientos empáticos del profesional lo que refuerza y estimula la narración de su experiencia.

Dar crédito al paciente aumenta la probabilidad de una narración detallada y extensa. El profesional debe mostrar confianza en el paciente como narrador de sus experiencias y principal fuente de información.

Es crucial que el profesional comprenda y asuma que es tan importante valorar los elementos subjetivos tanto como los objetivos. En el relato del paciente, su experiencia subjetiva, no sólo de sus problemas de salud cuando existen, sino también de todos los aspectos de su vida, permite identificar el foco de atención y los elementos sustancialmente más importantes que posibilitan el cuidado y la ayuda.

¿Cómo se puede comprender mejor al paciente?

En todo proceso de comunicación, lo que se comunica es más de lo que se dice. El significado tiene que ver con las palabras, pero no está sólo en las palabras. Es preciso entonces sumergirse en la conversación identificando los significados explícitos, captando los implícitos, y reconociendo las implicaciones y los efectos de aquello que se dice.

Leer entre líneas, hablar para que un tercero no entienda lo que se dice, el juego de las segundas intenciones, lo que es dado por sentado y asumido, los eufemismos, las medias verdades, y recursos de ese tipo, son regularmente puestos en juego en las conversaciones cotidianas. La entrevista clínica no es una excepción y ha de asumirse que va a contener todas esas prácticas del mismo modo en que están comprendidas en la conversación del día a día.

La mejor recomendación para comprender al paciente es hacer una abstracción en el sentido de que lo que pasa en la entrevista, en términos de aquello que es dicho, es lo mismo que pasaría en una conversación espontánea con un extraño en un contexto informal.

¿Cómo se puede apoyar la reflexión y la toma de decisiones del paciente para el cambio?

En contextos determinados, las entrevistas clínicas no sólo recopilan información para el diagnóstico y las decisiones terapéuticas, sino que también pueden pretender promover cambios en el modo de vida, el comportamiento, o las acciones de los pacientes. Se le ha llamado a veces a este tipo de entrevista, “entrevista motivacional” [77]. Este tipo de entrevista tiene sentido cuando el paciente demanda ayuda tras *problematizar* aspectos de su comportamiento o actividad. Una entrevista motivacional es pues una que se centra en el paciente para promover y estimular cambios.

La entrevista motivacional es una entrevista colaborativa, centrada en la persona y que se dirige a obtener y fortalecer la motivación para el cambio. Las estrategias en una entrevista motivacional son de tipo persuasivo más que coercitivo. Esto es porque la pretensión es aumentar la motivación del paciente hacia el cambio, es decir, que sea el propio paciente quien encuentre y formule las razones para cambiar.

La propuesta de entrevista motivacional pivota en cinco principios:

- a) expresar empatía. El profesional debe esforzarse en comprender el punto de vista del paciente. Debe hacerlosin juzgar, sin criticar y sin culpabilizar. La ambivalencia y las contradicciones son normales, por lo que el profesional deber considerarlas como una expresión más de la experiencia humana, no como algo patológico.
- b) Crear y promover discrepancias. Se trata de crear en el paciente una discrepancia entre sus comportamientos actuales y sus objetivos y pretensiones para más adelante. Es la discrepancia entre donde uno está y donde uno quiere llegar. El profesional debe ayudar a que el paciente exprese efectivamente estas discrepancias. La auténtica motivación para el cambio aparece cuando se hace clara la discrepancia entre los comportamientos actuales y los objetivos para el futuro.
- c) Evitar la discusión. Hay que evitar la confrontación entre el profesional y el paciente porque provoca en él una actitud defensiva ante cualquier indicación o sugerencia de cambio.
- d) Darle un giro a la resistencia. En los procesos de cambio, la resistencia es tan normal como la ambivalencia, y por ello es necesario evitar disputas y argumentaciones no constructivas. Por el contrario, se trata de ver en el paciente una persona capaz y competente para solucionar sus propios problemas. El corolario de esto es que el profesional no impone sus puntos de vista, tan sólo invita a tomar en consideración otras informaciones y otros puntos de vista.

- e) Fomentar la autoeficacia. Por autoeficacia se entiende la creencia en la capacidad y habilidad de uno mismo para la realización exitosa de algo. Puesto que la autoeficacia es central para la motivación, el profesional tiene como tarea en la entrevista motivacional aumentar la percepción del paciente sobre su capacidad para afrontar las dificultades, retos y obstáculos para el cambio.

En la práctica, las consideraciones a tener en cuenta son:

- El estilo del profesional debe ser colaborativo y no autoritario
- La entrevista ha de promover la confrontación del propio paciente con sus incoherencias y contradicciones
- La discusión y enfrentamiento con el paciente no ayuda a la motivación, y provoca un aumento de la resistencia, que es el principal inhibidor del cambio
- La motivación del paciente al cambio resulta de la adecuada visibilización y gestión de las discrepancias y la ambivalencia entre los comportamientos actuales y los objetivos de futuro.
- El proceso de cambio no es linear sino circular. Las ambivalencias, recaídas, abandonos, etc. no son patológicos sino normales

¿Qué métodos y qué técnicas son adecuadas para hacer más efectiva una entrevista clínica?

La creación de vínculos de calidad, interacciones comunicativas efectivas o la realización de entrevistas clínicas requieren un compendio de competencias, habilidades, destrezas y experiencias prácticas que no pueden sintetizarse en poco espacio. Descripciones y exposiciones meticulosas sobre qué y cómo hacer entrevistas clínicas pueden encontrarse en manuales especializados [78-79].

Ahora bien, cuando tratamos de entrevistas en contextos de temas sensibles, como el chemsex, es conveniente considerar de forma más intensiva ciertos métodos, técnicas y procedimientos.

a) Metodología

Cuando hablamos de ayuda y de apoyo al paciente, el enfoque debe pasar de uno centrado en el problema, a uno centrado en la persona [80]. La entrevista clínica es un contexto privilegiado para construir una relación de ayuda basada en la confianza y en el compromiso mutuo. Pero para conseguirlo, el centro debe ser el paciente.

El establecimiento de una relación de ayuda exitosa no se produce espontáneamente. El profesional debe desplegar métodos y técnicas que lo hagan posible. En esta labor, las características principales del método son el interés genuino por el paciente sin juicios ni valoraciones, la escucha activa, la empatía, y el reconocimiento de la especificidad de cada paciente.

b) Organización

- Inicio. La primera parte de la entrevista tiene como principal objetivo establecer una relación, y consistirá en la presentación mutua, la obtención del consentimiento para conversar, y el uso de preguntas abiertas para identificar el tema o dominio de la entrevista.
 - El inicio proporciona la información sobre el estilo de comunicación y el comportamiento del paciente, y además le da la oportunidad de identificar una lista provisional de los problemas.
 - La variabilidad de los pacientes es enorme de modo que algunos pacientes necesitan un apoyo muy importante para discutir sus problemas y, por el contrario, otros ofrecen una narrativa exhaustiva.
 - En estos momentos iniciales el profesional puede identificar las habilidades y destrezas comunicativas del paciente, y su estado emocional. Estas informaciones permiten al profesional establecer las pautas más adecuadas para el transcurso de la entrevista.

- Desarrollo central de la entrevista. La entrevista debe proseguir tratando de identificar las preocupaciones principales del paciente. No hay norma fija, pero generalmente es más efectivo comenzar por aspectos generales, que incluyen aspectos de su vida cotidiana, sus relaciones, ocupación..., que comenzar por preguntas directas en relación a problemas específicos. Es sólo después de colocar temas generales que resulta efectivo preguntar directamente por el problema o problemas y las preocupaciones del paciente (en esta fase de la entrevista debería ir eventualmente la interrogación necesaria para la elaboración de la historia clínica del paciente (HC), o la historia de su problema de salud actual).
- Cierre de la entrevista. El profesional debe anticipar el momento de cierre de la entrevista. Ésta debería finalizar con un resumen que sintetice lo más importante, fije los objetivos del paciente, y permita un puente para eventuales entrevista sucesivas. Antes de la despedida, debe ofrecerse la oportunidad de expresar cualquier información complementaria que el paciente estime oportuno señalar. La despedida debe ser cordial, incluso cálida, que represente un reconocimiento mutuo del esfuerzo realizado, y la expresión del agradecimiento por la tarea realizada.

c) Técnicas de facilitación

Se entiende por técnicas de facilitación aquellas que favorecen la buena relación, la acreditación de la confianza y la narración espontánea del paciente. Las técnicas de facilitación pueden ser no verbales y verbales.

Las técnicas no verbales pueden clasificarse en kinésicas, como son las expresiones, los gestos, las posturas, el contacto visual, etc.; prosódicas, como el acento, la entonación, el tono de voz, los silencios...; proxémicas, referidas a la gestión del espacio personal, la distancia interpersonal, etc. Las verbales se refieren a las relacionadas directamente con el lenguaje.

El cuerpo también habla, por así decir, de modo que es preciso combinar las acciones verbales con las no verbales de manera coherente. Como norma básica, el comportamiento no verbal no debe contradecir al verbal. Sin embargo, puede y debe acompañarlo para reforzarlo (como cuando se asiente al afirmar algo), complementarlo (como cuando un gesto indica que se está sorprendido, o que finalizó su turno de palabra), o acentuarlo (como la expresión fácil que acompaña a las emociones). El comportamiento no verbal puede incluso sustituir al verbal, como por ejemplo el llanto o la sonrisa para expresar una emoción. La postura general del cuerpo debe indicar escucha y atención.

Existen múltiples técnicas y tácticas que facilitan la conversación y permiten la profundización. Ejemplo de ellas son:

- Expresiones breves que muestran interés, comprensión y deseo que el paciente continúe hablando como, por ejemplo, "ya veo", "entiendo", "ya comprendo", "sí", "¡Ajá!". Deben evitarse aquellas expresiones que puedan ser interpretadas como juicios de valor, tales como "correcto", "bien", "excelente" o parecidas.
- Espejo o eco, consistente en la repetición de una palabra o una frase para manifestar interés por el desarrollo más profundo de la idea expresada o, sencillamente, que se comprende lo que el paciente está diciendo.
- Reformulaciones o síntesis parciales de las intervenciones del paciente. Éstas indican el interés por la profundización en un tema y/o que intentan que el paciente vaya más allá en el exposición o explicación de aquello que está narrando.
- Preguntas neutras que permiten obtener informaciones adicionales, como, por ejemplo, "¿qué es lo que usted quiere decir?", "¿qué se plantea en este momento?", "¿en qué está pensando ahora?", "¿podría darme un ejemplo de lo que acaba de decir?".

- Cuestionamientos particulares a lo que el paciente está diciendo. Esta táctica permite obtener información adicional y hace posible la reactivación de alguna respuesta bloqueada.
- Repetición del tema para recentrar la entrevista cuando del algún modo el paciente se sale de él o divaga ("creo que nos estamos alejando del tema"). Se ha de tener cuidado de que el paciente no se sienta constreñido o lo interprete negativamente.
- Silencios breves para que el paciente pueda reflexionar e incitarlo a que continúe hablando.
- Incomprensión voluntaria manifestada ante la narración del paciente aun sabiendo a qué se refiere en su respuesta ("no entiendo lo que me quiere decir, porque no lo conozco...", "podría ampliarle algo más lo que ha dicho, desconozco...").

Aproximación clínica correcta al paciente que practica chemsex

M José Galindo Puerto

Especialista en Medicina Interna

Ud. de Enf. Infecciosas - Medicina Interna. Hospital Clínico U. de Valencia

Ramón Ferrando Vilalta

Psicólogo-Neuropsicólogo Clínico

Ud. de Enf. Infecciosas - Medicina Interna. Hospital Clínico U. de Valencia

¿Cuáles son las vulnerabilidades que favorecen la práctica de chemsex?

El chemsex no es lo mismo que el uso de drogas recreativas. El chemsex implica el uso de drogas recreativas asociado a unos perfiles específicos de consumo consistentes en [50, 81-83]:

- La práctica del sexo durante horas o incluso días.
- La realización de prácticas sexuales extremas, con múltiples parejas, en situación de desinhibición sexual máxima y con un uso inadecuado (o no) del preservativo.
- Y el uso de cócteles de drogas con interacciones farmacológicas difíciles de predecir, usadas en algunos casos por vía intravenosa y/o por personas sin historia consumos previos.

Estos patrones de consumo suponen unos riesgos específicos para las personas que practican chemsex consistentes en:

- Un mayor riesgo de adquirir ITS, incluidos el VIH y el VHC.
- Un mayor riesgo de presentar patología psiquiátrica o empeoramiento de condiciones previas, brotes psicóticos o cuadros ansioso-depresivos.
- En pacientes no infectados por VIH, la necesidad de recurrir a la profilaxis pre y post-exposición con ARV con frecuencia.
- Y en pacientes infectados por VIH, existe riesgo de interacciones entre las drogas y el TAR y de mala adherencia global o durante las sesiones de chemsex.

Para poder entender este fenómeno tan complejo, hay que tener claro que las personas que lo practican pueden ser muy vulnerables y por tanto hay que analizar las causas de esta vulnerabilidad. El chemsex suele ser practicado por personas que tienen sexo con personas de su mismo sexo o de ambos性os. Estos colectivos presentan vulnerabilidades específicas de salud sexual, mental o por consumo de sustancias, alcohol y tabaco. Diversos estudios han observado en este colectivo tasas mayores de depresión y ansiedad, de consumo y dependencia de sustancias que los observados en heterosexuales. Igualmente, un estudio reciente ha comunicado tasas de autolesión superiores (1:7 vs. 1:4) [33, 46, 50, 84-86].

Las razones que llevan a la práctica del chemsex pueden ser complejas, e incluyen la búsqueda del placer o la prolongación de las sesiones sexuales. Las drogas en este contexto facilitan la interrelación personal íntima, ayudan a disminuir la ansiedad que conlleva el acto sexual, mejoran el estigma asociado a la infección VIH y permiten superar la percepción negativa de la imagen corporal. Es una forma de autolesión, desencadenada por falta de autoestima o la no aceptación de la condición sexual, condiciones que conducen a la autoestigmatización. El sexo sin preservativo, en algunos casos es otra forma de autolesión, que se ha relacionado con un mayor estigma social, a estrés relacionado con la orientación sexual o con estrategias de afrontamiento basadas en el autoenjuiciamiento [46, 50, 85-86].

Los comportamientos sexuales de riesgo son frecuentes en las personas que consumen drogas y pueden agravarse por el consumo de alcohol y cocaína. En la base de muchos de estos comportamientos está un antecedente de abusos sexuales en la infancia y maltrato infantil, que pueden estar implicados en el desarrollo cuadros depresivos, y en el consumo de sustancias como anfetaminas. [46, 50, 86].

La identificación de los factores emocionales subyacentes que determinan la práctica del chemsex es fundamental para realizar una aproximación y una intervención adecuadas.

¿Cómo caracterizar el consumo de drogas por la anamnesis y diferenciar entre uso perjudicial y no?

A todo paciente que practique el chemsex se le debe realizar una anamnesis completa y exhaustiva, pero nunca inquisitiva de forma que el paciente se sienta cómodo y en ningún momento juzgado. El papel del profesional médico es valorar, asesorar y reducir daños, sin establecer nunca juicios de valor [33, 50, 82-85].

A todo paciente con factores de riesgo, en la anamnesis se le debe preguntar si en los doce meses previos ha usado drogas recreativas durante el sexo, cuáles y por qué vía de administración. Las drogas más frecuentemente usadas son: cannabis, popper, fármacos para la disfunción eréctil como sildenafil y tadalafil, cocaína, éxtasis/MDMA, speed, metanfetamina-cristal, GHB/GBL (éxtasis líquido), ketamina, mefedrona, LSD, heroína, crack o esteroides anabolizantes. Además, hay que preguntar la frecuencia con que se han consumido y si se han consumido varias al mismo tiempo o en el mismo periodo. A esto hay que añadir si ha tenido alguna sobredosis, o problema relacionado con el consumo. En el caso de que se practique *slamming* es fundamental preguntar sobre posibles complicaciones y problemas relacionados con la administración intravenosa de

las drogas [33, 50, 82-85]. En la anamnesis debe incluirse también el consumo de tabaco y alcohol.

Sabemos que el hecho de consumir varias drogas se asocia con un mayor problema de abuso y adicción. Y, en general, se ha observado que las personas HSH infectadas por el VIH es más frecuente que consuman drogas que las no infectadas. El estudio ASTRA ha descrito que el uso de drogas y policonsumo es más frecuente en personas jóvenes, sin ideas religiosas, y con una pareja VIH positiva estable. También se asocia el consumo con la visibilización de la condición de VIH, el consumo excesivo de alcohol, el hábito tabáquico y con no recibir TAR o no ser adherente al mismo. Por último, se han observado asociaciones fuertes entre un uso creciente de drogas y los indicadores de sexo sin preservativo (incluyendo prácticas de alto riesgo de adquirir VIH como el sexo grupal o tener múltiples nuevas parejas sexuales) [33, 82].

Además de las prácticas sexuales de riesgo, otra consecuencia del consumo de drogas durante el chemsex es la aparición de alteraciones en el normal funcionamiento del SNC como la adicción debido a una alteración del circuito límbico de recompensa, que favorece la repetición compulsiva del comportamiento adictivo. Un ejemplo de este proceso es lo que sucede con la toma de metanfetamina y mefedrona. Sabemos que tras el uso se produce una dependencia psicológica importante, que puede condicionar la necesidad de toma de la droga fuera de las sesiones de chemsex para evitar síntomas de deprivación que interfieran en las actividades de la vida diaria [46] y a imposibilidad de tener relaciones sexuales satisfactorias sin el uso de drogas [46, 50]. Sustancias como el GHB o GBL producen síndromes de abstinencia muy importantes [46, 50, 83].

Con frecuencia los usuarios de chemsex no son conscientes de las complicaciones que les está llevando el consumo, por lo que no lo refieren. Esto hace que la evaluación correcta del profesional sanitario sea fundamental para desarrollar una intervención adecuada [46, 50, 83]. Igualmente, la práctica del chemsex conduce con frecuencia a cuadros de aislamiento social que pueden conllevar la ruptura de relaciones con la pareja, amistades o familiares y desencadenar problemas económicos, laborales o incluso legales [46, 50, 83, 86].

¿Cómo puedo detectar los factores subyacentes y desencadenantes del consumo: ansiedad, depresión y problemas de relación?

Una vez que se ha valorado al paciente que practica chemsex se debe realizar una investigación de las causas subyacentes por las que lo practica. Es un proceso laborioso, que probablemente no se pueda realizar en una entrevista rutinaria en una consulta médica y para el que puede ser necesaria y muy útil la intervención de un psicólogo.

Se puede realizar una valoración de ansiedad y depresión utilizando como criterio el test hospitalario específico y se puede evaluar la calidad de vida utilizando cuestionarios como el EuroQol 5D. Estos instrumentos nos ayudan a concienciar al paciente sobre el problema, pero en ningún caso pueden sustituir a una entrevista reglada en un ambiente adecuado [46, 50, 82-83].

Igualmente, es fundamental tener en cuenta que el consumo de drogas puede tanto empeorar como encubrir síntomas de un cuadro ansioso o depresivo, y que cualquier intervención, además de valorar de forma adecuada al paciente, debe considerar la situación socioeconómica y cultural para ser exitosa [46, 50, 82-83].

¿Debemos ser proactivos o reactivos para diagnosticar la práctica de chemsex? ¿Cuáles son las preguntas básicas que debería contener la anamnesis?

Dadas las consecuencias del chemsex, deberíamos ser claramente proactivos en su diagnóstico. Como mínimo habría que preguntar sobre el consumo de drogas recreativas en determinados momentos del seguimiento: en la primera visita, cuando se inicia o cambia un tratamiento (por el riesgo potencial de interacciones), en circunstancias que pueden alertar ya que son complicaciones relacionadas con el chemsex (problemas laborales/familiares, nuevas ITS, trastornos

psiquiátricos nuevos, deterioro físico), y probablemente de forma periódica durante el seguimiento para realizar intervenciones de concienciación o psicoeducativas sobre el chemsex.

Hay que tener en cuenta que existen distintos perfiles de pacientes: (i) los que consumen ocasionalmente, (ii) quienes lo hacen regularmente de forma controlada, (iii) los que ya piensan que les genera algún problema y piden ayuda y (iv) los que tienen problemas de salud relacionados con el consumo y no son conscientes o no quieren reconocerlo. Lo fundamental es no olvidar que la persona que realiza chemsex tiene un perfil distinto totalmente del consumidor clásico de heroína y opiáceos, con lo que su valoración y manejo deberán ser diferentes [[46, 50, 82-83].

A modo de guía, una entrevista para valorar la práctica de chemsex podría contener estas preguntas: ¿tomas drogas para tener relaciones sexuales? y si es así ¿cuáles? ¿Cuantos días la tomas? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Has tenido alguna mala experiencia? ¿En algún momento has estado tan intoxicado que podrías haber tenido relaciones sexuales que no recuerdas o que no habías consentido? ¿Cuál es la última vez que has tenido sexo sin drogas? Si practicas *slamming*, ¿Sabes dónde puedes conseguir jeringuillas limpias? ¿Eres consciente de cómo se puede adquirir la hepatitis C? ¿Te gustaría hablar con alguien sobre el consumo de drogas en un entorno seguro? [81].

Igualmente se debería valorar la práctica de conductas sexuales de riesgo como sexo anal o vaginal sin preservativo, sexo sin preservativo con pareja no serodiscordante, o serodiscordante (VIH negativo o seroestatus desconocido), sexo no protegido con alto riesgo de transmisión del VIH a pareja serodiscordante si el participante no recibe TAR,; tiene carga viral previa detectable o es portador de una ITS (sífilis, gonococia, clamidia, linfogranuloma venéreo, hepatitis B y/o C aguda, herpes genital, condilomas, tricomonas, uretritis no gonocócica,...), sexo grupal (con más de una persona al mismo tiempo), uso de internet para encontrar parejas sexuales” y el número de parejas sexuales en el último año [46, 86-87].

Las personas con más alto riesgo de tener problemas clínicos son las que presentan síntomas de seroconversión, están infectadas por el VIH pero no reciben tratamiento o lo toman mal, las que han requerido profilaxis postexposición en múltiples ocasiones, quienes no se realizan controles de ningún tipo, presentan ITS frecuentes, han tenido distintos episodios de sobredosis relacionados con interacciones o consumo de distintas drogas, tienen hepatitis C activa, comparten jeringuillas o realizan *fisting* [81, 86].

¿Cómo debemos valorar la probabilidad de existencia de ITS en pacientes que practican chemsex: anamnesis y/o pruebas diagnósticas rutinarias?

El riesgo de ITS depende de la frecuencia y tipo de relaciones sexuales que practique cada individuo. En general cada 3-6 meses se debería realizar una anamnesis adecuada en cada visita sobre síntomas específicos de ITS, despistaje periódico de determinadas infecciones como sífilis, VHC, y pruebas diagnósticas dirigidas al estudio de clamidia y gonococo en orina/secreción uretral, orofaringe y canal anal y, si es posible, estudio del canal anal con citología y anuscopia de alta resolución [46, 50, 67, 86].

¿Cómo debemos valorar a un paciente con insomnio, ansiedad y/o depresión que práctica de chemsex?

¿Debe ser distinto a cualquier otro paciente?

Ya que las drogas utilizadas para ChemSex, *per se*, pueden producir múltiples síntomas relacionados con el SNC como ansiedad, agitación, depresión o brotes psicóticos, debemos saber que los síntomas pueden ser producidos tanto por el consumo puntual o crónico, y que se han observado alteraciones conductuales derivadas del consumo, con episodios de agresividad, alucinaciones o ideas paranoides [46, 50, 83].

Por ello, en toda valoración de un consumidor de chemsex debe realizarse una anamnesis exhaustiva y dirigida a la identificación de estos tres problemas (insomnio, ansiedad y depresión) y a valorar su relación con las sustancias consumidas. En este sentido se pueden utilizar para screening escalas autoreferenciales como el test de calidad de sueño de Pittsburg o la escala hospitalaria de ansiedad y depresión.

¿Debemos evaluar la función cognitiva de un individuo que práctica de chemsex?

El cribado de deterioro neurocognitivo es fundamental en individuos con cualquier consumo de drogas, incluido el chemsex [82-83]. Las alteraciones cognitivas más habituales en estos pacientes son los problemas de atención sostenida, dividida y de memoria de trabajo; los problemas en la memoria episódica, y los problemas en funciones ejecutivas tales como la resolución de problemas, la toma de decisiones o el aprendizaje.

Existen diversas baterías breves de cribado neurocognitivo que evalúan algunas de estas funciones y que pueden emplearse para evaluar a los pacientes. La más usada y recomendada es el BNCS (*Brief NeuroCognitive Screen*) compuesto por tres tests (*trail making A y B* y *digit symbol*) que exploran el funcionamiento atencional y las funciones ejecutivas.

En aquellos pacientes que tengan un test de cribado neurocognitivo positivo será necesario confirmar el resultado mediante la aplicación por un psicólogo entrenado de una batería neurocognitiva que evalúe al menos 5 dominios. El grupo español de VIH y SNC recomienda que la evaluación neurocognitiva comprenda 7 dominios cognitivos: sensorial/perceptivo; atención (memoria de trabajo); velocidad de procesamiento de la información; memoria (aprendizaje); funciones ejecutivas; lenguaje y habilidades motoras.

De forma adicional se debe analizar las características epidemiológicas del paciente, su estado inmuno-viroológico, el tipo de TAR que recibe y la presencia de

comorbilidades como depresión, ansiedad, otras enfermedades psiquiátricas, enfermedades oportunistas del SNC..., y, en el caso de detectarse deterioro cognitivo, el grado de repercusión funcional. Para ello existen cuestionarios auto administrados como el IADL o el PAOFI.

Los pacientes en los que se detecte deterioro cognitivo deberán ser valorados por un equipo experto en la materia, ya sea de internistas, neurólogos o psiquiatras.

¿El abordaje y control de adherencia al TAR tienen que ser distintos en los pacientes que practican chemsex?

La evidencia que existe sobre el impacto del chemsex en la adherencia es escaso. Algunos estudios han relacionado el consumo de metanfetamina con una peor adherencia al TAR. En el estudio ASTRA se correlacionó el consumo de diferentes sustancias con baja adherencia. En otros trabajos la visión es distinta: plantean que sólo hay mala adherencia en los días en los que se consumen las drogas. Por ello, creemos que son necesarios más estudios para aclarar este aspecto, pero mientras no se disponga de ellos, lo más sensato es utilizar un TAR seguro en pacientes poco adherentes y reforzar la adherencia para evitar nuevas transmisiones y desarrollo de resistencias a los ARV en el paciente que está practicando chemsex [46, 50, 88].

¿Cómo valorar a un paciente que acude a urgencias o a la consulta con clínica que puede estar relacionada con la práctica de chemsex?

Ante un paciente joven que acuda a urgencias con síntomas tales como agitación, manía, heteroagresividad, psicosis, síndrome de abstinencia, taquicardia no explicada, depresión respiratoria o coma entre otros; especialmente si es un varón con prácticas sexuales HSH, bisexuales o promiscuidad, debemos plantear dentro del diagnóstico diferencial la práctica del chemsex.

Debemos preguntar al paciente sobre posibles consumos y conductas sexuales de riesgo y si no está colaborador o presenta bajo nivel de conciencia solicitar información a familiares o amigos. La anamnesis deberá completarse con un test rápido de detección de tóxicos, aunque es importante a destacar es el hecho de que muchas sustancias utilizadas en el chemsex no se detectan en los test de detección disponibles en los hospitales, por lo que un test negativo no nos descarta el diagnóstico.

Los pacientes en los que se confirme un consumo abusivo de chemsex deben ser mantenidos en observación hasta que se estime que los niveles de droga están en umbrales no tóxicos y/o los síntomas derivados de las drogas hayan desaparecido totalmente. Se les deberá realizar una vigilancia de constantes vitales periódica y deberán estar bajo supervisión por si desarrollasen síntomas psicóticos o disminución del nivel de conciencia.

Aquellos pacientes en los que se identifiquen síntomas psiquiátricos deberán ser valorados por un psiquiatra si es posible. Igualmente, podrán ser tratados con antídotos, en el caso de drogas que los tengan como los mórficos, o con fármacos sedantes como las benzodiacepinas en el caso de drogas psicoestimulantes.

Se deberá hacer una exploración dirigida por síntomas para el despistaje de complicaciones como fisuras anales, perforaciones colónicas recreativas, lesiones por venopunción..., se descartará la presencia de ITS e incluso se puede plantear, en pacientes con dudosa adherencia al sistema sanitario, su tratamiento empírico.

Una vez resuelto el cuadro agudo, se asegurará que el paciente acuda a un recurso sanitario específico para tratar el problema de consumo y sus complicaciones secundarias [19, 46, 50, 83, 86].

Ajuste del TAR en el paciente que practica chemsex

Fernando Lozano de León-Naranjo

Especialista en Medicina Interna

Ud. Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Hospital Universitario de Valme, Sevilla

¿Por qué es importante el conocimiento del chemsex para los clínicos que atienden y tratan pacientes con infección por el VIH?

Puesto que el uso de chemsex es más frecuente entre los HSH, que éstos constituyen el grupo más numeroso de pacientes con infección por el VIH, y que una gran mayoría de ellos realiza TAR, no es extraño que, al menos en ciudades o zonas en las que aquél tiene un fuerte arraigo, una proporción considerable de los pacientes que realizan TAR sean usuarios de chemsex. Así, por ejemplo, dos estudios observacionales de tipo transversal efectuados en Londres y Barcelona han reportado que el 50,6% y el 44,2% de los mencionados pacientes (MSM, VIH+) practicaban chemsex [33, 85, 89]. Además, al ser éste un fenómeno emergente, cabe esperar un aumento de su frecuencia en lugares donde aún es menos relevante. Ello implica que los clínicos que atienden a tales pacientes han de estar preparados para afrontar el reto de evitar o revertir los diversos daños derivados del uso conjunto del chemsex y el TAR.

Es obvio que el primer paso necesario para lograr este objetivo sea conocer la existencia del chemsex – bien por la existencia “fiestas” en la zona, bien por el desplazamiento de los pacientes a otras zonas donde se practica-, lo cual requiere que la indagación acerca de su uso sea un elemento rutinario de la anamnesis en todos los pacientes con infección por el VIH. Por ello, sorprende mucho que ninguna guía de TAR incluya recomendaciones específicas para las personas que practican chemsex ni que en las de monitorización de la infección por el VIH este fenómeno sea tan siquiera mencionado. Ello contribuye a que no sea considerado como un asunto relevante a la hora de elegir o de cambiar el régimen de TAR o de planificar su monitorización [89].

¿Cuáles son los potenciales problemas que implica el uso de chemsex en el paciente con infección por el VIH que realiza TAR?

La combinación de chemsex y TAR plantea retos especiales pues el uso de drogas en relación con las relaciones sexuales puede influir negativamente sobre aquél a través de uno o más de los siguientes efectos: 1) disminución de la adherencia; 2) interacción con los fármacos ARV y 3) agregación o exacerbación mutua de toxicidades. Aunque se ha sugerido que determinadas drogas, como la metanfetamina, también pueden menoscabar la eficacia del TAR merced a otros mecanismos, no existen evidencias fehacientes al respecto. Por tanto, en ausencia de las circunstancias anteriores, se considera que el TAR puede ser tan eficaz en las personas que practican chemsex como en las que no.

Disminución de la adherencia al TAR

Existen muy pocos estudios que hayan investigado la prevalencia de este efecto [90] y, además, han reportado resultados muy variables, lo que sugiere la existencia de importantes diferencias metodológicas y factores de confusión. A este respecto, cabe decir que la conveniencia y tolerabilidad del TAR, dos importantes barreras para la adherencia, han cambiado notablemente en pocos años y que el patrón de consumo de drogas difiere considerablemente de unos estudios a

otros en función del lugar y de la época en que fueron realizados. Así, por ejemplo, los estudios más antiguos se centraron casi exclusivamente en la metanfetamina [90], que hace 10–15 años era la droga más utilizada por los HSH en EEUU. En uno de ellos, en el que solo el 39% de los pacientes incluidos era HSH, el consumo de metanfetamina se relacionó con una peor adherencia al TAR (27% vs. 13%; $P < 0,05$), pero esta asociación alcanzó significación estadística solo en el subgrupo de pacientes que se inyectaban la droga por vía intravenosa [83], lo cual sugiere que tales resultados no son extrapolables al chemsex, que incluye diversas drogas y un menor uso de la vía intravenosa.

No obstante, evidencias más recientes indican que la práctica del chemsex puede tener un impacto negativo sobre la adherencia al TAR. Así, un 63% de los HSH que realizaban TAR en el estudio londinense antes referido tenían una adherencia incompleta [33, 89] mientras que en el de Barcelona [80] el riesgo de no ser adherente al TAR fue dos veces y media mayor entre los usuarios del chemsex ($OR=2,51$; IC 95%: 1,32–4,77; $P=0,005$). Además, cabe recordar que con mucha frecuencia éste se combina con alcohol [33, 89], cuya asociación con la falta de adherencia al TAR ha sido objetivada en múltiples estudios de HSH.

Como es bien sabido, la adherencia deficiente al TAR constituye el principal factor predisponente para el desarrollo de resistencia farmacológica a los ARV que lo integran. En el contexto del chemsex no existen datos, pues solo dos estudios de hace una década han investigado el impacto del uso de metanfetamina sobre la resistencia a los ARV en los HSH [92-93]. En uno de ellos el riesgo de desarrollar resistencia fue cuatro veces mayor entre los que consumían esta droga que entre los que no lo hacían (OR ajustada =4,00; IC 95%: 1,19–13,38) [92], mientras que en el otro, el uso de la misma se asoció con la existencia de resistencia primaria frente a los ITINN [$OR=3,5$; IC 95%: 1,2–10,8; $P=0,03$] [93].

La falta de adherencia al TAR en usuarios de chemsex puede ser intencional o no [94-95]. En el primer tipo el paciente altera de forma consciente y planificada la toma de los ARV con el fin de evitar los riesgos percibidos por él acerca de la administración conjunta del TAR y las drogas, lo cual puede llevar a cabo omi-

tiendo determinadas tomas, alargando el intervalo de tiempo entre éstas o tomando solo una parte del régimen prescrito. El incumplimiento no-intencional se debe a la interferencia de los efectos de las drogas con la capacidad para realizar adecuadamente las tomas del TAR, pues, al modificar determinados hábitos, como la hora de dormir o de comer, el paciente pierde las referencias rutinarias que le recuerdan la toma. Los datos al respecto indican que entre los usuarios de chemsex es más frecuente el incumplimiento no intencional y de forma ocasional [94-95].

Por último, el chemsex, o al menos el uso de determinadas drogas como la metanfetamina, puede constituir también una barrera tanto para el inicio como para la continuidad del TAR [96].

Interacción con los fármacos antirretrovirales

Otras consecuencias del chemsex derivan de las potenciales interacciones entre las drogas utilizadas en él y los ARV. Aunque los casos publicados son infrecuentes, el riesgo de interacciones relevantes es considerable (32% en el estudio español anteriormente citado) [95], máxime cuando muy a menudo las drogas incluidas en el chemsex y los ARV se administran concomitantemente con otras sustancias tales como alcohol, cocaína, nitritos, fármacos para la disfunción eréctil... [85, 89, 95], y cuando continuamente surgen nuevas drogas y se incorporan nuevos ARV al arsenal terapéutico.

Las interacciones entre drogas y ARV pueden producirse por diversos mecanismos, bien sean de índole farmacocinética (inhibición o inducción del CYP450, de la glucuronidación u otros procesos mediados por enzimas de fase II, de los transportadores de membrana...), o farmacodinámica. Los más frecuentes son los que afectan al CYP450, pues diversos ARV inhiben o inducen este sistema enzimático mientras que muchas de las drogas utilizadas en el chemsex son metabolizadas en mayor o menor grado por él, especialmente por sus isoenzimas CYP3A4 y CYP2D6 [19, 90]. La inhibición de éstas por los ARV, al disminuir el aclaramiento de las drogas, puede aumentar sus concentraciones plasmáticas

y provocar sobredosis y toxicidad. Por el contrario, su inducción acelera el metabolismo de las drogas, a consecuencia de lo cual se alcanzan menores concentraciones plasmáticas y, por tanto, unos efectos inferiores a los deseados. Esto puede dar lugar a que los pacientes aumenten la dosis de una droga, a que la combinen con otras o a que cambien la vía oral por la intravenosa, con el mayor riesgo de toxicidad [89]. Por fortuna, solo parte de los ARV y de las drogas del chemsex presentan un elevado potencial de interacciones.

Por último, el grado de intensidad de las interacciones no solo depende de los ARV y las drogas involucradas, sino también de la vía utilizada para su administración, pues su biodisponibilidad es mucho mayor por la vía intravenosa y rectal que por la oral [19].

Agregación o exacerbación de toxicidades

En el contexto del chemsex, la toxicidad de los ARV y de las drogas no solo es una consecuencia de las interacciones entre ambos tipos de sustancias, sino también de la suma o confluencia de determinados efectos compartidos (especialmente neurológicos, psiquiátricos, hepáticos y renales), en los que, incluso, la propia infección por el VIH, que con frecuencia induce daño en estos órganos, puede actuar como un tercer elemento patogénico. Las consecuencias específicas de esta confluencia de toxicidades con cada una de las familias de ARV se comenta en los apartados siguientes.

¿Puede afectar la práctica de chemsex a la pareja de análogos de nucleósido / nucleótido?

Los ITIAN no son sustratos del CYP450 ni actúan inhibiendo o exacerbando su actividad, sino que se metabolizan mayoritariamente por vía renal y son excretados en la orina. Aunque TDF es sustrato de OAT1 y OAT3 y ABC de glicoproteína-P, BRCP y MRP4, a la vez que puede inhibir a glicoproteína-P y MRP3, no parece que ello sea relevante en el desarrollo de interacciones con las drogas

del chemsex. Todo lo antedicho implica que el riesgo de interacciones de éstas con los ITIAN sea muy bajo.

Sin embargo, algunos efectos de las drogas pueden favorecer la toxicidad de determinados ITIAN. Tal es el caso de la deshidratación causada por la pérdida de la sensación de sed y la consiguiente falta de ingesta líquida que a veces ocurren durante aquél (sobre todo si se consume MDMA), la cual predispone a la nefrotoxicidad de TDF, especialmente en pacientes con otros factores de riesgo. Aunque el daño cardiovascular (arritmias, infarto de miocardio, crisis hipertensivas, accidente vascular coronario...) asociado a las drogas estimulantes utilizadas en el chemsex suele ser secundario a sobredosis o a elevación de sus concentraciones plasmáticas por interacciones relevantes, el uso combinado de tales drogas y ABC, teóricamente podría favorecer la aparición de enfermedad isquémica aguda en personas con alto riesgo cardiovascular.

En un paciente usuario de chemsex que realiza TAR con un régimen que incluye un inhibidor de la proteasa potenciado con RTV o COBI, ¿debe cambiarse el TAR?

Los IP/r son sustratos del CYP3A4, a través del cual son rápidamente metabolizados. Para evitar esto y mejorar sus características farmacocinéticas, se usan potenciados con RTV o COBI, dos potentes inhibidores de dicha isoenzima. Ambos (RTV con mayor intensidad que COBI) inhiben también otras enzimas del CYP450, como CYP2D6, 2C8 y 2C9, además de diversos transportadores de membrana (glicoproteína-P, BCRP, OAT1, MATE, etc.). Por último, RTV (pero no COBI) es también inductor de los CYP 1A2, 2C9, 2C19 y 2E1 así como de la enzima uridina 5'-difosfato-glucuronosiltransferasa (UGT)1A1.

Por parte de las drogas, ketamina es mayoritariamente metabolizada por el CYP3A4 y en menor cuantía por el 2B6 y el 2C9, mientras que metanfetamina, MDMA (“éxtasis”), mefedrona y metilendioxipirovalerona (MDVP) son degradadas de forma predominante por el CYP2D6 y minoritaria por el 3A4 (metanfetamina y MDMA) o por el 1A2 y el 2D6 (MDMA).

Así pues, los IP/r con RTV o COBI tienen un elevado potencial de interacción con ketamina y moderado con metanfetamina, MDMA, mefedrona y MDVP. No obstante, en determinadas circunstancias (polimorfismos genéticos, consumo de múltiples sustancias...), las interacciones de éstas últimas también pueden tener graves consecuencias [97-99].

El GHB es metabolizado en su mayor parte por la enzima alcohol-deshidrogenasa, sobre la que no actúan los ARV, pero sí el alcohol, con el que presenta una interacción potencialmente grave. Con todo, su metabolismo no ha sido aun completamente dilucidado y se ha reportado algún caso de interacción fatal con una combinación de SQV y RTV a dosis terapéuticas [98].

Por tanto, la administración simultánea o concomitante de un régimen de TAR que contenga un IP/r con RTV o COBI y ketamina debe ser evitada mediante la sustitución de aquél por otro ARV. En lo que respecta a la combinación del mismo con metanfetamina, MDMA, mefedrona o MDVP, el cambio del IP/r, aunque no tan drástica, es una medida recomendable, siempre que existan otras alternativas apropiadas y el paciente tenga una adherencia razonable. Para el TAR de inicio, es preferible elegir otros ARV.

En un paciente que practica chemsex y está recibiendo un régimen de TAR basado en un inhibidor de la integrasa, ¿es preciso hacer algún ajuste o cambio del TAR?

A efectos de las interacciones, hay que considerar dos grupos distintos de inhibidores de la integrasa (INI): potenciados (EVG/COBI) y no-potenciados (RTG y DTG). Respecto al primero de ellos, aunque sus interacciones no han sido estudiadas, el riesgo es similar al de los IP/r con COBI y, por tanto, su uso debe evitarse en conjunción con estas drogas, especialmente con ketamina.

Por el contrario, RTG y DTG son metabolizados por la enzima UGT1A1 y tienen un bajo potencial de interacciones, lo cual los convierte en los ARV preferentes

en este contexto. El perfil de RTG es algo mejor pues no inhibe OAT2 y OAC2 ni es sustrato minoritario del CYP3A4, glicoproteína-P o BCRP como DTG. En todo caso, las diferencias de interés clínico entre ellos radican en que DTG tiene una mayor barrera genética frente a las resistencias ante una falta de adherencia al TAR, mientras que RTG tiene un menor potencial de efectos adversos del SNC, lo que puede ser una ventaja en determinados pacientes con alteraciones neuropsicológicas inducidas por las drogas.

En un paciente usuario de chemsex que toma un régimen de TAR basado en un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido ¿Es necesario hacer ajustes en éste? ¿Cuáles?

El riesgo de interacciones de los ITINN con las drogas del chemsex es bastante menor que el de los IP/r y EVG/COBI. De ellos, EFV, NVP y ETR, aunque son inductores del CYP3A4 y sustratos de diversas isoenzimas del CYP450 no suelen tener interacciones clínicamente relevantes. No obstante, en especial EFV, disminuyen significativamente la concentración plasmática de ketamina, hecho que puede inducir al paciente a incrementar peligrosamente la dosis para contrarrestar el menoscabo de su efecto. RPV es el más seguro de los ITINN, pues, aunque es sustrato del CYP3A4, no induce la actividad enzimática del mismo.

Existen múltiples evidencias de que EFV provoca toxicidad en el SNC, cuyo espectro incluye mareos, trastornos del sueño (más frecuentes), confusión, ansiedad, irritabilidad, euforia, delirio, psicosis, alucinaciones, depresión, tendencia suicida, etc., y puede coadyuvar en el desarrollo de trastornos neurocognitivos. Por otro lado, la metanfetamina y otras drogas estimulantes ocasionan ansiedad, agitación, psicosis, paranoia..., y, en caso de abuso crónico, deterioro neurocognitivo. Así pues, es posible que la administración concomitante de EFV y dichas drogas potencie los efectos neurotóxicos y psiquiátricos de ambas sustancias.

Por tanto, EFV no es un ARV apropiado para pacientes que practiquen chemsex,

siendo razonable su sustitución por otros ARV en el caso de que ya lo estuviesen tomando. Tampoco es conveniente la administración de NVP o ETR en los pacientes que consuman ketamina.

¿Cuál es la actitud a seguir en un paciente que practica chemsex? ¿Qué debe primar a la hora de elegir el régimen de TAR: un amplio “margen de perdón” (forgiveness) o un buen perfil de interacciones de los antirretrovirales?

Si el paciente ya está tomando TAR, depende de la adherencia a éste y del control virológico. Si aquél es adecuado y la replicación viral está suprimida, puede mantenerse el mismo régimen de TAR, siempre que el riesgo de interacciones sea razonable y el consumo esté “controlado” por el paciente. Si, por el contrario, existe una evidente falta de adherencia o hay un riesgo claro de que se pueda producir por un mayor consumo y más descontrolado, hay que intentar evitar el desarrollo de fallo virológico y resistencia farmacológica. Para ello, es más adecuado un régimen de TAR que tenga una alta barrera genética a las resistencias. A este respecto, DRV/COBI y DRV/RTV (seguido del resto de los IP/r) tienen la mayor barrera de todos los ARV, pero su uso se ve limitado por el alto riesgo de interacciones. En tal situación, DTG, que es el siguiente ARV con mayor barrera a las resistencias y que tiene bajo potencial de interacciones, es una buena alternativa.

En pacientes *naïve*, tras explicarles la necesidad de una correcta adherencia, debe primar la elección de un régimen con un bajo potencial de interacciones, preferiblemente basado en un inhibidor de la integrasa no potenciado (DTG o RAL). En pacientes que se sospechen problemas de adherencia se deberá seleccionar un régimen con alta barrera de resistencia.

No obstante, en el caso de que, por diversas razones (falta de convencimiento, deterioro neuro-cognitivo, etc.) se tengan serias dudas de que la adherencia

vaya a ser adecuada, cabe optar por un régimen con un IP/r, como se ha mencionado. A este respecto, pese al mayor riesgo que presentan, existe una gran experiencia en el tratamiento con IP/r de usuarios de drogas por vía intravenosa, incluido el manejo de sus múltiples interacciones.

Además de la elección o modificación del TAR ¿Qué intervenciones debe efectuar el clínico en el paciente que practica chemsex?

Si, por la anamnesis, el clínico sabe de la práctica de chemsex por parte del paciente, no puede obviar tal circunstancia y ocuparse exclusivamente del TAR y otros aspectos de la infección por el VIH. Es muy importante que intente prevenir o reducir los potenciales daños asociados al chemsex. Para ello debe:

- Establecer un diálogo abierto y sin prejuicios con el paciente acerca de su patrón de uso de drogas, del impacto sobre la adherencia al TAR, de las potenciales interacciones entre ARV, drogas y alcohol, del riesgo de sobredosis y de la exacerbación de los efectos adversos de unas sustancias por otras [89].
- Abordar este diálogo con una actitud de reducción de daños y centralarlo en las estrategias para lograrlo, tales como mejorar la falta de adherencia, cambiar drogas y vías de administración por otras más seguras, etc.
- Ofrecer ayuda, incluida la remisión a unidades o centros especializados en el caso de que los hubiere [89].
- Realizar controles clínicos más frecuentes a estos pacientes, no solo para poder descubrir precozmente un fracaso virológico por falta de adherencia sino para detectar cambios peligrosos en el patrón de uso de drogas.

- Informar acerca de los signos y síntomas de toxicidad de las drogas y asegurarse de que los conoce.
- Facilitar la comunicación y un acceso rápido por si surgen problemas.

¿Qué consejos relativos al TAR conviene dar a los pacientes con infección por VIH que realizan TAR y usan chemsex?

La falta de información respecto al impacto del chemsex sobre el TAR y viceversa es aún más patente entre los pacientes. Por ello, antes de iniciar el TAR o de efectuar cualquier cambio en él mismo, el paciente debe saber que:

- Existe un riesgo considerable de interacciones relevantes entre ARV, drogas, alcohol y otras sustancias utilizadas en el chemsex.
- A consecuencia de tales interacciones, determinados regímenes de TAR pueden ocasionar sobredosis de ciertas drogas mientras que, por el contrario, otros pueden disminuir los efectos pretendidos con las mismas.
- En este último caso, es peligroso aumentar la dosis de la droga utilizada, combinarla con otras o cambiar sus vías de administración.
- Siempre que sea factible, son preferibles los regímenes de TAR que incluyan ARV con un perfil de interacciones más favorable, como, por ejemplo, los inhibidores de la integrasa no potenciados.
- Cuando es frecuente la falta de adherencia al TAR, es preferible usar regímenes con ARV que tengan una mayor barrera de resistencia y, por tanto, un “margin de perdón” más amplio.
- Abandonar el TAR o incumplirlo intencionadamente para evitar una supuesta potenciación de efectos adversos con los de las drogas es la peor

opción posible. Es mejor hablar con el médico y buscar otras alternativas más beneficiosas.

- Para evitar la falta de adherencia no intencional, hay que modificar pautas y costumbres (cambiar el horario de las tomas, asociar éstas a hábitos no comprometidos por el chemsex...), teniendo siempre en cuenta el riesgo que puede suponer las interacciones que podrían alterar los niveles de los fármacos aun modificando las tomas.

Ante el riesgo de que la toxicidad de algunos ARV sea exacerbada por el uso de determinadas drogas o por circunstancias derivadas de la práctica del chemsex, o viceversa, es conveniente sustituir tales ARV (por ejemplo, EFV o TDF) por otros.

Manejo de las comorbilidades en el paciente que practica chemsex

Juan Flores Cid

Especialista en Medicina Interna

Hospital Arnau de Vilanova-Llíria. Valencia



¿Qué tipo de infecciones se asocian con el *slamming*?

La práctica del *slamming* (uso de drogas por vía intravenosa durante las sesiones de chemsex) conlleva riesgo de aparición de infecciones y de otras complicaciones asociadas al uso de sustancias por vía intravenosa y a la falta de asepsia en la administración. El uso de estas drogas puede producir flebitis y tromboflebitis químicas que hagan desaparecer el capital venoso del afectado. Las drogas por excelencia administradas por esta vía son la mefedrona y la metanfetamina.

Las principales infecciones que se asocian con la práctica del *slamming* son [100]:

- La celulitis o infección de la piel. Cursa con enrojecimiento cutáneo, calor, dolor y signos de inflamación. Este tipo de infecciones están generalmente provocadas por los estreptococos y estafilococos.
- Flebitis o inflamación del sistema venoso provocado por patógenos o sustancias que irritan el sistema venoso. Si se añade trombosis entonces hablamos de tromboflebitis.

- Úlceras o infección de la piel con pérdida de la capa epidérmica.
- Abscesos cutáneos o acumulación de material purulento en el punto de inyección. Cursan con eritema, calor y dolor en la zona de venopunción.
- Endocarditis o infección de la capa interna del corazón. Suelen ser producidas por bacterias grampositivas y cándidas. Característicamente, suelen afectar a las cavidades derechas y habitualmente asocian émbolos pulmonares.
- Osteomielitis o infección del hueso. Generalmente son secundarias a la presencia de bacteriemia o de endocarditis.

La prevalencia de infección tras las prácticas de *slamming* oscila entre el (6 y 69%), siendo las infecciones más frecuentes las de partes blandas producidas por las bacterias grampositivas (estafilococos y estreptococos), aunque también pueden deberse a otros microorganismos como pseudomonas, *Escherichia coli* u otras enterobacterias y hongos. La prevalencia de endocarditis se estima entre 0.5 y 10%; la de sepsis entre el 2 y el 10%; y la de osteomielitis entre el 0.5 al 2%. Por último, la presencia de trombosis y embolias se estima entre el 3 y el 27%.

¿Qué podemos hacer para prevenir las infecciones asociadas con el *slamming*?

Debido al alto riesgo de infección que asocian las prácticas de *slamming*, es fundamental por parte de personal sanitario, trabajar para la minimización del consumo por esta vía y la recomendación de una serie de medidas de autoprotección en el momento de la inyección que, eviten tanto el tipo de infecciones mencionadas como la transmisión de otras infecciones víricas (VIH, VHB y VHC). Estas medidas de autoprotección serían [100]:

El uso de jeringuillas desechables; evitar compartir jeringuillas, cucharillas de dilución, agua o filtros; lavado de la zona de punción con agua o jabón o el uso de povidona yodada o clorhexidina al 2% antes de la inyección; evitar tocar con las manos los filtros, cucharillas y agujas; evitar elaborar la dilución con filtros o agua de dilución empleados por otra persona; hervir la mefedrona; uso de agua estéril o hervida para que la dilución de la droga contenga menos bacterias; intentar rotar los sitios de inyección especialmente con el uso de mefedrona o metanfetamina; usar filtros en el momento de cargar la jeringuilla para evitar impurezas, siendo los mejores los bastoncillos de algodón; evitar reutilizar las jeringuillas usadas ya que se despuntan y causan más daño en las venas; evitar encapuchar las jeringuillas una vez usadas por el riesgo de pinchazo, sobre todo si han sido compartidas; usar los contenedores específicos habilitados en farmacias y hospitales para desechar las agujas; evitar apretar demasiado los torniquetes por el riesgo de escoriaciones o infecciones de la piel; y procurar retirar el aire de la jeringuilla, ya que podría causar problemas embólico si el volumen es muy grande.

De todas formas, aparte de estos consejos es importante insistir a los usuarios de *slamming*, mediante la explicación de los riesgos, de que acudan a grupos de apoyo, consulten con su médico, psicólogo y psiquiatra, con el fin de conseguir disminuir los daños no sólo físicos sino también psicológicos, ya que en muchas ocasiones el *slamming* se asocia a sobredosis, cuadros psicóticos, depresión... que serán abordados en otros capítulos.

¿Cómo debemos tratar las infecciones asociadas con el *slamming*?

El tratamiento de este tipo de infecciones se basa en los mismos principios que en el resto de infecciones y, básicamente, serán [101-102]:

- Punción/drenaje del absceso, cultivo del exudado o biopsia de la úlcera, hemocultivos, cultivos de esputo e incluso biopsia ósea si fuera necesario.

La premisa es siempre aislar el patógeno responsable sin perjuicio de iniciar el tratamiento antibiótico empírico

- Profilaxis tromboembólica
- Tratamiento empírico según el tipo de infección y la sospecha de resistencias y una vez conocido el patógeno causante, iniciar tratamiento dirigido durante el tiempo correspondiente al tipo de infección; partes blandas, sepsis, endocarditis...

¿Cómo debemos manejar, diagnosticar y tratar las infecciones de transmisión sexual asociadas a la práctica chemsex?

El uso de drogas durante las relaciones sexuales lleva aparejado la relajación y el abandono del preservativo que se estima entorno al 75% [103], lo que favorece las ITS. Igualmente existe el concepto erróneo de que el contagio de las ITS no está asociado con prácticas como el sexo oral, lo que reduce las precauciones en este tipo de práctica sexual.

La infección sobre la que el chemsex ha tenido un mayor impacto es, sin duda, la sífilis. Se estima que la tasa de incidencia de sífilis es de 230 casos por 100.000 habitantes en USA y de 7,3 casos por 100.000 habitantes en España, según datos del ministerio sanidad de 2014. Se cree que estas tasas infraestiman de forma significativa la tasa real de contagios, especialmente en el colectivo de HSH.

Además de la sífilis, otras infecciones de transmisión sexual pueden aparecer entre los usuarios del chemsex: gonorrea, clamidias (que incluyen los serotipos de linfogranuloma venéreo), tricomonas (en el caso de relaciones heterosexuales), VIH, hepatitis A y C, herpesvirus tipo I y II, virus del papiloma humano, shigelosis, salmonella y parásitos como la giardia o las amebas.

Actitud diagnostica

Clínicamente la mayoría de las ITS cursan asintomáticas. Por ello deberemos siempre realizar una historia dirigida a sus signos y síntomas en cada visita del paciente, destacando en la anamnesis y la exploración la búsqueda activa de ulceras en la boca y zona genital. Si la úlcera es indolora nos orientará hacia la sífilis, mientras si es dolorosa y asocia adenopatías también dolorosas nos orientará hacia el linfogranuloma. Por último, si asocia lesiones vesiculosa, habrá que pensar en una infección herpética. También habrá que buscar la presencia de secreciones uretrales, rectales o irritación faríngea, que nos orientarán hacia la existencia de gonorrea o clamidias. La aparición de ictericia/coluria y acolia, junto con un cuadro de astenia y sensación de plenitud postprandial nos dirigirá a pensar en virus hepatotropos, mientras el prurito en ectoparásitos. Por último, la diarrea y el dolor abdominal serán sugerentes de shigelosis, salmonelosis o infecciones parasitarias.

A todos los usuarios de chemsex que acudan a nuestras consultas deberemos realizarles los siguientes procedimientos diagnósticos cada 3 o 6 meses: serologías de sífilis, hepatitis A, B (si no están inmunizados, e inmunizarlos en caso de que no lo estén) y C y de VIH. Frotis. Una exploración física en busca de ulceras, condilomas, vesículas y adenopatías.

Mención especial requieren las reinfecciones por hepatitis C [104-105] y la infección por VIH, ya que su incidencia está aumentada entre los pacientes que practican chemsex (1,8%) frente a los que no lo practican (0,8%).

Por último, en lo que respecta al tratamiento [106-107] debemos de tener presente que fundamentalmente las tres infecciones bacterianas más frecuentes sífilis, gonorrea y clamidia son fácilmente curables.

El tratamiento de la sífilis primaria -o cualquier forma de menos de un año de duración constatada serológicamente- consistirá en una sola dosis de penicilina G benzatina de 2.4 millones intramuscular. Para la sífilis secundaria o latente de más de un año de duración se recomienda la misma pauta, pero repetida de

forma semanal durante tres semanas. Como pautas alternativas se puede utilizar doxiciclina (100 mg/12 horas durante 14 días) o ceftriaxona [108]. Para el tratamiento de la gonorrea y otras causas de uretritis bastará con una sola dosis de ceftriaxona 500 mg intramuscular junto con azitromicina de 1 gr por vía oral. En caso de alergia, se puede optar por una pauta de gentamicina 240 mg intramuscular y azitromicina 1 gr por vía oral. Para el tratamiento del linfogranuloma Venéreo se recomienda el uso de doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante tres semanas.

¿Qué profilaxis están recomendadas en los pacientes que practican chemsex?

En los pacientes que practican chemsex se debe valorar la administración de profilaxis frente a la hepatitis A y B; frente a las ITS (no aceptado actualmente) y frente al VIH. Ante un paciente que practica chemsex debemos de proceder del siguiente modo:

- a- Vacunación de Hepatitis A y B
- b- Profilaxis de las ITS. Se trata de un aspecto controvertido. Recientemente en el CROI se presentó un subestudio del Ipergay que mostró que la profilaxis con doxiciclina 24h después de un contacto sexual de riesgo producía una reducción del 47% en la incidencia de infecciones por sífilis y clamidia. A pesar de ello, los autores del estudio desaconsejaban su uso de forma sistemática ya que no protegía contra otras ITS como la gonorroea y no existen datos sobre el impacto que la profilaxis puede tener sobre el desarrollo de resistencias bacterianas [108-109]. Algunos centros en UK plantean la utilización de 1 gr de azitromicina trimestral si bien no existen datos que avalen esta estrategia y no está actualmente aconsejada.
- c- Profilaxis pre-exposición sexual frente al VIH. En estos momentos se considera un método efectivo para la prevención de la transmisión del VIH

aunque su uso, recientemente aprobado, en el momento de redacción de este documento aún no está implementado en nuestro país. Su uso puede ser a demanda o de forma continua. Estudios como el Ipergay o el PROUD han demostrado reducciones del 86% en la tasa de transmisión con dosis de TDF/FTC 2 comprimidos entre 24 y 2 horas antes y 24 y 48h después de una relación sexual de riesgo [110]. A pesar de su efectividad, la profilaxis pre-exposición no está exenta de problemas. Por un lado, hay estudios que sugieren que pueden favorecer la relajación de las medidas de prevención de otras enfermedades de transmisión sexual y conllevar un aumento y por otro, el uso de TDF se sabe que puede asociarse con toxicidad ósea y renal, si se usa por un largo periodo de tiempo.

- d- Profilaxis post-exposición sexual frente al VIH. El uso de TAR durante 28 días tras una exposición accidental sexual de riesgo con un paciente infectado por VIH y carga viral detectable está recomendado en base a opinión de expertos cuando la relación de riesgo, valorada por un especialista, se ha producido en las 72 horas previas. Por el contrario, su uso en pacientes que presentan conductas de riesgo constantes y no accidentales es cuanto menos cuestionable. Actualmente los fármacos que se suelen indicar son TDF/FTC 1compr al día + RTG 1compr cada 12h. La elección de este tratamiento se basa en su excelente tolerabilidad y el bajo perfil de interacciones que presenta. En algunos centros se está administrando la combinación a dosis fija de TDF/FTC/EVG/COBI. Sin embargo y especialmente en pacientes que consumen chemsex, esta opción puede resultar de riesgo, ya que este TAR puede interaccionar con las drogas consumidas durante las sesiones de chemsex, incrementando sus efectos adversos.

¿Qué complicaciones producen las prácticas de chemsex sobre el canal anal?

Las complicaciones anales relacionadas con la práctica del chemsex pueden ser de dos tipos:

- Traumáticas: Desgarros, laceraciones, fisuras provocadas generalmente por el uso de “juguetes”, penetraciones traumáticas para enemas con o sin drogas, penetraciones anales con el puño (*fisting*).
- Infecciosas y tumorales: La infección por virus del papiloma humano puede producir displasia y cáncer. Por ello hay que estar atentos a la aparición de hemorragias, prurito anal o dolor y debemos explorar la región perineal en busca de condilomas, placas, hipo o hiperpigmentación, realizar un tacto rectal al menos una vez al año (en el caso que sea posible, también se aconsejaría una citología y rectoscopia de alta resolución con citología y biopsias para el despistaje del cáncer anal). Debemos tener en cuenta que la citología anal tiene una alta sensibilidad del 95% pero una baja especificidad del 50% [111].

¿Cómo manejar las otras complicaciones relacionadas con el uso del chemsex? Complicaciones neuro-psiquiátricas, cardiovasculares o endocrinas...

El uso a largo plazo de las drogas del chemsex por vía intravenosa, rectal, esnifada u oral, puede provocar complicaciones de diverso tipo que podemos estratificar en:

- Efectos sobre el sistema nervioso central. Existen diversos signos de alarma que nos deben alertar de los efectos nocivos del consumo de drogas sobre el sistema nervioso central, tales como agresividad, ansiedad, depresión, cambios cílicos de humor, alteraciones conductuales o alucinaciones visuales y auditivas [112]. La identificación precoz de estas alteraciones es fundamental para prevenir cuadros más graves de psicosis, tanto aguda como crónica.
- A nivel cardiovascular, las drogas del chemsex pueden producir alteraciones como arritmias auriculares y ventriculares, que pueden complicarse

con la aparición de fibrilación ventricular o infartos, como en el caso de la cocaína, que pueden producir incluso la muerte [113].

- A nivel endocrino debemos destacar que en ocasiones el uso de drogas para mantener relaciones sexuales puede volverse contraproducente y producir el efecto contrario al deseado, como disminución de la libido e imposibilidad mantener relaciones si no es con el uso de estas drogas.
- A nivel ocular se ha descrito una maculopatía específica asociada con el consumo de *poppers*, que característicamente cursa con cambios maculares en forma de punteado amarillo en la fóvea, pero que normalmente desaparecen tras la interrupción del consumo [114].

¿Cómo abordar la combinación uso de drogas, VIH y deterioro cognitivo?

El deterioro de la función cognitiva puede verse propiciado por diversas comorbilidades entre las que se encuentran el consumo de drogas, la infección por el VIH, la infección por el virus C y el envejecimiento. Se sabe que el consumo de las drogas usadas en las sesiones de chemsex pueden favorecer el deterioro cognitivo. De forma directa, estas drogas tienen un efecto citotóxico directo a nivel neuronal y de forma indirecta, sabemos que el abuso de sustancias puede conllevar un abandono del TAR, lo que puede favorecer una mayor neurovirulencia de la infección por VIH y un aumento de la inflamación a nivel del SNC.

A pesar de ello, desafortunadamente, no disponemos de datos específicos de la prevalencia de deterioro neurocognitivo en pacientes que practican chemsex. La prevalencia de deterioro cognitivo en población general se estima entorno al 16%, mientras que en pacientes infectados por VIH entre un 42-50 %. En general, el deterioro cognitivo observado en este perfil de pacientes es leve y generalmente asintomático.

Ya que desconocemos la prevalencia de deterioro neurocognitivo existente entre los usuarios del chemsex, sería recomendable una evaluación cognitiva en todos ellos, al menos de forma inicial. Para ello disponemos de baterías abreviadas que en 10-15 min permiten hacer un despistaje de estas condiciones en la consulta [115]. En aquellos pacientes que el despistaje sea positivo, como se ha comentado, se deberá implementar una batería de pruebas que midan funciones como la memoria, la capacidad de concentración, de razonamiento, de aprendizaje, planificación, comunicación y el uso del lenguaje. Un estudio pormenorizado de la función cognitiva, puede llevar unas 2h y debe ser siempre realizado por un profesional entrenado.

De forma adicional a la evaluación cognitiva, en caso de detectarse deterioro cognitivo, siempre debemos evaluar la salud psicológica del paciente que consume chemsex ya que, en muchos pacientes, los primeros síntomas de deterioro cognitivo son síntomas psiquiátricos como depresión, distimia o estrés emocional [116]. Para ello disponemos de cuestionarios como el GHQ-12. Igualmente, debemos realizar una evaluación médica que permita el despistaje de otras comorbilidades neurocognitiva.

Desde el punto de vista terapéutico, en un paciente que consume chemsex y presenta deterioro neurocognitivo, nuestro objetivo debe ser intentar tratar los factores que favorecen dicho deterioro y son modificables (factores de riesgo vascular, neurosífilis, problemas visuales y auditivos, falta de control del VIH, consumo de las drogas, tabaco y alcohol o el uso de fármacos neurotóxicos, como el EFV).

Intervenciones psicosociales y su relación con el trabajo en el contexto de chemsex

Es indudable que el uso de drogas produce un deterioro psicológico, de relación que afecta a la vida cotidiana de quienes lo practican e incluso a su trabajo. Después de un fin de semana intenso de chemsex volver al trabajo y rendir en él puede ser un problema importante. El punto principal es que carecemos de

herramientas de evaluación y reconocimiento del problema, excepto en el uso de alcohol. El individuo, en la mayoría de los casos, percibe el consumo de drogas como no perjudicial y no lo relaciona con sus problemas en el trabajo. Según el Observatorio de las drogas y Toxicomanías (2013-2014) el consumo de drogas: alcohol, cocaína y cannabis son frecuentes en el trabajo. En esa encuesta, 1 de cada 5 trabajadores conocía que algún compañero consumía alcohol o drogas. Por ello, desde los servicios médicos debemos reconocer las señales de alarma del consumo y derivar a los pacientes hacia los psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. El objetivo debe ser controlar el policonsumo y los problemas relacionados en el ámbito social y laboral.

Síntomas o signos de alarma serían: insomnio o hipersomnia no explicados; crisis de ansiedad en el trabajo igualmente no explicadas; síntomas depresivos; abandono del trabajo; o problemas de pareja. Siempre que el paciente acuda a la consulta presentando una ITS, abandono de la medicación, fracaso terapéutico o complicaciones derivadas del uso de drogas por vía intravenosa, *debemos preguntar activamente por el uso de drogas y práctica de chemsex*, para identificar y abordar el problema.

Algunas de las preguntas que debemos hacer tras crear previamente un ambiente de confianza libre de juicios serían: ¿Ha usado drogas en los últimos 12 meses? ¿Cuales? ¿Se las ha inyectado? ¿Utilizó material desechable? ¿Cree que pueden tener un efecto negativo para su salud? ¿Las consume para mantener relaciones sexuales?

Cuando se detecten problemas a nivel psicoafectivo, personal, relacional o profesional que el facultativo relacione con el consumo de drogas, es importante hacer partícipe al paciente del problema y ofrecerle siempre un recurso de atención psicológico o psiquiátrico.

¿Cómo tratar las urgencias derivadas del uso de chemsex?

El usuario de chemsex puede presentar complicaciones agudas y graves secundarias que, en algunos casos pueden requerir atención especializada en un servicio de urgencias. Los médicos de estos servicios deben ser capaces de detectar y tratar estas posibles complicaciones.

Los pacientes pueden acudir a urgencias demandando profilaxis post-exposición tras una exposición considerada de riesgo. El médico de urgencias debe, siempre que se constate el riesgo, iniciar profilaxis con TDF/FTC + RTG (o las pautas decididas en centro) y derivar al paciente a un servicio de enfermedades infecciosas o medicina preventiva de forma preferente. Las dosis de tratamiento facilitadas en urgencias deben ser las necesarias para cubrir el periodo hasta que se valore por un profesional entrenado, que decidirá en función riesgo, mantener la profilaxis o suspenderla. Recomendamos la consulta de las guías de GESIDA para la profilaxis post exposición como herramienta para evaluar el riesgo y la indicación de tratamiento. Además de la profilaxis, habrá que hacer un despistaje de ITS y en caso de alta sospecha y dudas de que el paciente vaya a acudir a un centro especializado, estará indicado el tratamiento empírico con una dosis de ceftriaxona (500 mg intramuscular) y azitromicina (1g oral) [117].

Igualmente pueden acudir presentando cuadros psiquiátricos agudos como crisis de pánico, ideas de suicidio o síntomas psicóticos. Ante cualquiera de estos cuadros, el médico de urgencias siempre deberá descartar el consumo de drogas. Será importante la anamnesis del paciente, familiares y amigos, así como la realización de estudios toxicológicos. Es importante recordar que muchos de los kits de despistaje de drogas no identifican muchas de las drogas usadas durante las sesiones de chemsex.

Los estudios recomendados para el despistaje de drogas en urgencias deberían comprender [118]:

- Cribado básico de drogas de abuso en sangre y orina.
- Cribado de alcohol en sangre y orina.

- Cribado de volátiles incluyendo *poppers*; sangre y orina.
- Cribado ampliado de fármacos y drogas; sangre y orina.

Otra de las complicaciones frecuentes de los pacientes que consumen chemsex, especialmente con el consumo de GHB, es la presencia de síndrome confusional, bajo nivel de conciencia y coma. Siempre que se sospeche una sobredosis de drogas habrá que intentar identificar el patrón de consumo y obrar en consecuencia. Estas intervenciones pueden incluir, la intubación del paciente y su monitorización hemodinámica, el uso de benzodiacepinas en pacientes que hayan consumido drogas psicoestimulantes, el uso de antipsicóticos y/o contención física, en pacientes muy agitados, heteroagresivos o psicóticos, el lavado gástrico, forzar la diuresis e incluso la hemodiálisis cuando sea necesario.

Respecto a las urgencias cardiovasculares, el uso de drogas como cocaína, la metanfetamina o el GBH pueden producir efecto simpático miméticos como vasoconstricción arterial o taquicardia, pudiendo incluso favorecer la aparición de cuadros de insuficiencia coronaria aguda o arritmias graves que deberán ser siempre manejadas por un médico experto.

Otras complicaciones frecuentes, especialmente en los usuarios de *slamming* son las infecciones intravasculares o denle el sitio de inyección. Ante un paciente que viene con fiebre y ha consumido drogas por vía endovenosa, siempre debemos evaluar el sitio de inyección y si hay sospecha de infección local, deberá solicitarse un estudio ecográfico para descartar un absceso o una tromboflebitis séptica y realizar cultivos de la zona de venopunción. Igualmente se deberán solicitar hemocultivos seriados y un ecocardiograma para descartar la presencia de una endocarditis, generalmente derecha. Respecto al tratamiento, se deberá instaurar tratamiento antibiótico empírico con presteza, cubriendo patógenos de la piel (cocos grampositivos) y en caso de sospecha, cándida.

También son comunes en urgencias las complicaciones traumáticas secundarias a la práctica del chemsex, tales como laceraciones y escoriaciones en el pene,

desgarros anales e incluso perforaciones colónicas recreativas, las cuales pueden suponer una verdadera emergencia que requerirá tratamiento quirúrgico urgente.

Finalmente, no podemos olvidar las complicaciones respiratorias tales como crisis de broncoespasmo, edema de glotis o broncoaspiración en pacientes con bajo nivel de conciencia. El tratamiento en estos casos se realizará con oxigenoterapia, corticoides, adrenalina y/o antibioterapia empírica frente a flora de la boca y el aparato digestivo.

Herramientas de derivación del paciente con problemas por chemsex

Pep Coll

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Instituto de Investigación del Sida-IrsiCaixa

BCN Checkpoint

Cristo Manuel Cruz Alonso

Psicólogo-Neuropsicólogo Clínico

Director de los CAS de Sants y Sarrià

Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB)



¿Qué aspectos debemos tener en cuenta antes de realizar cualquier derivación?

Actualmente no existen protocolos consensuados de derivación entre los recursos implicados en el abordaje del chemsex, ni se dispone de los mismos recursos en cada área sanitaria, ciudad, comarca... A la hora de derivar un paciente deben tenerse en cuenta los siguientes factores que determinarán la vinculación del paciente con el recurso:

- **La prioridad del paciente** a la hora de derivarle a un recurso u otro. Es ideal recomendar y asesorar al paciente acerca del recurso que mejor respuesta puede dar a sus necesidades, pero siempre hemos de respetar y tener en cuenta su voluntad, por mucho que los profesionales estimemos como ideal otra opción.

- **Respetar los tiempos de paciente.** Siguiendo el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (Tabla 4), no es hasta que el paciente se encuentre en la etapa de preparación / motivación para cambiar cuando se ha de derivar al recurso especializado. Una derivación prematura en momentos en que no existe conciencia de problema o de las interferencias que este le puede estar ocasionando en su vida personal/social/laboral podría generar problemas de adhesión al recurso. Es por ello que se recomienda un acompañamiento del paciente a través de estrategias motivacionales que le impulsen a una necesidad de cambio.

Tabla 4: Fases del Cambio. Modelo Transteórico de Prchaska y Diclemente (1983)

Etapa del paciente	Tareas del terapeuta
Precontemplación	Aumento de la duda: Aumento de la percepción del paciente de los riesgos y los problemas de su conducta actual
Contemplación	Inclinación de la balanza: Evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual
Preparación	Ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio
Acción	Ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio
Mantenimiento	Ayuda al paciente a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída
Recaída	Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída

- **El conocimiento en chemsex y la sensibilidad respecto a la idiosincrasia del colectivo HSH** que tienen los profesionales del recurso al que se deriva el paciente. Aunque afortunadamente la visibilidad y el trato hacia población HSH no se puede comparar con la existente hace no tantos años, aún persisten el estigma y el rechazo que sufren todas las minorías. Es por ello que debemos garantizar que el paciente se va a sentir acogido y atendido sin ser juzgado por sus prácticas sexuales, seroestado, consumo de sustancias, estilo de vida...

- La proximidad del recurso. Podría garantizar la asistencia y la vinculación del paciente al recurso en aquellos casos en los que ésta supusiera una ventaja y no una desventaja por ver amenazado su anonimato.

¿Dónde se puede derivar a una persona con problemas por chemsex?

Sin lugar a dudas, de los recursos especializados con los que contamos a día de hoy, son los **Centros de Atención a las Drogodependencias (CADs)** los que darían mejor respuesta a las necesidades de un paciente con problemas por chemsex. Se recomienda derivar a los CADs por los siguientes motivos:

- Se da atención especializada en drogodependencias, tanto si existe un abuso o dependencia de estas sustancias.
- Se atienden todas las necesidades orgánicas, desde cribado de ITS y derivación a recursos especializados, procesos de desintoxicación...
- Se realiza un seguimiento psicológico individual y/o grupal del paciente y a su entorno (familia, pareja, amigos...)
- Permite un diagnóstico psiquiátrico y tratamiento en aquellos casos que presentan algún problema de salud mental.
- Se realiza un abordaje psicosocial del paciente, ayudándole a aprender formas de ocio, desarrollar patrones de vida saludables, uso saludable del ocio y redes sociales...

Además de los CADs, y dado el aumento creciente de la prevalencia de casos de chemsex en España, cada vez van siendo más necesarios otros recursos Sociales y Sanitarios donde se puede derivar al paciente: Centros de Atención a Salud Mental de Adultos, ONGs y asociaciones de LGTBI, programas específicos de atención a chemsex en unidades de infecciosas, etc.

Algunos de estos recursos con programas de atención específica a usuarios con problemas por chemsex serían:

Barcelona

- **Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias** de Sants y Sarrià, de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.
 - CAS Sants. C/ Comtes de Bell-lloc, 138, 08014 Barcelona. Teléfono: 93 490 19 40
 - CAS Sarrià. C/ Dalmases, 76, 08017 Barcelona. Teléfono: 93 212 10 75
 - Puede ser derivado por cualquier tipo de recurso Social o Sanitario, o bien llamando el propio paciente para solicitar una primera visita por iniciativa propia.
- **BCN Checkpoint.** Centro comunitario. C/ Comte Borrell, 164-166, 08015 Barcelona. Teléfono: 933 182 056. Mail: info@hispanosida.com. Web: <http://www.bcncheckpoint.com>
- **StopSida.** C/ Consell de Cent, 246, 1º-2ª, 08011 Barcelona. Teléfono: 93 452 24 35. Mail: stopsida@stopida.org. Web: <http://www.stop-sida.org>
- **Unidad de Salud Mental del Hospital Clínic**

Madrid

- **Apoyo Positivo.** Programa de atención interdisciplinar a personas con prácticas de chemsex. Avenida Llano Castellano, 26. Mail: psicosocial3@apoyopositivo.org. Teléfono: 629447325. Web: <http://apoyopositivo.org>
- **Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD)** de Arganzuela. Atención a personas que practican Chemsex con trastornos por consumo de sustancias. Paseo Chopera, 12, 28045. Madrid. Teléfono: 915 886 186. Mail: cadarganzuela@madrid.es

- **Programa de Patología Dual.** Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario del Henares. Avenida de Marie Curie, 2, 28822 Coslada, Madrid.
Teléfono: 911912850

Málaga

- **Apoyo Positivo.** Programa de atención a personas con prácticas de Chemsex. Teléfono: 670518130. Mail: malaga@apoyopositivo.org. Web: <http://apoyopositivo.org>

Asesoramiento on-line

- **Energy control.** Programa de prevención con servicio de asesoría médica on-line para personas con prácticas de Chemsex: www.chemsafe.org

El principal objetivo es conseguir que la persona con problemas por chemsex acuda a un recurso donde se le pueda dar una atención adecuada. En función de las necesidades de ese paciente y las capacidades del recurso, asumirían la atención centrada en las necesidades del paciente, o se derivaría a otros recursos que trabajarían de forma coordinada el caso.

¿Estarían dispuestas las personas que practican chemsex a acudir a un centro de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAD)? ¿Se identificarían como personas con un problema relacionado con sustancias?

La experiencia hasta ahora demuestra que existen muchas reticencias por parte de los pacientes con problemas por chemsex a la hora de acudir a un CAD. Estas reticencias se observan en un sector importante de esta población, y no es hasta que comienzan a existir referencias positivas del recurso dentro del colectivo

HSH, principalmente por el boca-oreja, cuando va aumentando la vinculación de los pacientes. Esta negativa por parte de los pacientes con problemas por chemsex a ser atendidos en los CADs podría deberse a los siguientes factores:

- Diferente patrón de consumo con respecto a los consumidores de drogas. Los pacientes con problemas de chemsex, en la mayoría de los casos toman sustancias diferentes al usuario tradicionalmente atendido en los CADs, consumen otro tipo de sustancias, habitualmente el consumo no es continuado ni existe un síndrome de abstinencia física, y el objetivo es, en casi la totalidad de los casos, mantener relaciones sexuales más duraderas y con mayores sensaciones perceptivas.
- Baja percepción de problema. Aquellos pacientes que son derivados de forma precipitada o que no tienen conciencia de problema y/o baja motivación para enfrentarse a él.
- La percepción de los pacientes como personas con un problema de adicción al sexo, les hace ver el consumo de sustancias como una consecuencia del primero y no al revés.
- Prejuicios o ideas no realistas de un CAD. A día de hoy sigue siendo común que tanto la población general como una parte de los profesionales sanitarios vean los CADs como centros de rehabilitación de opiáceos tal y como sucedía en los años 80. Esta falta de conocimiento del trabajo realizado en los CADs podría ser la causa de porque no se derivan muchos casos de chemsex. En estos casos las informaciones dadas por los profesionales ayudarían al paciente a romper estos esquemas o ideas totalmente anacrónicas de los CADs.
- Doble estigma. En la mayoría de los casos, para la imagen personal del paciente acudir al CAD supone añadir una etiqueta que le estigmatizaría aún más. Si ya es homosexual y vive con VIH, además sería drogadicto.

- La estrecha relación que existe entre el sexo y el consumo de sustancias, lo que les hace identificarse frecuentemente como dependientes del sexo y no del consumo de determinadas sustancias.

¿Se requiere un centro específico para la atención a los problemas relacionados con el chemsex?

Más que requerir un centro específico para el tratamiento de problemas por chemsex, se debería proceder al desarrollo de programas específicos de atención en los CADs, donde se pueda realizar un abordaje completo del fenómeno.

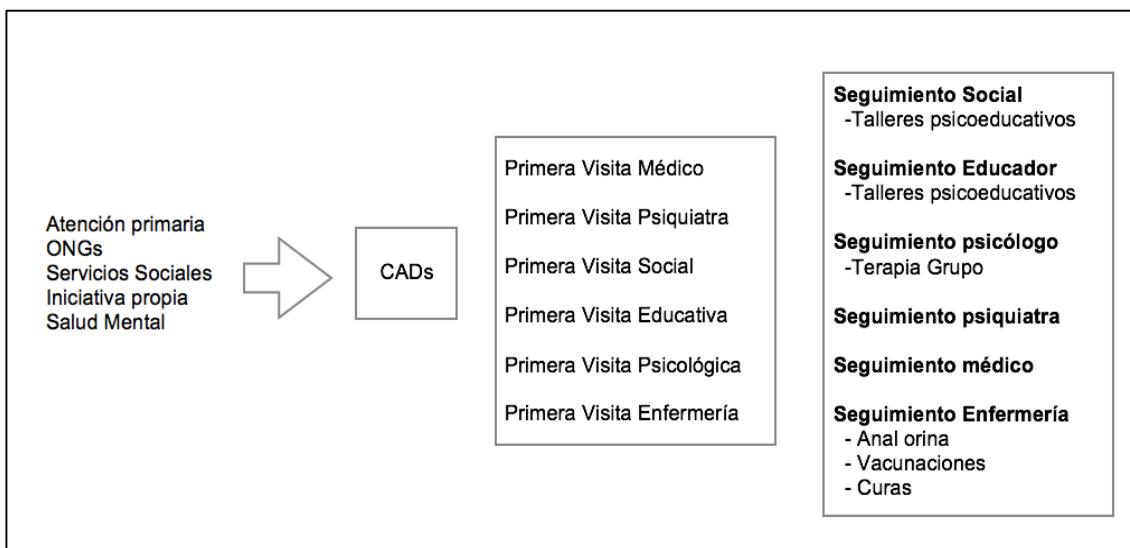
Además, la creación y mantenimiento de un centro específico para chemsex podría suponer un coste elevado difícilmente justificable, sobre todo en contextos con una baja prevalencia de este fenómeno.

¿Cómo funciona un CAD?

Los CADs son centros sanitarios de atención a las Drogodependencias donde se abordan los problemas relacionados con el uso, abuso y/o dependencia de sustancias (Opiáceos, Cocaína, Alcohol, Cannabis, fármacos...).

Las personas pueden acceder a tratamiento en los CADs por iniciativa propia o por derivación desde recursos sociales y sanitarios. Una vez realizada la primera visita con un médico y con un trabajador social, el paciente tiene visitas con el resto de profesionales del centro (psicólogos, educadores y enfermeros), según las necesidades de su caso en concreto. Una vez realizadas las visitas con todos los profesionales del centro, es cuando se establece un Plan Terapéutico Individual (PTI), consensuado con el paciente, y que establecerá las directrices a seguir en su proceso de rehabilitación. A largo de este proceso los pacientes asisten a visitas de seguimiento con los profesionales y a talleres y/o terapia grupal. Si el paciente da su consentimiento, los familiares o personas de su entorno también pueden ser asesorados en el centro (seguimientos familiares y terapia de grupo de familiares).

Figura 1. Funcionamiento de un CAD



¿Se requiere un abordaje específico de los problemas por chemsex?

Igual que se realizan abordajes terapéuticos teniendo en cuenta la atención a la diversidad, con programas de rehabilitación dirigidos a las mujeres, inmigrantes de países del Este de Europa..., es necesario un abordaje terapéutico específico para pacientes que tienen problemas por chemsex, al tratarse de un problema específico de la población HSH, que a su vez tienen un desarrollo psicosocial específico.

¿Qué abordaje específico para chemsex se puede realizar en un CAD?

Para poder llevar a cabo un abordaje específico del chemsex desde los CADs sería necesaria la inclusión de figuras profesionales que aborden todos los temas relacionados con la sexología, sexualidad e ITS, y contar con la totalidad del equipo formado y sensibilizado con la realidad personal y social del colectivo de HSH.

Este abordaje específico debe tener en cuenta los siguientes aspectos a la hora de realizar una intervención con un paciente con problemas por chemsex:

- Visibilidad de la orientación sexual del paciente
- Historias de rechazo, *mobbing* o *bullying* u otras vivencias traumáticas
- Seroestado, historia de ITS e influencia que éstos pueden tener en el comportamiento sexual del paciente
- Formas de socializar y utilización del ocio
- Utilización del sexo como medida compensatoria ante estados emocionales negativos
- Arraigo/desarraigo familiar y posibles consecuencias del mismo
- Estrategias de afrontamiento
- Carencias afectivas, dependencias emocionales
- Uso de redes sociales como medida para mantener relaciones sexuales
- Homofobia interiorizada

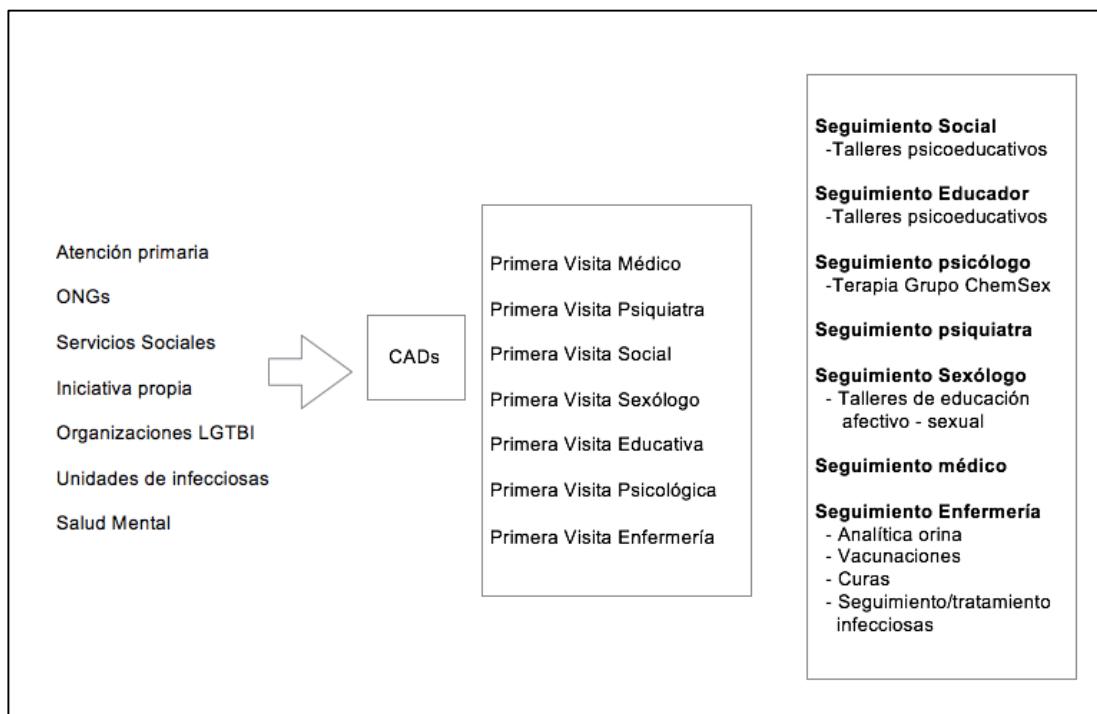
El modelo específico de abordaje del chemsex
daría lugar a un CAD como el que se representa en la figura 2.

¿Es necesario un tratamiento multidisciplinar de los problemas por chemsex?

Existen organizaciones que intentan abordar un tema tan complejo como el chemsex mediante la atención psicológica individualizada o un soporte educativo. El chemsex es un problema complejo que requiere el trabajo conjunto y coordinado de múltiples recursos sanitarios y sociales (Unidades de ingreso para desintoxicación, Patología dual, Comunidades terapéuticas, recursos de inserción laboral...). Es por todo ello que el tratamiento va mucho más allá de la derivación a un Centro de Atención a las Drogodependencias. Se ha de trabajar de forma conjunta con centros comunitarios, organizaciones LGTBI, centros de Atención Primaria, unidades de Infecciosas, centros de Salud Mental..., a fin de dar una

cobertura completa a un fenómeno que afecta a todas las áreas vitales del paciente.

Figura 2: Funcionamiento de un CAD con abordaje específico para chemsex



¿Qué retos tenemos pendientes?

- Concienciar a la comunidad sanitaria de que el chemsex es un fenómeno con creciente incidencia en la población HSH y consecuencias potencialmente devastadoras a nivel de salud mental y orgánica de las personas afectadas que, a su vez, generan problemas laborales, sociales y familiares.
- Formar y sensibilizar a la comunidad sanitaria acerca de la idiosincrasia de la población HSH, con el objetivo de detectar de forma precoz ITS, abuso- dependencia de sustancias y/o chemsex

- Evitar en trato sensacionalista que algunos medios de comunicación podrían estar dándole al chemsex y que contribuiría a estigmatizar aún más a la población de HSH y LGTBI, por extensión.
- La creación de centros o equipos especializados en chemsex con procedimientos de trabajo consensuados.
- Estudiar la incidencia real del chemsex, tradicionalmente identificado como un fenómeno exclusivo de las grandes ciudades, pero que posiblemente tiene presencia en todo el territorio estatal.
- Creación de comités operativos de seguimiento de chemsex donde intervengan todas las especialidades sanitarias involucradas.
- Informar a las organizaciones LGTBI que trabajan con el colectivo para que conozcan el abordaje que se puede hacer desde los CADs y facilitar así la derivación.

El consejo sanitario en el uso recreativo de drogas

Fernando Caudevilla

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria
Energy Control (ABD). Madrid

Claudio Vidal Giné

Psicólogo Clínico
Energy Control (ABD). Antequera (Málaga)

¿Es posible el uso no problemático de drogas?

Se estima que, en todo el mundo, unos 250 millones de personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años tomaron al menos una droga en el año 2014. De todas ellas, unos 29 millones (el 12%) sufrían de trastornos relacionados con el consumo [119]. Por tanto, la mayoría de la población que consume drogas podría ser catalogada como “consumidora no problemática”.

Esto puede chocar con la idea ampliamente extendida de que el consumo de drogas se asocia inevitablemente a la experimentación de problemas. La evaluación de los riesgos de las drogas, sobre todo de las ilegales, suele estar contaminada por prejuicios y elementos de tipo moral. De hecho, es sabido que la clasificación legal/ilegal no tiene que ver con criterios farmacológicos, científicos o de Salud Pública.

En las tres últimas décadas se han popularizado sustancias con vías de administración más aceptables y menos arriesgadas que la intravenosa, con efectos

más manejables, menor potencial de dependencia y menos tóxicas en sobredosis que los opiáceos. Su asociación con determinados entornos socioculturales (por ejemplo, la MDMA con la música electrónica, la cultura del cannabis...) han contribuido a su normalización de manera que el uso recreativo de drogas se ha conformado como un elemento más dentro de las opciones de ocio dentro de una sociedad de consumo.

Numerosos estudios muestran cómo los usuarios buscan estrategias dirigidas a minimizar los riesgos [120-123], que deben ser promovidas como estrategia de Salud Pública entre personas usuarias de drogas.

¿Es necesariamente la abstinencia el objetivo a alcanzar con los pacientes?

Modelos como el Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente o la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick abrieron la puerta a considerar objetivos flexibles y adaptados a los pacientes que no necesariamente pasaban por la abstinencia. Desde finales del siglo XX se acepta que éste no es el único objetivo posible a alcanzar.

De hecho, la consideración de que es posible reducir los daños relacionados con el uso de drogas sin necesidad de abandonar el consumo también permitió el desarrollo de intervenciones específicas como los tratamientos sustitutivos con metadona o los intercambios de jeringuillas entre personas consumidoras de opiáceos y que contribuyeron a la disminución de problemas como las sobredosis o la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas.

Para algunos pacientes, la abstinencia será lo más recomendable (por ejemplo, mujeres embarazadas, menores de edad, profesionales en los que el uso de drogas les coloca en una situación de alto riesgo, personas con patologías previas incompatibles con el uso de ciertas drogas...). Sin embargo, para otros, los objetivos pueden incluir una reducción en el consumo, el cambio de unas vías

de administración por otras o, incluso, la transición del consumo de una sustancia hacia otra. Aunque lo deseable sería conseguir que el paciente abandone el consumo, el objetivo a inicial a perseguir con un paciente debe ser la reducción de los problemas que sufre o puede sufrir. Y ello es posible alcanzarlo mediante más herramientas que una abstinencia que, en ocasiones, no es deseada ni percibida como posible por la propia persona. En este sentido, el componente pragmático de las intervenciones de reducción de daños ha supuesto una ventaja clara frente a las intervenciones abstencionistas también denominadas “libres de drogas”

¿Cómo evaluar si el consumo de drogas de un paciente es problemático?

El uso de datos cuantitativos, la clasificación en estadios y el uso de escalas o algoritmos es muy común en Medicina. El DSM-5 y el CIE-10 definen los criterios para los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. También existen escalas para los problemas relacionado con tabaco, alcohol y cannabis.

El “uso responsable de drogas” se define como aquel que realiza la persona con objeto de obtener los efectos deseados reduciendo al mismo tiempo la posibilidad de consecuencias negativas, tanto para ella misma como para terceras personas. Pero la diferencia entre lo problemático y lo no problemático puede ser difícil de evaluar y cualquier consumo de drogas (como tantas actividades de la vida), implica riesgos.

Los riesgos tienen que ver con la interacción entre la persona usuaria, la sustancia consumida y los contextos donde el consumo tiene lugar. Esta triangulación de factores, conocida como el Triángulo de Zinberg [124], resulta de especial utilidad para comprender que los efectos de las drogas son multifactoriales y no exclusivamente dependientes del potencial adictivo de la sustancia.

¿Es el “chemsex” un uso problemático de drogas por definición?

Para responder a esta pregunta es importante delimitar qué entendemos por “chemsex”. En España se usa sólo en la comunidad científica mientras los usuarios hablan de “sesiones”. Los datos disponibles sugieren que presenta una gran variabilidad espaciotemporal (en cuanto al tipo de sustancias consumidas, las vías de administración empleadas, los patrones y contextos de uso). Según la definición que tomemos (Tabla 5) y estos elementos, el uso problemático será más o menos probable.

TABLA 5: Algunas definiciones de “chemsex”

Bourne et al. (2014) [21]	Combinación intencional de tener relaciones sexuales con el uso de determinadas drogas sin receta médica con el fin de facilitar y potenciar el encuentro sexual
McCall et al. (2015) [8]	Búsqueda intencionada de sexo bajo la influencia de drogas psicoactivas, mayormente en HSH
F-Dávila. (2016) [14]	Uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un periodo largo de tiempo, que puede durar varias horas hasta varios días
Bourne et al. (2015) [51]	Uso de metanfetamina, GHB y/o mefedrona para intensificar las relaciones sexuales. Incide en la participación de múltiples parejas, la larga duración de los encuentros y el uso de la vía intravenosa.

Algunas son definiciones “amplias” en las que se destaca la intencionalidad del uso de drogas: facilitar, prolongar o amplificar las relaciones sexuales, y que pueden incluir usos problemáticos y no problemáticos. Otras delimitan un fenómeno de alto riesgo, en el que el uso problemático parece muy probable dado el uso de sustancias con un elevado potencial de dependencia, con escaso margen de toxicidad y susceptibles de administración intravenosa. Sin embargo, pueden

no ser de utilidad para otras poblaciones en otras localizaciones geográficas donde las sustancias consumidas o los patrones de consumo sean diferentes.

El primer estudio cuantitativo publicado en España con una muestra de 486 HSH que habían practicado “chemsex” alguna vez [38] ilustra alguno de los conceptos hasta aquí presentados. En dicho estudio, la mayoría de los usuarios eran adultos jóvenes (el 73% tenía entre 25 y 45 años), el uso de metanfetamina era inferior al descrito en estudios británicos o alemanes, y se detectaron importantes diferencias en el consumo de metanfetamina y mefedrona entre Madrid y Barcelona.

El 86% no había percibido sensación de pérdida de control sobre sus consumos de drogas o su vida sexual (82%), sentían que sus preferencias y gustos sexuales eran respetados durante las sesiones (91,6%) y las experiencias cumplían las expectativas (88%). Sin embargo, el 18% vivía las sesiones como una experiencia de autocastigo y el 15% no se sentía capaz de tener relaciones sexuales sin estar bajo el efecto de las drogas. Para el 13% se había producido una afectación en las relaciones personales, familiares, laborales o sociales y para el 14%, el “chemsex” era su única o principal fuente de ocio.

¿Qué aspectos son importantes en cuanto a las sustancias?

Existen características inherentes a las sustancias que condicionan sus riesgos y que convienen ser destacadas (Tabla 6):

Destacaremos algunos aspectos particulares sobre sustancias de uso frecuente en contextos de chemsex y que pueden ser usadas como mensajes concretos de cara al consejo sanitario para usuarios.

La metanfetamina es un potente psicoestimulante (activo en dosis de pocos miligramos) y duración de efectos larga (6-12 horas). Su dosificación puede ser

complicada y pequeños incrementos en la dosis pueden dar lugar a efectos tóxicos. Tiene un potencial de dependencia elevado que se incrementa con vías de administración rápida (fumada, intravenosa).

.Tabla 6: Condicionantes del riesgo de las sustancias

- Efectos sobre el SNC (estimulantes/depresores/psicodélicos)
- Potencia (dosis mínima eficaz/dosis mínima tóxica/margen de seguridad)
- Vía de administración (oral/fumada/intranasal/intravenosa/intrarrectal)
- Forma de presentación (comprimido/polvo/cristal/líquido)
- Estatus legal (legal/illegal)
- Potencial de abuso y dependencia (elevado/medio/bajo)

El GHB es un depresor de efectos euforizantes y desinhibidores en dosis bajas-medias. Su forma de presentación (líquida y disuelta en agua o refrescos) facilita la aparición de intoxicaciones (cuadro depresor del SNC que puede llegar al coma profundo).

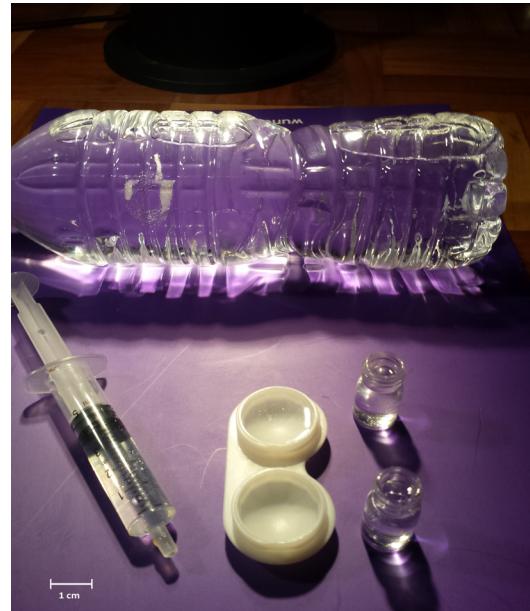
La mefedrona se popularizó al principio de esta década como sustituta legal de la cocaína y la MDMA. Los datos disponibles sobre sus efectos y riesgos en humanos son escasos. Tras su ilegalización, muchas de las muestras vendidas como “mefedrona” contienen en realidad moléculas similares (butilona, flefedrona, etilonala), de efectos y riesgos desconocidos.

El riesgo de intoxicación o efectos adversos graves se incrementa al combinar sustancias con un perfil farmacológico similar (depresores: GHB + alcohol, estimulantes: metanfetamina + mefedrona+ cocaína + anfetaminas...).

Un error en la vía de administración puede suponer riesgos muy importantes. Las complicaciones graves al inhalar *poppers* son infrecuentes, pero una ingestión accidental produce quemaduras graves en el esófago y metahemoglobinemia potencialmente mortal.

Las sustancias que se presentan en forma de polvo o cristal (mefedrona, MDMA, cocaína, ketamina, etc.) pueden ser adulteradas en la cadena de distribución hasta el usuario. En el caso de los comprimidos, pastillas o secantes, la adulteración solo procede del productor sin posibilidad de más añadidos posteriores.

El uso de drogas con propiedades anestésicas locales (cocaína) o anestésico-disociativas (ketamina) en prácticas sexuales que impliquen dolor (inserción del puño u objetos grandes en el recto, prácticas sadomasoquistas...) puede enmascarar la aparición de lesiones importantes.



“La diferencia entre la dosis recreativa de GHB (1-2g) y la dosis tóxica (3-4 g) es muy pequeña”

¿Qué aspectos son importantes en cuanto al individuo?

En relación a la persona usuaria de drogas, los factores individuales de tipo biológico, psicológico y social condicionan de forma importante el nivel de riesgo (Tabla 7).

Desde un punto de vista biológico, el factor más importante es la edad. Existe una fuerte asociación entre el uso precoz de drogas y el desarrollo de patrones de consumo desadaptativo. En el caso del “chemsex”, los datos destacan una

mayor prevalencia en adultos jóvenes o en edades medias de la vida, con experiencia previa en el uso recreativo de drogas. En este sentido, la adolescencia y juventud precoz podrían considerarse como marcadores significativos de riesgo.

Tabla 7: Condicionantes personales del riesgo

Factores biológicos	Edad, estado general de salud, patologías orgánicas, antecedentes familiares, factores de riesgo cardiovascular, interacciones con fármacos y drogas de prescripción.
Factores psicológicos	Antecedentes personales y familiares de problemas con drogas y/o otra patología psiquiátrica
Factores sociales	Aceptación y vivencia de la propia sexualidad. Apoyo social, actividades de ocio, influencia psicosocial de estado serológico

Los aspectos psicosociales también deben ser explorados y evaluados. El chemsex es característico de grandes núcleos urbanos. Son relativamente frecuentes las historias de jóvenes procedentes de zonas rurales o pequeñas capitales de provincias, en las que su orientación sexual se vive de forma oculta o muy discreta, que acuden a grandes capitales para comenzar estudios universitarios o buscar trabajo. En ocasiones resulta complicado integrar el paso de un entorno social en el que la sexualidad se vive de forma muy discreta o clandestina a la gran oferta de ocio sexual que puede encontrarse en las grandes ciudades. Por otra parte, el mundo de la noche y la fiesta, muy vinculado al consumo de drogas, sigue siendo el entorno en el que muchos jóvenes HSH construyen su identidad social y sexual. Contar con una red de apoyo social y diversificar los espacios y tiempos de ocio es un factor de protección frente a los consumos problemáticos.

Suele insistirse en el vínculo existente entre el consumo de drogas y las conductas sexuales de riesgo. Los estados modificados de conciencia que producen ciertas sustancias (euforia, desinhibición, vivencia del “aquí y ahora”) pueden disminuir las inhibiciones y facilitar conductas que no se llevarían a cabo en condiciones normales. Pero también es real que algunas personas buscan en las

drogas, de forma más o menos consciente o deliberada, alcanzar precisamente ese estado. Detrás de algunos patrones de consumo intensivo o desadaptado de drogas vinculados al sexo subyacen dificultades de aceptación e integración de una sexualidad distinta a la mayoritaria.

¿Qué factores son importantes en cuanto al contexto?

Muchos locales públicos (clubes de sexo, saunas, cuartos oscuros, etc.) tienen poca iluminación o carecen de espacios suficientemente privados por lo que el consumo suele realizarse de forma rápida o precipitada, dificultando el cálculo de la dosis. Esto es especialmente relevante con sustancias potentes como la ketamina, el GHB o la metanfetamina. La elevada temperatura y humedad de las saunas puede facilitar los cuadros de hipertermia, especialmente tras un consumo elevado de estimulantes. Los cuadros de síncopes o problemas cardiovasculares significativos (sobre todo en personas con otros factores de riesgo cardiovascular o patología previa) pueden precipitarse en este contexto por el efecto vasodilatador e hipotensor de sustancias como los *poppers* o los fármacos inhibidores de la PDE-5.

En los domicilios particulares, el riesgo tiene más que ver con consumos excesivos en un entorno en el que el uso de drogas es algo más natural, espontáneo y normalizado, sobre todo al compartir drogas de elevada potencia o escaso margen de toxicidad (fumar metanfetamina de una misma pipa o compartir una botella con una cantidad indeterminada de GHB incrementa el riesgo de intoxicaciones).

Ciertos códigos de conducta en determinadas fiestas temáticas, locales de sexo o saunas pueden dar lugar a graves consecuencias negativas. La visión de una persona intoxicada por GHB en una cabina de una sauna con la puerta abierta o encima de un *sling* (cama colgante para facilitar el acto sexual) puede ser interpretada por otras personas como una invitación sexual para cualquier persona. La percepción de los límites en juegos sexuales que incluyen elementos de dominación y sumisión puede verse afectada por el consumo de drogas. Aunque

el consumo puede interferir estos procesos cognitivos (de interpretación o de toma de decisiones), las prácticas sexuales sin el consentimiento expreso de la otra persona son constitutivas de delito.

Otro elemento contextual tiene que ver con el uso de aplicaciones móviles para buscar parejas sexuales, lo que implica proporcionar información sobre uno mismo (a través de los textos de los perfiles o el envío de imágenes). Es importante que la persona usuaria reflexione sobre la cantidad y tipo de información que se ofrecerá, así como las posibles consecuencias por un uso indebido por parte de terceras personas. Las citas con personas desconocidas implican mayores riesgos de problemas (robos, abusos sexuales...) en prácticas que implican sumisión o limitaciones físicas, o si el lugar de encuentro es excesivamente remoto o deshabitado. Las normas de sentido común en cuanto a seguridad personal deben imperar al recibir en casa a una persona desconocida o en una zona de *cruising* excesivamente remota.

¿Cómo se puede proporcionar más información?

El consejo de salud desde una perspectiva de reducción de riesgos para usuarios de “chemsex” es una herramienta espacialmente útil en un entorno sanitario.

A pesar de que la comunicación sanitario-paciente puede resultar complicada en aspectos relativos a la sexualidad y/o el uso de drogas, el profesional sanitario debe buscar convertirse en un referente que proporcione información veraz y fiable. Es importante tener en cuenta que los pacientes tienen, en muchas ocasiones, miedo a ser juzgados y/o culpabilizados. Por tanto, la información objetiva, práctica y desprovista de elementos morales facilita derribar las barreras para una buena comunicación.

Por otra parte, la falta de tiempo o de conocimientos específicos sobre el tema pueden ser factores limitantes. Sin embargo, se dispone de muchos materiales (tanto impresos como online) de prevención selectiva e indicada que pueden ser especialmente útiles. En la Tabla 4 se muestran los más relevantes en español.

Ofrecer estos recursos y comentarlos en las entrevistas contribuye a que el paciente reciba mensajes dirigidos a preservar su salud y nos permite mostrar una actitud positiva y abierta al diálogo sobre comportamientos muy íntimos.

Tabla 8: Algunos recursos on-line en español para ampliar información

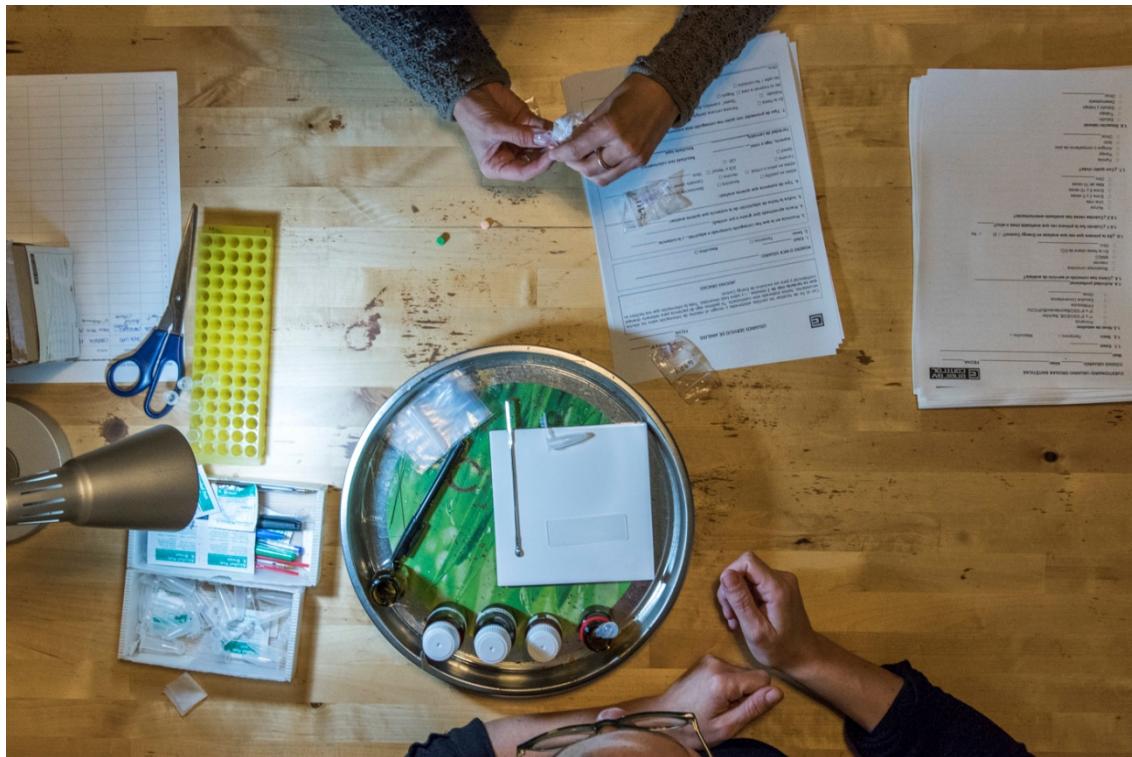
Temática	Nombre	Entidad	URL
Chemsex	CHEM-SAFE	Energy Control	www.chem-safe.org
	Sexo, drogas y tu	Apoyo Positivo	http://apoyopositivo.org/que-hacemos/area-de-promocion-de-la-salud/sexo-drogas-y-tu/
Salud sexual	Navega Seguro	Stop Sida	www.navegaseguro.es
	+ Morbo – Riesgos	Stop Sida	www.masmorbomenosriesgo.es
Uso recreativo de drogas	Energy Control	Asociación Bienestar y Desarrollo	www.energycontrol.org
	Ai Laket	Ai Laket	www.ailaket.org

¿Cuál es el papel de los Servicios de Análisis de Drogas?

Desde hace unos 20 años, dos organizaciones españolas (Ai Laket! en País Vasco y Energy Control para todo el territorio nacional) ofrecen un Servicio de Análisis para personas usuarias de drogas. Estos servicios, operados de acuerdo a protocolos consensuados a nivel internacional, ofrecen información sobre la composición de las sustancias junto con recomendaciones para un consumo de menor riesgo. Permiten establecer contacto con poblaciones de difícil acceso, para quienes muchas veces se trata de su primer y único contacto con un dispositivo de salud.

Las técnicas más empleadas son los análisis colorimétricos (reacción ante la presencia de sustancias, permite descartar sustituciones de drogas) y la cromatografía en capa fina (permite detectar sustancias, adulterantes y en ocasiones, cuantificarlas)

Instrumentos y materiales para análisis colorimétrico



El conocimiento de la composición permite a la persona tomar decisiones sobre su salud, especialmente el uso prudente o el no consumo de sustancias que, por su composición, presentan riesgos adicionales graves: la cocaína adulterada con levamisol (un antiparasitario con potenciales efectos inmunológicos y cutáneos), las pastillas con derivados anfetamínicos con bajo margen de seguridad (4-FA, PMA o PMMA), los secantes vendidos como LSD pero que, en realidad, contienen otros psicodélicos con elevada toxicidad como los nBOMEs, o las pastillas con elevadas concentraciones de MDMA son ejemplos significativos en nuestro medio. Además, los resultados de dichos análisis nos permiten monitorizar los mercados de drogas, detectar tendencias emergentes, alertar a los usuarios ante potenciales amenazas y difundir este conocimiento entre los profesionales implicados. El profesional sanitario puede estar informado, a través de la consulta

periódica de los informes de estos servicios o de las alertas publicadas, de incidencias en el mercado de las drogas que pueden tener un impacto negativo sobre sus pacientes.

Programas psicosociales de intervención en personas que practican el chemsex

Alicia González Baeza

Psicóloga

Área de salud. Apoyo Positivo. (Madrid)

Lorena Ibarguchi

Psicóloga

Área de salud. Apoyo Positivo. (Madrid)

Helen Dolengovich Segal

Especialista en Psiquiatría

Servicio de psiquiatría. Hospital Universitario del Henares



¿Qué tipo de intervenciones se están llevando a cabo en Europa?

Tras la confluencia de la aparición en el mercado de nuevas drogas desinhibidoras/potenciadoras de la respuesta sexual y, el lanzamiento de aplicaciones de geolocalización que facilitan contactos con parejas sexuales, empezaron a visibilizarse las primeras consecuencias negativas asociadas al chemsex [21].

Los primeros casos empezaron a detectarse en dos grandes tipos de recursos. Las clínicas salud sexual e ITS diagnosticaban infecciones producidas en contextos de uso de drogas durante el sexo. También en los centros comunitarios o

asociaciones para la promoción de la salud sexual cercanos a HSH se visibilizaron los primeros usuarios de chemsex que presentaban dudas o dificultades.

El tipo de recurso de detección inicial, unido a la mayor prevalencia de práctica de chemsex descrita en grandes ciudades [35-38], han determinado que las asociaciones para la promoción de la salud sexual en coordinación con las clínicas de ITS de las grandes ciudades europeas hayan dado las primeras respuestas de investigación e intervención. También algunas asociaciones dedicadas a la atención a los usuarios de drogas que trabajaban previamente con colectivo HSH han ido adaptando sus programas a las particularidades del chemsex.

Londres ha sido una de las primeras ciudades europeas en generar una respuesta específica al chemsex y su problemática. La asociación *Terrence Higgins Trust* para la salud sexual y prevención de la transmisión del VIH, lleva años ofertando grupos de apoyo para HSH con problemas de drogas, estando formado en los últimos años principalmente por usuarios de chemsex. Esta organización, junto a *London Friend*, ha desarrollado como programa piloto un grupo online mediante video llamada, destinado a aquellas personas que no pueden asistir a los grupos presenciales. También ofrecen un programa grupal de 6 semanas llamado *Chemcheck*, realizado en la clínica de salud sexual *Burrel Street* del *National Health System* [125]. Otras clínicas de salud sexual de Londres como 56 Dean Street ofrecen un servicio específico de apoyo a personas que practican chemsex, utilizando estrategias motivacionales, información para la reducción de riesgos y potenciando el ocio alternativo [126]. Similares iniciativas están siendo desarrolladas en centros de otras grandes ciudades europeas: *Lucy Lamp* en Manchester, *Bristol Drug Project* en Bristol, *AIDES* en París, *Schwulenberatung Berlin* en Berlín, *Positive Voice* en Atenas o *Mainline Drug & Health* en Amsterdam.

Las intervenciones tienen mayoritariamente un formato grupal de frecuencia semanal, teniendo especial relevancia la creación de un espacio confidencial, de no juicio y apoyo entre iguales en los que la persona se sienta aceptada en todas sus diversidades. Los principales temas tratados en los grupos son: gestión del

placer y reducción del riesgo asociado a la práctica de chemsex, sexo y sexualidad, relaciones de pareja e intimidad, soledad, autoestima y autoconfianza, negociación de límites, relajación y manejo de estrés, adicción, enfermedades de transmisión sexual, abstinencia o recaídas.

Pueden diferenciarse también dos tipos de estrategias: las dirigidas a las personas que no desean en ese momento abandonar la práctica de chemsex, en las que se da un abordaje motivacional y potenciación de la salud; y las dirigidas a personas que han decidido abandonar la práctica, facilitando además el mantenimiento de la abstinencia desde enfoques de prevención de recaídas.

¿Qué está pasando en España con los usuarios de chemsex?

Algo parecido está pasando en las grandes ciudades españolas. Ante la detección de los primeros casos en clínicas de ITS, unidades hospitalarias de VIH y asociaciones que trabajan por la salud sexual y la prevención de ITS, las primeras investigaciones y los primeros programas de intervención han sido creados en este tipo de centros [38, 48, 127-128].

Como en otros países, muchos usuarios han rechazado ir directamente a un centro de ayuda a la drogodependencia. No corresponderse su imagen de problema con el estereotipo de la persona drogodependiente, percibir que tenían un problema sexual o emocional más que de drogas o estar ambivalentes en su deseo de abandono de las prácticas, son algunas de las razones referidas para dicho rechazo. Algunas otras personas han ido a centros específicos de drogas refiriendo no haberse sentido entendido en todas sus diversidades ni tratado por personas especializadas en su problemática. En el otro polo, algunos usuarios con trastornos de consumo de sustancias asociados al chemsex han ido a centros especializados en drogas en los que han tenido experiencias positivas en atención y tratamiento.

Que sepamos, en España han sido las asociaciones que atienden a colectivo vulnerable por su diversidad sexual como Apoyo Positivo en Madrid y Málaga, Checkpoint y Stop Sida en Barcelona, las primeras en desarrollar programas específicos de intervención para la acogida y atención a personas que practican chemsex. También, asociaciones especializadas en drogas como Energy Control han lanzado respuestas rápidas para favorecer la difusión de información y contribuir a la reducción de riesgos.

¿Qué tipo de intervenciones psicosociales se necesitan?

Varios tipos de intervención psicosocial son necesarios en función de la población diana. Consideramos fundamental desarrollar programas de prevención primaria y secundaria para intervenir en población general y población de riesgo sin práctica de chemsex y, programas de prevención terciaria en población que ya está practicando chemsex.

En todos los casos los programas deben tener como objetivo intervenir sobre los factores que originan y mantienen la práctica de chemsex a distintos niveles (tabla 9).

Los programas de prevención primaria deben potenciar estrategias de regulación emocional y auto-concepto positivo en niños y adolescentes o, desarrollar estrategias educativas en salud sexual, diversidad sexual, VIH o uso de drogas. Su objetivo debe ser reducir actitudes homófobas o serofobia social, previniendo problemas de adaptación a la orientación sexual o al propio diagnóstico de VIH y facilitando conductas sexuales saludables.

Los programas de prevención secundaria deben implementarse en los sub-grupos poblacionales más vulnerables a tener dificultades asociadas a su diversidad sexual y al uso de drogas. Podrían utilizarse estrategias similares a las utilizadas en población general, añadiendo programas específicos de sensibilización al fenómeno de chemsex e intervención en factores propios del colectivo diana. Por

ejemplo, entre los HSH deberán hacerse más visibles personas del propio colectivo que quedan excluidos de los estereotipos predominantes tanto en imagen física como en actividad sexual “esperada”. También será fundamental potenciar alternativas de ocio y espacios para el desarrollo de relaciones interpersonales significativas más allá de los espacios de fiestas y droga compartida.

Tabla 9. Factores relevantes que interfieren en la práctica de chemsex [37, 51].

Factores socio-culturales	Homofobia y serofobia en la sociedad: estrés de la minoría
	Drogas en colectivo HSH: disponibilidad, normalización, aceptación social, facilitador de contactos sociales
	Sexualidad y sexo: características socialmente valoradas limitadas a estereotipos
	Limitación de alternativas de ocio en HSH
	Barreras para la salud sexual en población general y colectivos específicos
Factores emocionales (afrontamiento de condiciones vitales)	Homofobia y serofobia internalizada
	Adaptación a vivir con el VIH
	Preocupación por las prácticas sexuales tras diagnóstico de VIH
	Afrontamiento de la orientación del deseo
	Disfunciones sexuales
	Inseguridad o ansiedad ante las relaciones interpersonales y sexuales
	Otros: baja autoestima, situaciones vitales estresantes (duelo, rupturas, pérdida de trabajo...), trastornos psicopatológicos...

En cuanto a las intervenciones en personas que practican chemsex, resaltamos la necesidad integrar abordajes en reducción de riesgos y gestión de placeres, tratados en detalle el tema anterior, e intervenciones individualizadas y especializada en personas con prácticas problemáticas. Este último tipo de intervención

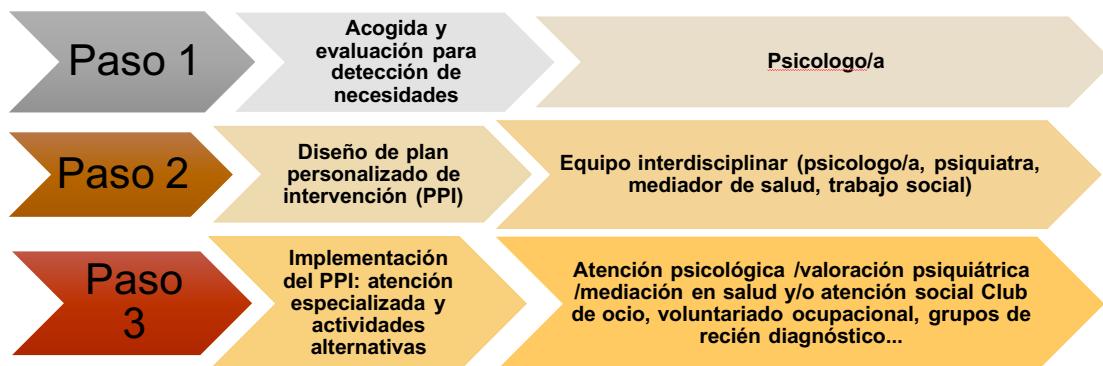
debe llevarse a cabo mediante programas interdisciplinares y multi-recurso para poder intervenir tanto en los distintos factores que originan y mantienen la práctica problemática de chemsex como sobre sus consecuencias. Cualquier intervención debe basarse en un plan personalizado que permita el abordaje en paralelo o consecutivo de cada uno de los factores interviniéntes, estableciendo prioridades compartidas entre los profesionales y los usuarios. Destacamos sólo algunos de los factores más frecuentes que necesitan ser abordados: dificultades emocionales asociadas a condiciones vitales, trastornos psicopatológicos, trastornos por consumo de sustancias, dificultades en prácticas sexuales y la sexualidad, aceptación de la diversidad sexual, afrontamiento adaptativo del diagnóstico de VIH o limitación del ocio saludables.

¿Qué es el Programa Sexo, Drogas y Tú? Prototipo de intervención psicosocial en España

Apoyo Positivo lanzó en octubre de 2016 el *Programa Sexo, Drogas y Tú* tras meses de acogida de personas preocupadas por algún aspecto relacionado con las prácticas de chemsex [127]. El programa fue creado en respuesta a la necesidad de acción inmediata surgida de la preocupación por la falta de recursos especializados para la atención de estos casos. Los principales objetivos del programa son: aumentar la concienciación e información sobre el chemsex en HSH, otros grupos vulnerables y profesionales socio-sanitarios; y desarrollar un protocolo de intervención especializada para los casos atendidos.

Desde el programa se imparte formación en unidades de VIH y otros recursos socio-sanitarios. Pretendemos con ello dotar de información para una mejor comprensión del fenómeno que reduzca los prejuicios, y facilitar el uso estrategias comunicativas que permitan una mejor detección de personas que practican chemsex. También se imparten talleres en grupos de LGTBI con fines preventivos y de concienciación en grupos vulnerables. Los pasos del protocolo de intervención en usuarios de chemsex se muestran en la figura 3.

Figura 3. Protocolo de intervención de casos Programa Sexo, Drogas y Tú



¿Por qué es fundamental el mediador de salud y la figura de los PARES en la atención al usuario de chemsex?

El principal objetivo del mediador de salud en chemsex es facilitar conductas saludables y recursos de afrontamiento adaptativo. El mediador utiliza técnicas de *counselling* en un proceso de acompañamiento. Mediante una actitud de aceptación incondicional, escucha activa y no juicio, ayuda a la persona a identificar sus propios recursos (previos y actuales) y las barreras que están dificultando las prácticas saludables o el afrontamiento adaptativo de situaciones vitales estresantes. El mediador en definitiva crea con la persona espacios de reflexión y estimula un proceso de toma decisiones compartido que facilite conductas más adaptativas para la persona, congruentes con sus propios valores.

Además, el papel del mediador tiene especial potencia cuando es desempeñado por un profesional al que la persona percibe como un “igual o par”. Esto es así debido a la eficacia demostrada de las técnicas de modelado para la adquisición de nuevas conductas cuando el modelo es percibido similar a uno mismo. Además, el uso de la propia experiencia de afrontamiento hecho por un par puede ser en sí facilitador de cambio por modelado. Debido al colectivo principalmente atendido en nuestro programa hasta la fecha, consideramos de especial beneficio que los mediadores de salud sean HSH y/o personas que viven con VIH y/o personas que han realizado chemsex. Todos ellos deberán haber hecho un

afrontamiento adaptativo de las condiciones de las que son modelo y contar con formación avanzada en *counselling*.

Las áreas principales trabajadas por el mediador de salud en la atención a personas con práctica de chemsex son: ajuste de información sobre drogas, efectos y riesgos; toma de decisiones asociada a prácticas sexuales en general y en situaciones de chemsex, facilitando el uso de alternativas de conductas sexuales saludables para prevención de ITS, afrontamiento de la orientación del deseo; afrontamiento de estigma por VIH; y fomento del ocio alternativo y saludable.

¿Qué experiencia tenemos respecto a las intervenciones psicológicas?

No todas las personas que practican chemsex van a necesitar terapia psicológica pero muchos usuarios se benefician de este tipo de intervenciones. Las técnicas utilizadas en la intervención psicológica van a ser comunes a las aplicadas en otro tipo de problemática y van a depender tanto de los factores específicos (origen, desencadenantes, mantenedores) como de las preferencias de los usuarios. Por no ser nuestro objetivo revisar las técnicas psicológicas de eficacia probada, en este apartado resaltamos algunos aspectos relevantes basados en nuestra experiencia en el Programa Sexo, Drogas y Tú.

Los primeros contactos de los usuarios con los terapeutas son muy intensos en la mayoría de los casos. Nos encontramos con personas muy aisladas emocionalmente, que están preocupados por lo que les está pasando, que perciben que han cambiado como personas, que no se están comportando en base a sus valores y tienen intensos sentimientos de culpa. La mayoría por vergüenza no han compartido cómo se sienten ni lo que están haciendo con nadie de su entorno porque temor a ser juzgados y rechazados. En muchas ocasiones, la propia vergüenza y la culpa contenida son en sí mantenedoras de la práctica de chemsex incontrolable, tanto en el uso de drogas como en la mayor exposición a conductas sexuales de riesgo. En esos casos, la práctica de chemsex se convierte en sí en una estrategia de reducción del malestar emocional. Por ello, la expresión

y contención emocional realizada en las primeras sesiones de psicoterapia supone una alternativa a la gestión del malestar hecha desde las prácticas de chemsex, llevando asociadas en muchos casos el descenso de la frecuencia o incontrolabilidad de las prácticas. A parte de esa regulación inicial, el desarrollo de nuevas estrategias de regulación emocional es un objetivo principal de trabajo a lo largo de las sesiones posteriores.

Las sesiones de psicoterapia también permiten un espacio seguro en el que muchas personas entran en contacto con emociones de las está huyendo en su día a día. Muchos empiezan a identificar qué es lo que sienten y cuáles son los factores relacionados con esas emociones. De esta manera, la persona inicia un proceso de reconocimiento, aceptación y convivencia emocional, necesaria para cualquier tipo de cambio.

Otro aspecto que consideramos fundamental en nuestras intervenciones es el inicio de una relación basada en la aceptación incondicional. Encontramos frecuentemente personas con problemas de relaciones interpersonales o historia de apegos no seguros. El inicio de una relación segura con el/la terapeuta muchas veces les capacita para iniciar nuevos contactos en entornos saludables, o para afrontar conflictos interpersonales previos desde una mayor seguridad.

El espacio de evaluación terapéutica continua además genera una oportunidad para la toma de conciencia de lo que está ocurriendo, las consecuencias de las prácticas y los factores intervinientes. En ocasiones, este proceso de toma de conciencia facilita el avance en la motivación para el cambio de manera que la persona se siente más preparada para iniciar cambios reales en su día a día.

Resaltamos brevemente situaciones normalmente abordadas en las sesiones: problemas de aceptación de orientación del deseo propio, homofobia interiorizada, afrontamiento del diagnóstico de VIH, historias no saludables de parejas y auto-concepto de pareja, historia de trauma temprano, historia de desarrollo de sexualidad y dificultades sexuales, problemas en las relaciones interpersonales y de intimidad, autoestima, trastorno por consumo de sustancias, trauma durante

las sesiones de chemsex, afrontamiento de la pérdida de salud sexual o recuperación de la sexualidad tras el abandono del uso de drogas para el sexo.

Por otra parte, la intervención psicológica va a ser diferente si la persona presenta una práctica problemática de si las prácticas no le están suponiendo problemas. En los primeros casos el abandono de la práctica va a ser un objetivo del tratamiento psicológico, mientras que en los últimos la psicoterapia se centrará en facilitar recursos de afrontamiento y disminuir vulnerabilidades que mejoren la calidad de vida e impidan el desarrollo de prácticas problemáticas.

¿Qué intervenciones psiquiátricas se están desarrollando en usuarios de chemsex?

Los HSH presentan tanto mayor psicopatología y mayor uso de drogas recreativas comparados con población general [112, 129], suponiendo esta sinergia un mayor riesgo de consumo de drogas problemático. Asimismo, la psicosis inducida por sustancias o las alteraciones de conducta con posible auto o heteroagresividad son complicaciones psicopatológicas potenciales asociada a las drogas utilizadas en chemsex [52]. Por ello, la persona que pide ayuda por prácticas de chemsex se beneficiará de una valoración psiquiátrica.

Es importante destacar que muchos usuarios de chemsex no han acudido previamente al psiquiatra, por tener mucha tolerancia al malestar emocional y, en muchas ocasiones por “automedicarse” con sustancias psicoactivas. Por ello, un vínculo terapéutico estrecho basado en una buena relación médico-paciente, despojado de juicios de valor, cálido y respetuoso, será fundamental para que el paciente acuda a las consultas y sea posible la evaluación. En la evaluación se hará una anamnesis completa que incluya historial de consumo de sustancias y exploración psicopatológica, para poder valorar la posible existencia de psicopatología basal o derivada del consumo de drogas. Asimismo, se evaluará una posible conducta adictiva en relación con redes sociales. También, habrá que evaluar la presencia de ideación y/o conducta suicida, en muchas ocasiones presente durante la intoxicación o abstinencia a sustancias.

Los diagnósticos psicopatológicos más habituales encontrados en usuarios de chemsex son trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos, éstos últimos generalmente inducidos por sustancias (mefedrona, metanfetamina). También pueden presentarse con frecuencia trastornos de la personalidad, trastornos del control de los impulsos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno de estrés postraumático, entre otros.

En relación a los trastornos por consumo de sustancias y su alto potencial de abuso y adictivo, se evalúan: síntomas de adicción a sustancias (tolerancia, sintomatología de abstinencia, *craving* o problemas laborales/familiares/sociales en relación con el consumo); vías de administración utilizadas (si es intravenosa, si comparten jeringuillas o parafernalia de inyección); e información relacionada con el tipo de uso (cantidad consumida a lo largo del tiempo, contextos, capacidad de control, número y tipo de sustancias consumidas, combinaciones (policonsumo), las consecuencias del consumo e historia de consumo).

En el caso de que un paciente presente un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias (Patología dual), habrá que abordar ambos en un mismo tiempo. Si el trastorno por consumo de sustancias es grave (por ejemplo, consumo intravenoso) sería adecuada una derivación para abordaje conjunto con un dispositivo especializado en atención a drogodependencias.

En caso de que exista un uso problemático de redes sociales, una de las primeras recomendaciones es la desconexión, al menos parcial, de aplicaciones de geolocalización y otras aplicaciones de contacto.

El tratamiento psicofarmacológico siempre será coadyuvante al psicoterapéutico. El uso de inhibidores de la recaptura de serotonina en trastornos de ansiedad o depresión es útil ya que es bien tolerado y fácil de administrar. Como efecto secundario a destacar es la disminución de libido, que en ocasiones puede ser motivo de rechazo por los pacientes, pero también puede aprovecharse para ayudar al control de la práctica de chemsex. Otros antidepresivos con perfiles

más amplios (duales, dopaminérgicos) pueden ser útiles dependiendo de la sintomatología del paciente.

En caso de detectar un episodio psicótico inducido, habrá que tomar en cuenta que suele resolverse al cabo de unos días sin necesidad de tratamiento. No obstante, si existe riesgo de alteraciones de conducta, el uso de antipsicóticos atípicos puede ser una opción de tratamiento. Incidir en suspender el uso de sustancias para evitar que la psicosis se mantenga es fundamental. Habrá que evaluar si la psicosis se mantiene una vez suspendido el uso de sustancias y entonces decidir un tratamiento antipsicótico a más largo plazo.

No es recomendable utilizar benzodiacepinas por su potencial de abuso. Para mejorar el sueño se pueden utilizar antidepressivos sedantes como trazodona o mirtazapina y para ansiedad mantenida se pueden pautar anticonvulsivantes ansiolíticos, como gabapentina o pregabalina.

¿Qué otro tipo de intervenciones hemos detectado como fundamentales?

Además de la atención referida en puntos anteriores, las personas que participan en el *Programa Sexo, Drogas y Tú*, se han beneficiado de su inclusión en diversas actividades comunitarias.

Hasta la fecha, personas con dificultades en el afrontamiento de VIH se han incorporado a grupos de auto-ayuda facilitando un afrontamiento más adaptativo. El grupo de auto-ayuda supone una experiencia compartida entre “iguales o pares” útil para expresar miedos y preocupaciones por vivir con VIH, ayudando a normalizar y adquirir nuevos recursos de afrontamiento desde la experiencia de pares.

Por otra parte, el inicio de actividades de ocio desarrolladas por grupos de iguales supone una oportunidad para relacionarse y compartir un ocio alternativo al

consumo de drogas y las prácticas de chemsex. En Apoyo Positivo, los propios usuarios han creado un club de ocio, en el que preparan talleres y actividades de su interés. Una de las líneas principales que estamos potenciando mediante el club de ocio es la realización de actividades que combinan un espacio seguro de relaciones interpersonales y actividades intensas a nivel físico, las cuales facilitan la recuperación de sensación de bienestar.

Por último, los talleres de “mindfulness” para la gestión de estrés han tenido muy buena acogida entre los usuarios de chemsex, siendo en ocasiones una herramienta complementaria a la psicoterapia individual. Estos talleres se realizan durante ocho semanas consecutivas ayudando a la persona a entrar en contacto con sus emociones y a relacionarse con su experiencia desde una actitud de no juicio y comprensión. Además, el formato en grupo genera nuevamente una oportunidad para iniciar relaciones interpersonales en un espacio seguro.

En usuarios en situación de exclusión social o que desean mejorar la búsqueda de empleo, la atención realizada por el/la trabajador/a social va a ser también fundamental.

¿Cómo podemos mejorar la atención en el futuro?

Desde el *Programa Sexo, Drogas y Tú* además de dar una respuesta inicial, hemos transmitido a las autoridades sanitarias nuestra preocupación por la alarmante situación y la gravedad de los casos atendidos hasta la fecha. Debido a que la práctica del chemsex es claramente multifactorial, responde a distintos motivos y distintas son las consecuencias sufridas en cada caso, creemos necesario establecer protocolos colaborativos de intervención entre asociaciones comunitarias que trabajan para la salud sexual y prevención de ITS, asociaciones de drogas, centros especializados de ayuda a la drogodependencia, clínicas de ITS, unidades hospitalarias de VIH y servicios de salud mental. Desde nuestro programa, trabajamos en el desarrollo protocolos bidireccionales que faciliten el conocimiento mutuo entre distintos recursos para realizar una correcta identifi-

cación y derivación que presente las menores barreras posibles para los usuarios. Con este tipo de protocolos, una persona que esté siendo atendida por adicción a drogas asociadas a chemsex en un centro especializado de drogas podrá ser incluida en grupos de recién diagnóstico de VIH en un centro comunitario si el afrontamiento de esta situación vital está generando estrés, en grupos comunitarios de ocio alternativo o en intervenciones destinados a mejorar su salud sexual. En la otra dirección, una persona que acuda a un centro comunitario a pedir ayuda por práctica problemática de chemsex, se beneficiará de ser derivada a un centro de atención a la drogodependencia en caso de existir una adicción a las sustancias consumidas. Los distintos recursos deberán coordinarse para ofrecer las actividades en paralelo o de manera consecutiva dependiendo de las necesidades de cada caso. Por ello, debemos facilitar herramientas de comunicación directa entre profesionales de los distintos centros, valorando de manera conjunta el plan personalizado de intervención en algunos casos.

Para seguir avanzando en la atención especializada a las personas con prácticas de chemsex creemos fundamental, por tanto, iniciar programas piloto multi-recurso destinados a aumentar el conocimiento de las actividades realizadas en cada uno de ellos, compartir herramientas de cribado y valorar la eficacia de las intervenciones compartidas en los casos que puedan beneficiarse de ello.

Bibliografía

1. Sánchez I. Las drogas en la antigüedad. Breve repaso a la historia del uso de drogas en el mediterráneo antiguo y el creciente fértil. Publicado en 2015 en: www.versacrvm.com. Último acceso: 15/5/17.
2. Sibyla. El consumo de drogas a lo largo de la historia. Publicado en 2012 en: <http://quhist.com/drogas-alcohol-historia>. Último acceso: 15/5/17.
3. Sangro y Ros de Olano P. Últimos telegramas y noticias de la tarde. La Época (Madrid. 1849) 1903; 19232:6. Disponible en: hemerotecadigital.bne.es. Último acceso: 15/5/17.
4. Vinchon BM. Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale 1912;50. Disponible en: gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9648659j. Último acceso: 15/5/17.
5. Susanna, F. Plagas sociales. La cocainomanía. El Diluvio (Diario republicano) 1922; 5 de octubre. Pág. 15.
6. Alfarache J de. Comentarios de la Corte. Los morfinómanos. Diario de Castellón, 1926; 14 de diciembre. pág. 1.
7. Flynn E. Errol Flynn: Autobiografía. Aventuras de un vividor. T&B Editores, 2009. ISBN 13: 9788492626229.
8. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? BMJ 2015;351:h5790.
9. Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardo FP. When "chems" meet sex: a rising phenomenon called "ChemSex". Current neuropharmacology 2016 [Epub ahead of print].
10. King LA, Kicman AT. A brief history of 'new psychoactive substances'. Drug testing and analysis 2011;3(7-8):401-3.
11. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: findings from a qualitative study. Sex Transm Infect. 2017;93(3):203-206.
12. Frankis J, Clutterbuck D. What does the latest research evidence mean for practitioners who work with gay and bisexual men engaging in chemsex? Sex Transm Infect. 2017;93(3):153-154.
13. Melendez-Torres GJ, Bourne A. Illicit drug use and its association with sexual risk behaviour among MSM: more questions than answers? Current opinion in infectious diseases. 2016;29(1):58-63.
14. Fernández-Dávila P. "Horny and high": a holistic approach to understand the emergence of the ChemSex phenomenon among gay, bisexual, and other

- men who have sex with men in Spain. *Revista multidisciplinar del SIDA* 2016;4(7):41-65.
15. Busardo FP, Kyriakou C, Napoletano S, Marinelli E, Zaami S. Mephedrone related fatalities: a review. *European review for medical and pharmacological sciences* 2015;19(19):3777-90.
 16. Ahmed AK, Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, et al. Social norms related to combining drugs and sex ("chemsex") among gay men in South London. *The International journal on drug policy* 2016;38:29-35.
 17. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *The International journal on drug policy* 2017;43:33-43.
 18. Hockenhull J, Murphy KG, Paterson S. An observed rise in gamma-hydroxybutyrate-associated deaths in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. *Forensic science international* 2017;270:93-7.
 19. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, Boffito M. Increasing use of 'party drugs' in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS*. 2015;29(13):1585-92.
 20. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *Bmj*. 2015;5790(November):h5790. doi:10.1136/bmj.h5790.
 21. Caudevilla F, Vidal C, Calzada N. Algunas reflexiones en torno al "chemsex." 2016. Available at: www.lasdrogas.info/opiniones/403/algunas-reflexiones-en-trono-al-chemsex.html.
 22. Bourne A, Weatherburn P. The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gays & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. 2014. www.sigmaresearch.org/uk/chemsex.
 23. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2015;91(8):564-568.
 24. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nurs*. 2013;6-10.
 25. Halkitis PN, Palamar JJ. GHB use among gay and bisexual men. *Addict Behav*. 2006 Nov;31(11):2135-9.
 26. Drumright LN, Patterson TL, Strathdee SA. Club Drugs as Causal Risk Factors for HIV Acquisition Among Men Who Have Sex with Men: A Review. *Subst Use Misuse*. 2006;41(10-12):1551-1601.
 27. Lyons A, Pitts M, Grierson J, Smith A, McNally S, Couch M. Age at first anal sex and HIV/STI vulnerability among gay men in Australia. *Sex Transm Infect*. 2012;88(4):252-7.

28. Cheung DH, Suharlim C, Guadamuz TE, Lim SH, Koe S, Wei C. Earlier Anal Sexarche and Co-occurring Sexual Risk are Associated with Current HIV-Related Risk Behaviors Among an Online Sample of Men Who Have Sex with Men in Asia. *AIDS Behav.* 2014;18(12):2423-2431.
29. Drabkin AS, Sikkema KJ, Wilson PA, et al. Risk patterns preceding diagnosis among newly HIV-diagnosed men who have sex with men in New York City. *AIDS Patient Care STDS.* 2013;27(6):333-41.
30. Ostrow DG, Plankey MW, Cox C, et al. Specific sex drug combinations contribute to the majority of recent HIV seroconversions among MSM in the MACS. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;51(3):349-55.
31. Plankey MW, Ostrow DG, Stall R, et al. The relationship between methamphetamine and popper use and risk of HIV seroconversion in the multicenter AIDS cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;45(1):85-92.
32. Crosby R, Mettey A. A descriptive analysis of HIV risk behavior among men having sex with men attending a large sex resort. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004;37(4):1496-9.
33. Hickson F, Bonell C, Weatherburn P, Reid D. Illicit drug use among men who have sex with men in England and Wales. *Addict Res Theory.* 2010;18(1):14-22.
34. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, et al. Recreational drug use, poly-drug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: Results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV.* 2014;1(1): e22-e31.
35. Bolding G, Hart G, Sherr L, Elford J. Use of crystal methamphetamine among gay men in London. *Addiction.* 2006; 101:1622-30.
36. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy.* 2016;38:4-12.
37. Gaissad L. La Démence ou la dépense? Le circuit festif gay entre consommation et consommation. *Ethnol française.* 2013;43(3):409.
38. Deimel D, Stöver H, Hößelbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V. Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduct J.* 2016;13(1):36.
39. Zaro I, Navazo T, Vazquez J, García A, Ibarguchi L. A closr look at sexchem in Spain, 2016.; 2016. Available at: www.infochemsex.com.
40. Ottaway Z, Finnerty F, Buckingham T, Richardson D. Increasing rates of reported chemsex/sexualised recreational drug use in men who have sex with men attending for postexposure prophylaxis for sexual exposure. *Sex Transm Infect.* 2017;93(1):31-31.
41. Stuart D, Weymann J. ChemSex and care-planning: One year in practice. *HIV Nurs.* 2015;(15):24-28.

42. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enferm Infect Microbiol Clin.* 2014;32(6):341-349.
43. Fernández-Dávila P. "Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno chemsex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España – Revista Multidisciplinar del Sida. 2016;4(7):41-65.
44. Dolengevich-Segal H, Rodríguez-Salgado B, Gómez-Arnau J, Sánchez-Mateos D. Severe Psychosis, Drug Dependence, and Hepatitis C Related to slamming mephedrone. *Case Rep Psychiatry.* 2016;2016:8379562.
45. Heiligenberg M, Wermeling PR, van Rooijen MS, et al. Recreational drug use during sex and sexually transmitted infections among clients of a city sexually transmitted infections clinic in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis.* 2012;39(7):518-27.
46. Green K, Feinstein BA. Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An Update on Empirical Research and Implications for Treatment. *Psychol Addict Behav.* 2012;26(2):265-278.
47. Abdulrahim D, Whiteley C, Moncrieff M, Bowden-Jones O. Club Drug Use Among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People. London; 2016. Available at: <http://www.neptune-clinical-guidance.co.uk>.
48. Pakianathan MR, Lee MJ, Kelly B, Hegazi A. How to assess gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. *Sex Transm Infect.* 2016; sextans-2015-052405.
49. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, Boffito M. Increasing use of "party drugs" in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS.* 2015;29(13):1585-1592.
50. Putfall E, Kall M, Shshmanesh M, Nardon A, Guilson R. Chemsex and high-risk sexual behaviours in HIV- positive men who have sex with men. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston; 2016.
51. González A, Dolengevich H, Pérez-Valero I, Troya J, Téllez M. Magnitud y factores asociados al chemsex en HSH con VIH atendidos en las consultas de VIH. Datos preliminares del U-sex STUDY. In: VIII GESIDA National Congress. San Sebastián; 2016.
52. Moore DJ, Blackstone K, Woods SP, et al. Methamphetamine use and neuro-psychiatric factors are associated with antiretroviral nonadherence. *AIDS Care.* 2012;24(12):1504-1513.
53. Coll J, Fumaz CR. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg.* 2016;15(2):77-84.

54. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 2015;26(12):1171-1176.
55. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*. 2015; 26, 1171-1176. doi:10.1016/j.drugpo.2015.07.013.
56. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *British Medical Journal*, 2015. h5790. doi: 10.1136/bmj.h5790.1.
57. Ballesteros-López J, Molina-Prado R, Rodríguez-Salgado B, Martín-Herrero JL, Dolengevich-Segal H. Mephedrone and chemsex. A descriptive analysis of a sample of patients in Madrid. *Revista Española de Drogodependencias* 2016;41(4):47-61.
58. Dolengevich Segal H, Gómez-Arnau Ramírez J, Rodríguez Salgado B, Sánchez-Mateos, D. editors. *Nuevas Drogas Psicoactivas*. Madrid: Entheos. 2015.
59. Dolengevich-Segal H, Rodríguez-Salgado B, Gómez-Arnau J, Sánchez-Mateos D. Severe Psychosis, Drug Dependence and Hepatitis C Related to Slamming Mephedrone. *Case Reports in Psychiatry*. 2016, ID8379562. 5 pages. doi:10.1155/2016/8379562.
60. www.chem-safe.org
61. Busardò FP, Jones AW. GHB pharmacology and toxicology: acute intoxication, concentrations in blood and urine in forensic cases and treatment of the withdrawal syndrome. *Curr Neuropharmacol*. 2015 Jan;13(1):47-70. doi:10.2174/1570159X13666141210215423.
62. Abdulrahim D, Bowden-Jones O, on behalf of the NEPTUNE Expert Group. Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. *Novel PsychoactiveTreatment UK Network (NEPTUNE)*. London, 2015.
63. Panenka WJ, Procyshyn RM, Lecomte T, MacEwan GW, Flynn SW, Honer WG, Barr AM. Methamphetamine use: a comprehensive review of molecular, preclinical and clinical findings. *Drug Alcohol Depend*. 2013 May 1;129(3):167-79. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.11.016
64. Lea T, Mao L, Hopwood M, Prestage G, Zablotska I, de Wit J, Holt M. 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*. 2016 Mar;29:66-72. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.01.003.
65. Dolengevich Segal H, Rodríguez Salgado B, Mora Mínguez F, Quintero J. Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. *Med Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2015;11(86):5137-5143. doi:10.1016/j.med.2015.09.003.

66. Stuart D. Sexualised drug use by MSM (ChemSex): a toolkit for GUM/HIV staff, HIV nursing 2014; 14 (2): 15-19.
67. Coll J, Fumaz CR. Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. Rev Enf Emerg 2016; 15 (2):77-84.
68. Speakman A, Rodger A, Phillips AN, Gilson R, Johnson M, Fisher M et al. The Antiretrovirals, Sexual Transmission Risk and Attitudes (ASTRA) Study. Design, Methods and Participant Characteristics. PLOS one 2013; 8(10): e77230.
69. NEPTUNE clinical guidance: Guidance on the Clinical Management of Acute and chronic harms of club drugs an novel psychoactive substances. 2015 in <http://www.Neptune-clinical-guidance.com>
70. Pakianathan MR, Lee MJ, Kelly B, Hegazi A. How to assess gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. Sex transm Infect 2016; 0:1-3, doi:10.1136/sextans-2015-052405
71. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L et al. High prevalence of drug consumption and sexual risk behaviors in men who have sex with men. Med Clin (Barc) 2015; 145: 102-7.
72. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S Et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. Lancet HIV 2014; 1: e22-31.
73. Garin N, Zurita B, Velasco C, Feliu A, Gutierrez M, Masip M, Mangues MA. Prevalence and clinical impact of recreational drug consumption in people living with HIV on treatment; a cross-sectional study. BMG open 2017; 7: e014105. Doi 10.1136.
74. Ma R. Safer chemsex: GP's role in harm reduction for emerging forms of recreational drug use. British journal of General Practice, 2016. DOI: 103399bjgp16683029.
75. Lampe F, The Antiretrovirals, Sexual Transmission Risk an Attitudes (ASTRA) study group. Sexual behaviour among people with HIV according to self-reported antiretroviral treatment and viral load status. AIDS 2016; 30:1745-1759.
76. Kallichman SC, Kallichman MO, Cherry C et al. Intentional medication non-adherence because of interactive toxicity beliefs among HIV-positive active drug users. J Acquir Immune Defic Syndr 2015; 70:503-9
77. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D and Boffito M. Increasing use of party drugs in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patients safety. AIDS 2015; 29: 1585-1592.

78. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV* 2014; 1: e22–31.
79. Daskalopoulou M, Rodger AJ, Phillips AN, Speakman A, Lampe FC, et al. Prevalence of recreational drug use is indiscriminate across antiretroviral regimens of differing drug-drug interactions among MSM. *AIDS* 2016; 30:810–812.
80. Garin N, Zurita B, Velasco C, Feliu A, Gutiérrez M, Masip M, et al. Prevalence and clinical impact of recreational drug consumption in people living with HIV on treatment: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2017; 7: e014105.
81. Kumar S, Rao PSS, Earla R, Kumar A. Drug–drug interactions between anti-retroviral therapies and drugs of abuse in HIV systems. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2015; 11:343–355.
82. Rajasingham R, Mimiaga MJ, White JM, Pinkston MM, Baden RP, Mitty JA. A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among HIV-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine. *AIDS Patient Care STDs* 2012; 26:36–52.
83. Márquez C, Mitchell SJ, Hare CB, John M, Klausner JD. Methamphetamine use, sexual activity, patient–provider communication, and medication adherence among HIV-infected patients in care, San Francisco 2004–2006. *AIDS Care* 2009; 21:575–582.
84. Gorbach PM, Drumright LN, Javabakht M, Pond SL, Woelk CH, Daar ES, et al. Antiretroviral drug resistance and risk behavior among recently HIV-infected men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008; 47:639–643.
85. Colfax GN, Vittinghoff E, Grant R, Lum P, Spotts G, Hecht FM. Frequent methamphetamine use is associated with primary non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor resistance. *AIDS* 2007; 21:239–241.
86. Reback CJ, Larkins S, Shoptaw S. Methamphetamine abuse as a barrier to HIV medication adherence among gay and bisexual men. *AIDS Care* 2003; 15:775–785.
87. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Castro V, Galindo MJ, Graenfanhain R, Dalmau D, López JC. Interacciones del tratamiento antirretroviral (TAR) y las drogas: conocimiento e impacto en la adherencia. VIII Congreso Nacional de GESIDA; San Sebastián, 29 noviembre-2 diciembre 2016. P-224. *Enferm infec Microbiol Clin* 2016; 34 (Esp Cong 3):114.
88. Dombrowski JC, Simoni JM, Katz DA, Golden MR. Barriers to HIV care and treatment among participants in a public health HIV care relinkage program. *AIDS Patient Care STDs* 2015; 29:279–287.
89. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, Boffito M. Increasing use of ‘party drugs’ in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS* 2015; 29:1585–1592.

90. Papaseit E, Vázquez A, Pérez-Mañá C, Pujadas M, de la Torre R, Farré M, et al. Surviving life-threatening MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine, ecstasy) toxicity caused by ritonavir (RTV). *Intensive Care Med* 2012; 38:1239–1240.
91. Harrington RD, Woodward JA, Hooton TM, Horn JR. Life-threatening interactions between HIV-1 protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and gamma-hydroxybutyrate. *Arch Intern Med* 1999; 159:2221–2224.
92. Hales G, Roth N, Smith D. Possible fatal interaction between protease inhibitors and methamphetamine. *Antivir Ther* 2000; 5:19.
93. Larney S, Peacock A, Mathers BM et al. A systematic review of injecting-related injury and disease among people who inject drugs.. *Drug Alcohol Depend*. 2017 Feb 1;171: 39-49.
94. Griffith DJ, Mackintosh CL, Inverarity D. Staphylococcus aureus bacteremia associated with injected new psychoactive substances.. *Epidemiol Infect*. 2016 Apr;144(6):1257-66
95. Linder KE, Nicolau DP, Nailor MD. Epidemiology, treatment, and economics of patients presenting to the emergency department for skin and soft tissue infections. *Hosp Pract*(1995). 2017 Feb;45(1):9-15
96. Peterman TA et al. Syphilis in the United States: On the Rise?. *Expert Rev Anti Infect Ther* 13 (2), 161-168.2014 Dec 09.
97. HAGAN H, JORDAN AE, NEURER J, and CLELAND CM. Incidence of sexually-transmitted hepatitis C virus infection in HIV-positive men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis AIDS. 2015 November; 29(17): 2335–2345.
98. Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W, Green S et al. Chemsex andthe city: sexualised substance usein gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics., . *Int J STD AIDS*. 2017 Mar;28(4):362-366.
99. Seña AC, Zhang XH, Li T, et al. A systematic review of syphilis serological treatment outcomes in HIV-infected and HIV-uninfected persons: rethinking the significance of serological non-responsiveness and the serofast state after therapy. *BMC Infect Dis*. 2015 Oct 28;15:479.
100. CDC 2010 STD Treatment Guidelines www.cdc.gov/std.
101. Molina JM, Charreau I, Chidiac C, et al. On demand post exposure prophylaxis with doxycycline for MSM enrolled in a PrEP trial. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), February 13-16, 2017, Seattle. Abstract 91LB.
102. Bolan RK, Beymer MR, Weiss RE, et al. Doxycycline prophylaxis to reduce incident syphilis among HIV-infected men who have sex with men who continue to engage in high-risk sex: a randomized, controlled pilot study. *Sex Transm Dis*. 2015;42:98-103.

103. Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. ANRS IPERGAY Study Group. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection.; N Engl J Med. 2015;373:2237-2246.
104. <http://hivguidelines.org/Content.aspx?pageID=257>
105. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta online europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Resultados en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013. Disponible en; <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf> (Consulta marzo 2016).
106. Talarico GP, Crosta ML, Giannico MB et al. Cocaine and coronary artery diseases: a systematic review of the literature. . J Cardiovasc Med (Hagerstown). 2017 May;18(5):291-294.
107. Davies AJ, Kelly SP, Naylor SG et al. Adverse ophthalmic reaction in poppers users: case series of 'poppers maculopathy'. Eye (Lond). 2012 Nov;26(11):1479-86.
108. Sanmartí M, Ibañez L, Huertas S. HIV-associated neurocognitive disorders.. J Mol Psychiatry. 2014; 2(1): 2.
109. Sacktor NC, Wong M, Nakasuji N,et al. The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. . AIDS. 2005;19:1367–1374.
110. Amigó Tadín M, Ríos Guillermo J, Nogué J. Demanda al servicio de urgencias de profilaxis para infecciones de transmisión sexual tras prácticas sexuales de riesgo. Emergencias 2013; 25: 437-444
111. Jamey C, Kintz P, Martrille L, Raul JS J. Fatal Combination with 3-Methylmethcathinone (3-MMC) and Gamma-Hydroxybutyric Acid (GHB). Anal Toxicol. 2016 Sep;40(7):546-52.
112. UNODC (2016). World Drug Report 2016. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.
113. Martens MP, Taylor KK, Damann KM, Page JC, Mowry ES, Cimini MD. Protective behavioral strategies when drinking alcohol and their relationship to negative alcohol-related consequences in college students. Psychol Addict Behav 2004;18:390–393.
114. Jacinto C, Duterte M, Sales P, Murphy S. Maximising the highs and minimising the lows: harm reduction guidance within ecstasy distribution networks. Int J Drug Policy 2008;19:393–400.
115. Panagopoulos, I, Ricciardelli, LA. Harm reduction and decision making among recreational ecstasy users. Int J Drug Policy 2005;16:54–64.
116. Vidal-Giné, C.; Fernández-Calderón, F., López, J. Patterns of use, harm reduction strategies, and their relation to risk behavior and harm in recreational ketamine users. Am J Drug Alcohol Abuse,2016. 42, 358-369.
117. Zinberg, N. E.. Drug, set and setting. New Haven: Yale University,1984

118. Bourne A, Reid, D, Hickson F, Torres S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewish-am. London: Sigma Research, 2014.
119. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter?. BMJ. 2015; 351: h5790.
120. Fernández-Dávila P.“Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. Revista Multidisciplinar del Sida 2016;4, 41-65
121. Bourne A, Reid D, Hickson, F, Torres-Rueda, S, Steinberg, P, Weatherburn, P. “Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London. . Int J Drug Policy 2015, 26, 1171-1176.
122. Zaro I, Navazo T, Vazquez J García A, Ibarguchi L Aproximación al ChemSex en España 2016. ImaginaMas- Apoyo Positivo , 2016
123. Bourne, A.; Reid, D.; Hickson, F.; Torres Rueda, S. y Weatherburn, P. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, South- wark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Recuperado de <http://www.sigmaresearch.org.uk/chemsex> (consultado en mayo 2017)
124. Zarro, I.; Navazo, T.; Vazquez, J; García, A; Ibarguchi, L. (2017).Chemsex. Una aproximación al chemsex en España 2016. Recuperado de <http://www.infochemsex.com> (consultado en mayo 2017)
125. Schmidt, A. J., Bourne, A., Weatherburn, P., Reid, D., Marcus, U., Hickson, F., EMIS Network. (2016). Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). The International Journal on Drug Policy, 38, 4–12. doi:10.1016/j.drugpo.2016.09.007
126. London Friend. Chemcheck. Recuperado en: <http://londonfriend.org.uk/get-support/drugsandalcohol/chemcheck> (Consultado en mayo de 2016)
127. Chemsex Support at 56 Dean Street. Recuperado de: <http://www.chemsexsupport.com> (Consultado en mayo de 2016)
128. González A, Dolengevich H, Pérez-Valero I, Troya J, Téllez M y cols (2016). Magnitud y factores asociados al Chemsex en HSH con VIH atendidos atendidos en las consultas de VIH. Datos prelimianres del U-sex STUDY. Comunicación oral. En: VIII Congreso Nacional GESIDA. San Sebastián, 2016.
129. Gonzalez-Baeza A, Dolengevich H, Ibarguchi L (2017). Programa de formación e intervención en prácticas de chemsex: Sexo, drogas y TÚ. Presentación poster. XVIII Congreso Nacional sobre el Sida e ITS. Málaga, 2017.
130. Mouzo J (28 de marzo de 2017). Terapia contra el ‘chemsex’. El país. Recuperado en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2017/03/28/catalunya/1490701404_791064.html (Consultado en Mayo 2017)
131. Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Weatherburn, P. (2015). “Chemsex” and harm reduction need among gay men in

- South London. International Journal of Drug Policy, 26(12), 1171–1176.
doi:10.1016/j.drugpo.2015.07.013
132. Deimel, D., Stöver, H., Hößelbarth, S., Dichtl, A., Graf, N., & Gebhardt, V. (2016). Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. Harm Reduction Journal, 13(1), 3. doi:10.1186/s12954-016-0125-y
 133. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin.
 134. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2013). Encuesta online europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Resultados en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013. Recuperado en en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf> (consultado en mayo 2017).
 135. Ballesteros-López, J., & Molina-Prado, R. (2016). Mefedrona y chemsex. Análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid. Rev Español De Drogodependencias, 41(4), 47–61.

Con el patrocinio de:



Con la colaboración de:

