



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Sexualidad y Drogas. El fenómeno del ChemSex.

Autor/a: Nuria Sanz Ugena

Director/a: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

2019/2020

RESUMEN

El Chemsex o el consumo de drogas para mantener relaciones sexuales no es una práctica reciente, pero sí un fenómeno emergente en España. Se ha extendido mayoritariamente en los grandes núcleos urbanos, aunque todavía no se conoce la dimensión real debido a la escasa investigación. Se ha observado una mayor prevalencia en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Esta práctica implica serios riesgos para la salud a nivel físico, psicológico y social. El consumo de drogas favorece la ejecución de prácticas sexuales de riesgo, como el “bareback” o el “fisting”, que pueden ser un foco de enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, se ha estudiado que los hombres con VIH positivo tienden a consumir con mayor probabilidad drogas. Otras variables como el uso de aplicaciones, la cultura sexual gay, la accesibilidad a drogas, entre otras, también han propiciado el desarrollo de esta práctica. Un punto importante sería estudiar los factores de riesgo y protección desde una perspectiva ecológica para comprender este fenómeno sociocultural. Por último, se propone la intervención desde una perspectiva preventiva y de reducción de riesgos en caso de que el sujeto quiera seguir realizando Chemsex. Y, por otro lado, la ruptura de la asociación entre sexualidad y consumo de drogas, para aquellos usuarios que quieran dejar el consumo.

Palabras clave: Chemsex, drogas, sexualidad, prácticas sexuales de riesgo, “slamsex”, HSH.

ABSTRACT

Chemsex or the use of drugs to have sexual relations is not a recent practice, but it is an emerging phenomenon in Spain. It has spread mainly in large urban centers, although the real dimension is not yet known due to limited research. A higher prevalence has been observed in the group of men who have sex with men (MSM). This practice involves serious health risks on a physical, psychological and social level. Drug use favors the execution of risky sexual practices, such as bareback or fisting, which can be a focus of sexually transmitted diseases. Likewise, it has been studied that HIV positive men tend to use drugs more likely. Other variables such as the use of applications, gay sexual culture, drug accessibility, among others, have also led to the development of this practice. An important point would be to study risk and protection factors from an ecological perspective to understand this sociocultural phenomenon. Finally, the intervention is proposed from a preventive and risk reduction perspective in case the subject wants to continue performing Chemsex. And, on the other hand, the breakdown of the association between sexuality and drug users who want to stop using.

Key words: Chemsex, drugs, sexuality, risky sexual practices, “slamsex”, MSM.

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA	6
3. PROBLEMAS CONCEPTUALES.....	7
4. CARACTERÍSTICAS DEL CHEMSEX	8
5. DROGAS RECREATIVAS Y SEXUALIZADAS	10
5.1. Mefedrona	12
5.2. Metanfetamina	12
5.3. Gamma-hidroxitirato/gamma-butilolactona (GHB/GBL)	13
5.4. Ketamina	13
5.5. Poppers.....	14
5.6. Alcohol.....	14
6. RIESGOS ASOCIADOS AL CHEMSEX.....	14
6.1. Interacciones entre drogas.....	14
6.2. Interacciones con el tratamiento antirretroviral (TAR).....	15
6.3. Interacciones con fármacos para el tratamiento de la disfunción eréctil.....	17
6.4. Riesgos derivados del consumo	17
7. MOTIVACIÓN.....	18
7.1. Motivos principales.....	18
7.2. Significado de la sexualidad en el colectivo HSH	19
8. PERFIL DE LA PERSONA	20
9. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DESDE UNA COMPRESIÓN ECOLÓGICA	22
10. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	23
10.1. Recursos y medidas actuales.....	23
10.2. Enfoque de reducción de riesgos	25
11. DISCUSIÓN	26

12.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
13.	ANEXOS	33
	Anexo 1. Gráfico.....	33
	Anexo 2. Tabla 1.....	33
	Anexo 3. Tabla 2.....	34
	Anexo 4. Tabla 3.....	35

1. INTRODUCCIÓN

El correcto abordaje del fenómeno del Chemsex, requiere en primer lugar, comprender qué engloba este concepto (Fernández-Dávila, 2018). “ChemSex” es un término anglosajón que proviene de la combinación de dos palabras inglesas: *chemicals* (químicos) y *sex* (sexo). Dolengevich-Segal, Rodríguez-Salgado, Ballesteros-López y Molina-Prado (2017) definen este fenómeno como “el uso intencionado de drogas psicoactivas para mantener relaciones sexuales, entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH), habitualmente durante largos periodos de tiempo y con múltiples parejas” (p.207).

En España este término no se utiliza entre aquellos que mantienen estas prácticas, sino que se emplea otra terminología diferente que constituye la jerga propia de esta conducta, tales como: “sesión”, “morbo y vicio”, “fiesta”, entre otras (Fernández-Dávila, 2018). Sin embargo, debido a la mediatización de este fenómeno, cada vez nos encontramos con más frecuencia las expresiones anglosajonas: “Chemsex”, “Party and Play (PnP)”, “chillout”, “long session”, “piggie session”, entre otros (Fernández-Dávila, 2016).

La utilización de drogas en ámbitos sexuales es un fenómeno emergente cuyo origen proviene de Reino Unido y Países Bajos, a principios del 2000. Más tarde se extendió por Europa, llegando a España, sobre todo en núcleos urbanos como Madrid o Barcelona (Stuart, como se citó en Losilla-Rodríguez, López-Zúñiga, Espadafor-López y López-Ruz, 2019). Además, el Chemsex está incrementando debido al uso de aplicaciones móviles que favorecen el encuentro entre personas siendo la comunicación dinámica, directa y anónima (Soriano, 2017). Por otro lado, también está influyendo el aumento del número de nuevas drogas cada año (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2015).

Respecto a la población en la que el Chemsex tiene mayor prevalencia, toda la literatura apunta a que es en el contexto LGTBI, especialmente en hombres que practican sexo con hombres (HSH), donde vamos a encontrar más generalizado el uso de drogas en el ámbito sexual, y también las consecuencias en la salud. Cornejo, Díaz, Díez y Valín (como se citó en Dolengevich-Segal et al., 2017) afirman que “es en HSH donde se ha dado la mayor proporción de nuevos diagnósticos de VIH en Europa en el año 2013, con un total del 42%” (p.207). Por tanto, los riesgos en la salud derivados de la práctica del Chemsex, engloban un aumento de la probabilidad de transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS), interferencias en el tratamiento antirretroviral (TAR) en caso de padecer VIH, además de la adicción a sustancias

psicoactivas, las alteraciones a nivel cognitivo, y un cambio negativo en la vida cotidiana de la persona.

Estos datos sostienen una gran relevancia a la hora de intervenir, puesto que los HSH que tienen VIH positivo tienden a consumir drogas con mayor probabilidad que aquellos que no padecen la enfermedad (Losilla-Rodríguez et al., 2019). Son un grupo social olvidado por las intervenciones asociadas a la prevención e históricamente estigmatizado por parte de la sociedad. Como afirman Jacques, de Olalla, Díez, Martín y Caylà (2015) “la homologación de un discurso que relacionaba SIDA con homosexualidad tuvo como resultado un modelo centrado en comportamientos sexuales desviados, aumentando la discriminación, la exclusión social y el estigma hacia este colectivo” (p.253).

Por otro lado, en España, todavía no se conoce el impacto real del ChemSex, de tan reciente aparición. El motivo estructural es la escasa investigación y los limitados estudios que existen en torno a este fenómeno (Dolengevich-Segal et al., 2017; Fernández-Dávila, 2016; Valencia et al., 2018). Pero también encontramos razones ligadas a las características de los propios usuarios. Muchos individuos no acuden a pedir ayuda profesional por la estigmatización y el juicio negativo presente en algunos profesionales de la salud y la sociedad. De igual manera, hay sujetos que no consideran su consumo como problemático. Según la encuesta online europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Folch et al., 2013), solo un 5,1% de los participantes valoraron su consumo como un inconveniente.

Dolengevich-Segal et al. (2017) insisten en la importancia de realizar estudios epidemiológicos con el fin de evaluar este fenómeno en España, ya que no encontramos apenas estudios y publicaciones que describan la dimensión real que conllevan estas prácticas. Además, no se deberían generalizar datos de otros países al nuestro, ya que las realidades culturales y sociales son diferentes (Fernández-Dávila, 2018). De acuerdo con esta demanda, este trabajo busca exponer lo que se conoce hasta ahora sobre el fenómeno del Chemsex, los riesgos derivados del uso de drogas en este contexto y las intervenciones biopsicosociales que son necesarias implementar. Asimismo, se estudiarán los factores de riesgo y de protección desde una perspectiva ecológica.

2. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha efectuado una revisión bibliográfica de documentos de sociedades científicas y de organizaciones no gubernamentales (ONG), tanto a nivel nacional como internacional. En primer lugar, se realizó la búsqueda en tres bases de

datos: PsicoDoc, PsycInfo y Psychology and Behavioral Sciences Collection, donde se obtuvieron escasos resultados. Por lo que se procedió a la búsqueda en Google Académico, donde se consiguieron 2.330 resultados. No obstante, se utilizó un filtro temporal con un intervalo entre 2010 y 2020, para obtener los artículos más actuales sobre este fenómeno. Así se redujeron a 1.960 documentos. En esta búsqueda, se utilizaron las palabras clave: Chemsex, drogas, sexualidad, prácticas sexuales de riesgo, “slamsex”, HSH. Y las fuentes que se consultaron estaban en español, inglés y francés. Además de las bases de datos, se utilizó información de diferentes páginas webs creadas por asociaciones relacionadas con el Chemsex.

La temática de búsqueda principal ha sido el fenómeno del Chemsex en España, el tipo de sustancias estupefacientes más empleadas y sus riesgos asociados, el significado que tiene la sexualidad en la cultura gay y las medidas de intervención o recursos que existen actualmente. Una vez recopilados los documentos primordiales, se inspeccionaron las referencias bibliográficas para recuperar más información relevante.

Una vez finalizada la búsqueda se obtuvieron 38 referencias, de las cuales se descartaron 9, por no aportar información relevante para el trabajo. A partir de ahí, se hizo una lectura del resumen para comprobar si los datos que aportaría la fuente serían interesantes o no.

3. PROBLEMAS CONCEPTUALES

A día de hoy no nos encontramos con una definición unificada sobre este fenómeno. Fernández-Dávila (2016) defiende que algunas de las definiciones que existen en la literatura no se ajustan realmente a la situación que se está viviendo en España. Sobre todo, se emplean descripciones que tienen su origen en la prensa británica, posiblemente porque Londres es una de las ciudades que mayor documentación tiene sobre este fenómeno (ViiV Healthcare, 2016). Por ejemplo, Fernández-Dávila (2016) cita algunos autores como McCall et al. que precisan el ChemSex como una “búsqueda intencionada de sexo bajo la influencia de drogas psicoactivas, mayormente en HSH” (p.44) y Bourne et al. que lo especifican como “la 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” (p.44). Por otro lado, la ONG Apoyo Positivo (como se citó en Fernández-Dávila, 2016) delimita el ChemSex como “la práctica de sexo durante muchas horas, con el consumo de al menos, una de las siguientes sustancias estupefacientes: GHB, mefedrona y metanfetamina” (p.44). Dentro de todo este conglomerado de definiciones Fernández-Dávila (2016) propone que el ChemSex es “un uso intencionado de

drogas para tener relaciones sexuales por un periodo largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)” (p.44).

4. CARACTERÍSTICAS DEL CHEMSEX

Previamente comentábamos que el Chemsex no es una práctica reciente, y además han aparecido elementos que han ido transformando este fenómeno. Por ejemplo, el consumo de otros estupefacientes como la mefedrona, el GHB/GBL, la metanfetamina, la ketamina; la administración de la droga inyectándola, lo que también se conoce como “slamming”; el uso de nuevas tecnologías para conocer gente y comunicarse, como las aplicaciones (apps) que tienen geolocalización incorporada; la sexualización del consumo de drogas y la producción de un género de pornografía sobre este tema; y, por último, el turismo sexual gay cuyo propósito principal consiste en viajar a otros países para buscar experiencias sexuales (Soriano, 2017).

Con respecto a las aplicaciones, la más utilizada es *Scruff* (Fernández-Dávila, 2016). En el estudio realizado por Ballesteros-López, Molina-Prado, Rodríguez-Salgado, Martín-Herrero y Dolengevich-Segal (2016), en Madrid, se observó que el 70% de los participantes utilizaron estas aplicaciones para localizar y participar en sesiones de Chemsex. Además, se ha encontrado una relación entre el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) y el consumo sexualizado de drogas (Soriano, 2017). Como afirma Fernández (2016) desde el 2009, el desarrollo de apps ha tenido un mayor impacto que ciertos portales web, puesto que se contacta más rápido con otras personas con los mismos intereses sexuales. En el estudio de Fernández-Dávila y Zaragoza (2011) encontraron que existía un mayor uso de Internet por parte de los hombres jóvenes (98,8%) en comparación con aquellos que eran mayores a 25 años (92,9%). Aunque estos últimos utilizaban los portales gays en mayor medida para buscar sexo (76,7%).

No obstante, dichas herramientas online pueden ayudarnos a comprender estas prácticas sexuales e innovar en torno a las intervenciones de prevención que se pueden llevar a cabo (Soriano, 2017). Por ejemplo, existe una aplicación denominada “infodrogas-vih” cuya meta es reducir los riesgos derivados del consumo de drogas y otras sustancias (ViiV Healthcare, 2016), informando sobre las posibles interacciones y efectos adversos.

Por lo tanto, el uso de aplicaciones permite encontrar y participar en sesiones de Chemsex (Dolengevich-Segal et al., 2017), que se han extendido sobre todo por los grandes núcleos urbanos (Losilla-Rodríguez et al., 2019) como Madrid y Barcelona. Estas “fiestas de

sexo” son habituales verlas anunciadas en los perfiles de los usuarios de las aplicaciones (Fernández-Dávila, 2016), con nombres como “sesión”, “colocón”, “*sex party*”, “abierto a todo”, “guarreo”, y otros (Soriano, 2017). Entre los lugares más destacados donde se realizan encontramos fiestas privadas o locales, como las saunas (Chemsex.info, 2020).

Las fiestas de sexo pueden ser diferentes o incluso temáticas (Fernández-Dávila, 2017). Por ejemplo, existen reuniones que son de “bareback”, es decir, no se utiliza el preservativo a la hora de mantener relaciones sexuales; o de “fisting” o “fist-fucking” (Jacques et al., 2015), que consiste en introducir parcial o totalmente la mano en el ano (Fernández-Dávila, 2016). Otras características que describe Fernández-Dávila (2016) de estas fiestas serían el sexo en pareja, en tríos o en grupo; la duración de las sesiones, que pueden llegar a ser varios días; el contacto a través de páginas webs o aplicaciones; la existencia de una o varias personas que organizan la reunión; que entre un 70 y 80% de los participantes padezcan VIH; y que se suele consumir drogas, aunque no significa que todos las utilicen. Por ejemplo, en las saunas se consumen una amplia variedad de drogas y pueden durar 8 horas o más de dos días (Fernández-Dávila, 2017).

Asimismo, el turismo gay se ha hecho cada vez más popular. Como indica Soriano (2017), España se ha convertido en un destino principal para este turismo. Esta situación genera una mayor exposición al surgimiento de nuevas prácticas sexuales y maneras de consumir sustancias, debido a la influencia extranjera.

Por otro lado, se ha observado que en la población que realiza Chemsex es habitual el consumo de varias drogas (Losilla-Rodríguez et al., 2019), también conocido como policonsumo. En el estudio realizado por Ballesteros-López et al. (2016) se concluyó que el 100% de su muestra combinó tres tipos diferentes de drogas. Y en la investigación de Valencia et al. (2018) se encontró que la cuarta parte de los encuestados consumían más de una sustancia tóxica durante las relaciones sexuales. Esta combinación de sustancias incrementa los riesgos o efectos nocivos, y también la interacción negativa con el tratamiento antirretroviral (TAR) en el caso de aquellas personas que padezcan el VIH (Dolengevich-Segal et al., 2017) y estén tomando medicación antirretroviral. De la misma manera, se ha relacionado con una mayor despreocupación por el uso del condón a la hora de mantener relaciones sexuales (Valencia et al., 2018), que implica un mayor riesgo de transmisión de ETS.

Igualmente, el “slamming” es una práctica que se está haciendo habitual en este contexto. Consiste en la inyección de ciertas drogas solubles, sobre todo metanfetamina y

mefedrona, directamente al torrente sanguíneo (Fernández-Dávila, 2016). El efecto es inmediato y más potente que al administrarlas por otras vías. No obstante, parece ser una práctica minoritaria, debido a la asociación con la connotación negativa de “yonki” o adicto extremo, aunque realmente no se conoce la cifra de los sujetos que lo practican (Fernández-Dávila, 2016; Fernández-Dávila, 2017). Solamente algunos estudios muestran que el 2,5% de los participantes se ha inyectado drogas en algún momento de su vida, y el 1,4% en los últimos 12 meses (ViiV Healthcare, 2016).

Uno de los factores que puede favorecer el deseo de realizar “slamming” es el consumo de pornografía que muestra a otros hombres realizándolo, y donde se pueden ver los efectos que genera (Fernández-Dávila, 2016). Por otro lado, también puede influir la presión de grupo, ya que en algunas fiestas de sexo puede ser una práctica habitual entre los participantes (Fernández-Dávila, 2016).

5. DROGAS RECREATIVAS Y SEXUALIZADAS

El empleo de drogas en el colectivo HSH no es reciente. Estas sustancias psicoactivas se han usado tradicionalmente en ambientes nocturnos como forma de desinhibición, ya no sólo en población homosexual, sino también en heterosexual (Coll y Fumaz, 2016). Entre los años 1990 y 2000 las drogas más consumidas entre HSH eran cannabis, anfetaminas (speed), éxtasis (MDMA) y cocaína (Weatherburn, Hickson, Reid, Torres-Rueda y Bourne, 2016). No obstante, se han observado cambios en los patrones de consumo de sustancias estupefacientes, ya no sólo el tipo de droga, sino su asociación con el mantenimiento de relaciones sexuales, los lugares donde se practica y el significado que tiene (Coll y Fumaz, 2016).

Según la encuesta online realizada por el estudio EMIS (Folch et al., 2013) en 38 países europeos, más de la mitad de los encuestados consumieron una droga recreativa en el último año. Las que más se utilizaron fueron el cannabis (30,1%), el popper (28,4%), la cocaína (18,7%) y el éxtasis (10,1%). Siguiendo este mismo estudio, el cannabis era más consumido por sujetos con una edad inferior a 25 años (34,1%), mientras que las otras drogas eran mayormente consumidas por hombres de 25 años o más. Y la sustancia que ha generado mayores problemas ha sido el alcohol (91,2%), posiblemente por los efectos adversos producidos por la mezcla con otras drogas. No obstante, estos datos no se pueden generalizar a la población española, ya que son datos que provienen de distintos contextos culturales, sociales y económicos (Fernández-Dávila, 2018).

Actualmente, en el caso de España el patrón de consumo se ha transformado de manera que drogas sintéticas como la mefedrona, el GHB/GBL y la metanfetamina o “tina” están aumentando (Dolengevich-Segal et al., 2017). Por un lado, por el fácil acceso a estas sustancias, sobre todo a través de Internet, ya que se venden como “euforizantes legales” (*legal highs*) o como “productos químicos de investigación” (*research chemicals*) (Dolengevich-Segal, Rodríguez, Gómez-Arnau y Sánchez-Mateos, 2015). Y, por otro lado, porque favorecen determinadas sensaciones como estimulación, desinhibición, incremento de la confianza y autoestima, y una mayor duración a la hora de mantener relaciones sexuales.

Villegas (como se citó en ViiV Healthcare, 2016) afirma que “las sustancias que más consumen son metanfetamina, GHB, popper, cocaína y mefedrona” (p.14). De la misma manera, en un estudio realizado en Madrid elaborado por Ballesteros-López et al. (2016) muestra que, siendo la mefedrona la sustancia principal que utilizaban, otros consumos frecuentes eran la cocaína (66,67%), el GHB (66,67%), la metanfetamina (60%) y la ketamina (23%). Y en el último trimestre de 2015, el servicio de Stop Sida llamado “Chemsex Support” expuso que las sustancias más consumidas fueron tina, GHB, poppers, cocaína y mefedrona (ViiV Healthcare, 2016).

En contraste con los datos anteriores encontramos recientemente una encuesta de Valencia et al. (2018) cuyos resultados presentan que el 25,9% de los participantes consumieron una droga recreativa mientras practicaban relaciones sexuales, siendo el grupo de hombres gais (11,5%) la mayoría en comparación con hombres heterosexuales (7%) y bisexuales (7,5%). Y las drogas más utilizadas por hombres gais eran cannabis (55%), popper (52%), cocaína (31%), GHB (18%) y mefedrona (12%) (ver anexo 1). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el mayor consumo de poppers, mefedrona, GHB y medicamentos para la disfunción eréctil en hombres gais en comparación con los hombres heterosexuales y bisexuales.

A continuación, se describirán aquellas drogas emergentes que suponen un alto riesgo para la salud del consumidor. Además, hay que tener en cuenta que algunas de estas drogas sintéticas han aparecido recientemente en el colectivo de HSH, por lo que sus efectos adversos y la toxicidad a largo plazo no han sido exhaustivamente estudiados (Redondo, Picazo, Docavo y González, 2018).

5.1. Mefedrona

La mefedrona es la sustancia más empleada en el Chemsex, con una prevalencia del 90% (Bourne et al., como se citó en Ballesteros-López et al., 2016). Deriva de la catinona y tiene un potencial adictivo muy alto (Dolengevich-Segal et al., 2017), sobre todo si es administrada por vía intravenosa (Ballesteros-López et al., 2016). Se empieza a hacer conocida en el ambiente gay de España en 2011 (Fernández-Dávila, 2016) y se conoce también como “mefe”, “miau-miau”, “met” y “sales de baño” (Dolengevich-Segal et al., 2017).

La vía de administración principalmente utilizada es la intravenosa, siendo en el estudio de Ballesteros-López et al. (2016), un 33-38% los sujetos que practican “slamsex”. Esta vía puede favorecer la aparición de una sintomatología psicótica inducida, como ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado e ideación suicida (Ballesteros-López et al., 2016). De la misma manera, existe una necesidad de volver a consumir en periodos de tiempo más cortos, en un intervalo de 15 a 20 inyecciones diarias (Ballesteros-López et al., 2016; Dolengevich-Segal et al., 2017). Por otro lado, la duración de los efectos está en torno a 1 o 2 horas (ViiV Healthcare, 2016).

Es una sustancia con efectos estimulantes y euforizantes (Fernández-Dávila, 2016; ViiV Healthcare, 2016), cuyos principales efectos son la intensificación de las sensaciones sexuales y el incremento de la duración en las sesiones de sexo (Ballesteros-López et al., 2016; Fernández-Dávila, 2016; McCall, Adams, Mason y Willis, 2015). Otros efectos que se pueden experimentar son el aumento de la sociabilidad, la desinhibición, la excitación sexual, la euforia y los sentimientos de empatía (Dolengevich-Segal et al., 2017). Sin embargo, los efectos adversos o complicaciones son taquicardia, hipertensión, parestesia, vómitos, fallo renal, hipertemia, convulsiones, distonías, toxicidad cardíaca y un aumento del riesgo de padecer psicosis (Ballesteros-López et al., 2016).

5.2. Metanfetamina

El consumo de metanfetamina cristalizada, también conocida como “tina”, “crystal meth” o “speed”, es habitual y está incrementando (Dolengevich-Segal et al., 2017). Es un estimulante muy potente que puede generar alta dependencia, y con un efecto parecido a la cocaína (ViiV Healthcare, 2016), aunque su duración es de 4 a 12 horas (Fernández-Dávila, 2016). Es utilizada porque facilita las prácticas sexuales de alto riesgo, como el “fisting” y el sexo en grupo (Lea et al.; como se citó en Ballesteros-López et al., 2016).

Los efectos que produce esta sustancia son diversos, como el aumento de la confianza sexual, la duración de las sesiones, la intimidad, la hiperexcitación sexual, la desinhibición y la disminución del apetito y el sueño (Dolengevich-Segal et al., 2017; Fernández-Dávila, 2016). Por el contrario, a largo plazo puede generar síntomas psicóticos, depresión, hipertensión, insomnio, un aumento de la agresividad e irritabilidad, generar toxicidad tanto a nivel hepático, renal y neurológico, entre otros (Dolengevich-Segal et al., 2017; ViiV Healthcare, 2016). De la misma manera, su consumo impacta en la vida cotidiana del usuario, de tal manera que ya no sólo se consume en contextos sexuales, sino que también se utiliza antes de ir a trabajar o para ir al gimnasio (Fernández-Dávila, 2016).

5.3. Gamma-hidroxibutirato/gamma-butirolactona (GHB/GBL)

El gamma-hidroxibutirato/gamma-butirolactona (GHB/GBL), también conocido como éxtasis líquido, es una droga depresora parecida al alcohol (ViiV Healthcare, 2016). La vía de administración habitual es de forma oral, diluyendo la sustancia en agua u otras bebidas (Ballesteros-López et al., 2016). Los efectos buscados al consumirla son la intensificación de los orgasmos, la desinhibición, la relajación del esfínter anal y la euforia, que es parecida a una borrachera (Chemsex.info, 2020; Dolengevich-Segal et al., 2017; ViiV Healthcare, 2016). Debido a la sedación que produce en el ano, favorece prácticas agresivas como el “fisting”.

Mientras que los efectos secundarios que encontramos son la inducción a un sueño profundo (pudiendo llegar al coma en dosis elevadas), la dependencia, la pérdida de control motor, las convulsiones, el delirium y síntomas psicóticos (Chemsex.info, 2020; Dolengevich-Segal et al., 2017; ViiV Healthcare, 2016). Además, las depresiones respiratorias por sobredosis pueden ser comunes, pudiendo derivar en pérdidas de conciencia, lagunas en la memoria y un riesgo de sufrir abusos sexuales (Bourne et al.; como se citó en Ballesteros-López et al., 2016).

5.4. Ketamina

La ketamina es un anestésico que deriva de la fenciclidina (Ballesteros-López et al., 2016). También se conoce con el nombre de keta, vitamina K y Special K. La vía de administración puede ser esnifada, oral u intramuscular. Y su duración se encuentra alrededor de las 2 o 3 horas (Chemsex.info, 2020; Dolengevich-Segal et al., 2017).

Entre los efectos más buscados cuando se consume esta sustancia son estimulación, relajación, empatía, mejora de la percepción. Mientras que entre las complicaciones que pueden

surgir son la alteración en la percepción, confusión, disociación, hepatotoxicidad y neurotoxicidad (Chemsex.info, 2020; Dolengevich-Segal et al., 2017), hipertensión, alteración de la atención y la memoria, y alucinaciones (Infodrogas.org, 2020).

5.5. Poppers

El popper es un vasodilatador que se administra de forma inhalada. La duración es corta, entre 1 y 2 minutos, lo que puede favorecer el consumo repetitivo. Los efectos producidos son euforia, deseo de socialización, excitación, aumento de potencia sexual y sensaciones placenteras. Mientras que, entre los efectos adversos puede haber una pérdida en la visión debido a la toxicidad producida en la retina, una falta de oxígeno, anemia, dolores de cabeza y vómitos (Chemsex.info, 2020; Gais Positius, 2020).

5.6. Alcohol

Es una sustancia líquida con efectos depresores sobre el sistema nervioso central, y que es administrada oralmente. Los efectos dependen de la cantidad que se consuma. En un principio, aparece la desinhibición que favorece las relaciones sociales. No obstante, a medida que se bebe más, la atención y la respuesta a estímulos externos disminuye, y se altera tanto el equilibrio como la coordinación. Genera mucha tolerancia y dependencia (Tu punto, 2020) si se abusa o su uso es crónico (Gais Positius, 2020).

En los casos más graves, puede producir daños orgánicos en el tracto digestivo, en el sistema neurológico, cardiovascular, u otros. Mientras que si se combina con otras drogas se pueden producir efectos muy perjudiciales (Tu punto, 2020). La mezcla más peligrosa sería el alcohol y el GHB (Coll y Fumaz, 2016; ViiV Healthcare, 2016).

Según el estudio realizado por Fernández-Dávila y Zaragoza (2011), el alcohol era una de las drogas más consumidas tanto por el grupo que tenía menos de 25 años, como aquel que era mayor. Y en la encuesta online europea para HSH (Folch et al., 2013), se halló que el 91,2% de los encuestados habían consumido alcohol en los últimos 12 meses.

6. RIESGOS ASOCIADOS AL CHEMSEX

6.1. Interacciones entre drogas

Como se ha expuesto previamente el policonsumo parecer ser cada vez más habitual, lo que puede generar la aparición de consecuencias dañinas para el organismo. Las interacciones que se producen entre las distintas sustancias psicoactivas consumidas suelen

aparecer “en cualquier momento del proceso de absorción y distribución, metabolismo o excreción” (ViiV Healthcare, 2016, p.7).

El mayor o menor riesgo que produce la interacción depende de las sustancias combinadas. Hay dos tipos de estupefacientes. Por un lado, las drogas estimulantes (cocaína, éxtasis, tina, mefedrona, MDMA, etc.) que generan un estado de mucha activación. Y, por otro lado, las drogas depresoras (GHB/GBL, ketamina, alcohol, heroína, cannabis, etc.) que producen efectos sedantes (Chemsex.info, 2020; ViiV Healthcare, 2016).

Si se consumen drogas estimulantes con otras sustancias del mismo tipo, los efectos se suman, generando un estado de sobreexcitación que influye en el ritmo cardíaco y en la presión arterial. Toda esta hiperactivación puede originar infartos cerebrales o cardíacos. En el caso de combinar varias sustancias depresoras, sus efectos también son aditivos, incrementando las probabilidades de entrar en un estado profundo de somnolencia, que puede derivar en una pérdida de consciencia y en el peor de los casos al coma. Por último, si se conjuntan sustancias estimulantes y depresoras se produciría una disminución de los propios efectos. Dicha circunstancia promueve que exista una sobredosis accidental, ya que la persona no experimenta las sensaciones que le deberían producir las drogas (Chemsex.info, 2020), y se administra más dosis. (ver anexo 2)

No obstante, es importante destacar que la interacción más grave entre drogas se produce entre el GHB/GBL y el alcohol (Coll y Fumaz, 2016). Dicha combinación puede generar graves dificultades para respirar e hipotensión (ViiV Healthcare, 2016), puesto que son ambas depresoras del sistema nervioso central (Coll y Fumaz, 2016). Por otro lado, cuando se consumen altas dosis de alcohol y cocaína hay una propensión a la acumulación de esas sustancias, generando toxicidad a nivel cardiovascular, que puede derivar en una muerte repentina (ViiV Healthcare, 2016).

6.2. Interacciones con el tratamiento antirretroviral (TAR)

La percepción de peligrosidad o riesgo cuando se consumen drogas ha disminuido debido a la aparición de tratamientos antirretrovirales (TAR), que mantienen el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) latente y sin capacidad de transmisión. De esta manera, se incrementan las prácticas sexuales de riesgo (Jacques et al., 2015).

Los riesgos a los que se pueden exponer las personas que tienen VIH y practican Chemsex, ya no solo son la infección por enfermedades de transmisión sexual (ETS), la intoxicación o la adicción. Además, nos encontramos con el riesgo de transmisión del VIH, de

producirse interacciones potencialmente graves con la medicación antirretroviral y de afectar a la adherencia al TAR (ViiV Healthcare, 2016). Como se expone en las XX Jornadas de Formación para ONGs (ViiV Healthcare, 2016), en una muestra de 100 sujetos de Barcelona que padecen VIH y que están tomando medicamentos antirretrovirales, se observó que cuando consumían drogas en un ambiente recreativo, se incrementaba la frecuencia de tener relaciones sexuales sin uso de preservativo. De la misma manera que disminuía la adherencia al TAR, y las interacciones entre sustancias se producían con mayor probabilidad. Por otro lado, en un estudio realizado por Hales et al. (como se citó en Redondo et al., 2018) se reseñaron casos de sujetos con VIH que fallecieron debido a la combinación de metanfetamina y ritonavir. Además, Fernández-Dávila (2017) explica que de los entrevistados que estaban en tratamiento antirretroviral confirmaron no saber exactamente la trascendencia de las interacciones entre los medicamentos y el consumo de drogas.

Cuando se consumen fármacos antirretrovirales y drogas se puede producir una acumulación de sustancias psicoactivas, que puede derivar en toxicidad; o, por otro lado, puede disminuir los efectos que provocan las drogas (ViiV Healthcare, 2016), y como consecuencia, un aumento de la dosis. Por ejemplo, fármacos antirretrovirales como el ritonavir y el cobicistat pueden generar un incremento de las concentraciones de metanfetamina, mefedrona, MDMA y GHB/GBL (Coll y Fumaz, 2016). (ver anexo 3)

Con respecto a la adherencia al TAR, los estudios son escasos (Coll y Fumaz, 2016). El estudio realizado por Moore et al. (como se citó en Coll y Fumaz, 2016) encontró que aquellos que padecían VIH y estaban diagnosticados por dependencia o abuso de sustancias a la metanfetamina, su adherencia al TAR era significativamente menor en comparación con la población que no es adicta. No obstante, también se observa que el consumo es descrito como esporádico y no existe tanta dependencia. Por ello, algunos autores destacan la importancia de estudiar mejor este tema (Coll y Fumaz, 2016).

Por último, en el estudio realizado por Losilla-Rodríguez et al. (2019) se observó que entre los participantes aquellos que tenían VIH+ han estado más tiempo practicando Chemsex, siendo las sesiones más duraderas que en el grupo con VIH-. Asimismo, las prácticas sexuales de riesgo, como el “bareback”, son practicadas por un 44,4% de sujetos con VIH+; y en el caso del “fisting” nos encontramos con un 30% (Losilla-Rodríguez et al., 2019).

6.3. Interacciones con fármacos para el tratamiento de la disfunción eréctil

La interacción entre antirretrovirales y medicamentos para tratar la disfunción eréctil es moderada (ViiV Healthcare, 2016). No obstante, aunque sea un riesgo moderado, el sildenafil, también conocido como Viagra, puede aumentar el riesgo de provocar efectos negativos relevantes (Coll y Fumaz, 2016). Por ejemplo, si se combina con poppers (nitritos/nitratos) se puede producir una hipotensión, que podría derivar en una situación grave como un paro cardíaco (Chemsex.info, 2020).

6.4. Riesgos derivados del consumo

Un factor relevante que influye en el incremento de los riesgos es el tiempo. Fernández (2016) afirma que “a mayor tiempo, mayor exposición a diversos riesgos o daños” (p.45). Cuanto más duran las relaciones sexuales, se incrementan ciertos riesgos, como heridas, sangrado, disminución de la utilización del preservativo y el consumo de diferentes drogas (Fernández-Dávila, 2016; ViiV Healthcare, 2016). Son diversos los problemas de salud que pueden manifestarse a corto, medio o largo plazo (Fernández-Dávila, 2017).

Con respecto a los riesgos físicos, el Chemsex supone un incremento del riesgo de infección por enfermedades de transmisión sexual (ETS) y problemas toxicológicos derivados del consumo de drogas (Redondo et al., 2018). Si las sesiones son muy duraderas puede ocasionarse una fractura del pene u otras heridas que aumentan la probabilidad de infecciones (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2016; Fernández-Dávila, 2017; Valencia et al., 2018), siendo el diagnóstico más frecuente la sífilis y la gonorrea (Fernández-Dávila, 2017). Asimismo, puede producirse una sobredosis o “chungos”, una pérdida de peso o deterioro físico y la pérdida de conciencia que coloca a la persona en una situación de vulnerabilidad respecto a la posibilidad de sufrir abusos o agresiones sexuales (Coll y Fumaz, 2016; Dolengevich-Segal et al., 2017; Fernández-Dávila, 2016). Además, si se practica “slamming” también aumenta el riesgo de transmisión de ITS al compartir material de inyección (Coll y Fumaz, 2016).

Entre los riesgos psicológicos, la práctica del Chemsex puede comprometer la salud mental (ViiV Healthcare, 2016), sobre todo por los efectos secundarios de las drogas. Se han encontrado desde diagnósticos leves de ansiedad, depresión y agitación, hasta cuadros más graves como un trastorno psicótico, inducido por sustancias (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2017; ViiV Healthcare, 2016). Por ejemplo, la mefedrona administrada por vía intravenosa puede predisponer a una sintomatología psicótica (Dolengevich-Segal et al., 2017). Además, puede aparecer ideación suicida, cansancio y fatiga, paranoias y alteraciones del

sueño (Valencia et al., 2018). Por otro lado, hay que destacar la adicción que pueden provocar las drogas, creando cuadros de abstinencia graves, sobre todo en el caso del GHB (Coll y Fumaz, 2016). Ya no sólo se genera una dependencia a dichas sustancias, sino también a la asociación psicológica que se construye entre el consumo y las relaciones sexuales.

Dolengevich-Segal, Rodríguez-Salgado, Gómez-Arnau, Rabito-Alcón y Correas-Lauffer (como se citó en Dolengevich-Segal et al., 2015) exponen que puede hablarse de una patología dual en el caso de sujetos que buscan consumir drogas teniendo previamente una psicopatología, o en aquellos individuos que tras consumir padecen ciertos síntomas psicopatológicos que pueden indicar una vulnerabilidad previa.

Por último, entre los riesgos relacionados con el entorno social, puede verse afectado el rendimiento laboral, el distanciamiento o pérdida del grupo de pares, la pérdida del trabajo o la vivienda, ser excluido de las fiestas si genera problemas y la pérdida de varios días productivos (Fernández-Dávila, 2017). Además, el consumo puede acabar formando parte de la vida cotidiana del sujeto (ViiV Healthcare, 2016). Aunque, parece que en la mayoría de los casos el uso de las drogas no es problemático, sino que la motivación es simplemente recreativa y sexual (ViiV Healthcare, 2016). En este caso no se consideraría problemático cuando el consumo es episódico o puntual, y su frecuencia es menor a la semanal (Fernández-Dávila, 2016).

7. MOTIVACIÓN

7.1. Motivos principales

El Chemsex es un fenómeno que emerge debido a factores sociales y culturales, como la cultura gay, la globalización, las nuevas tecnologías e Internet. El incremento del consumo de drogas entre el colectivo LGTB se sustenta bajo ciertas características asociadas a dicha cultura, por ejemplo, la permisividad y aceptación que existe en torno al consumo de sustancias (Fernández-Dávila, 2016) y la prioridad del placer sobre la salud (Jacques et al., 2015).

Las razones que favorecen la práctica del Chemsex se pueden dividir en dos ramas. Por un lado, aquellas relacionadas con la situación sexual. Y, por otro lado, aquellas que se asocian con circunstancias personales o la búsqueda de satisfacer determinadas necesidades psicosociales (Fernández-Dávila, 2017).

Las drogas permiten a aquellos que las consumen tener las relaciones sexuales que desean o, incluso, mejorarlas (Fernández-Dávila, 2017; Weatherburn et al., 2016). Aumentan la activación sexual o libido; potencian las sensaciones placenteras; incrementan la confianza

sexual, ya que desaparecen las dudas e inseguridades que muchas veces obstaculizan la satisfacción en las relaciones sexuales; permiten la desinhibición, que puede derivar en la realización de prácticas sexuales de riesgo que no se llevarían a cabo sin el consumo de drogas, como el “bareback”; incrementan la duración de las sesiones, una variable a la que se le da mucho valor; se experimenta una mayor intimidad y conexión con los demás; facilitan la aventura y la apertura a nuevas sensaciones (Fernández-Dávila, 2016; Fernández-Dávila, 2017; Weatherburn et al., 2016).

Entre las motivaciones que tienen un significado personal nos podemos encontrar las siguientes: luchar con situaciones difíciles que generan emociones intensas; estar viviendo una circunstancia psicológica íntima, como una baja autoestima; tener la necesidad de escapar o huir de problemas personales que provocan dolor emocional; conocer a otras personas para aumentar la red social (Fernández-Dávila, 2017).

En el caso de las fiestas de sexo, estos entornos ofrecen mucha variedad a la hora de experimentar las relaciones sexuales, puesto que hay prácticas que sólo se realizan en ese ambiente. Hay una mayor accesibilidad de hombres “guapos y musculosos”. Además, existe una mayor privacidad y se tiene acceso a las drogas de una manera más sencilla (Fernández-Dávila, 2017). Fernández Salinas (2007) manifiesta que una de las principales motivaciones por las que se frecuentan espacios de interés gay es la satisfacción sexual.

Con respecto al SIDA, el desarrollo de los tratamientos antirretrovirales han favorecido la disminución de la percepción de peligrosidad sobre la transmisión de ITS (Jacques et al., 2015). Y el VIH se ha transformado como en una enfermedad crónica que estigmatiza al colectivo HSH, lo que refuerza el consumo de drogas en este ambiente (Gaissad y Velter, 2019).

7.2. Significado de la sexualidad en el colectivo HSH

De la misma manera que el significado del género, tanto masculino como femenino, es una construcción social (González, 2001), la sexualidad también lo es (Moreno y Pichardo, 2006). En la sociedad de hoy en día el sexo no sólo tiene un fin de reproducción biológica, sino que también es placer (Moreno y Pichardo, 2006).

Moreno (2010) afirma:

Cuando un grupo social se experimenta a sí mismo como distinto a los demás, es decir, cuando requiere definirse con una identidad específica y separada de otras, siente al

mismo tiempo la necesidad de crear sus propios mecanismos de comprensión del mundo y aprehensión de sus propias interacciones. (p.3)

La cultura sexual del colectivo gay está constituida por códigos y símbolos, normas, valores y la utilización de un lenguaje específico para indicar qué preferencias sexuales tiene la persona. Uno de los valores es la importancia dada a la belleza y la juventud (Fernández-Dávila, 2016).

Asimismo, Fernández-Dávila (2016) indica una serie de características relacionadas con dicha cultura. En primer lugar, es “masculina”. Es decir, el sexo se experimenta según el significado que la sociedad ha dado al género. Existe la creencia de que los hombres son más activos sexualmente que las mujeres (Jacques et al., 2015), lo que puede explicar que los hombres homosexuales tiendan a tener un mayor número de parejas sexuales en comparación con los heterosexuales (Fernández-Dávila, 2016). En segundo lugar, es “sexualizada y falocéntrica” (Fernández-Dávila, 2016, p.51). El ambiente gay está muy sexualizado, por ejemplo, la publicidad muestra muchas imágenes con intención provocadora.

En tercer lugar, es “hedonista, centrada en la diversión y el placer” (Fernández-Dávila, 2016, p.51). En este caso existe una mayor tolerancia y permisividad con el consumo de drogas, puesto que se asocia con un tema “no-negativo” en el caso de que sea controlado. Además, se relaciona con la intensificación del placer sexual. Por último, las modas extranjeras parecen influir en todo este entorno. Algunas modas como el “bareback” se practicaban en otros países, y acabaron llegando a España. Ahora es el Chemsex el fenómeno que está extendiéndose.

Por último, Fernández-Dávila (2017) mencionó que, entre los entrevistados, el sexo era una parte importante en su vida. Algunos declararon que buscaban las relaciones sexuales casi de manera adictiva. Asimismo, los entrevistados del estudio de Jacques et al. (2015) manifestaron que se le daba mayor peso al placer que a la salud. Además, el uso de preservativo obstaculizaba la excitación sexual y las sensaciones placenteras. Incluso, algunos afirmaron que estar en una situación de posible riesgo les excitaba aún más.

8. PERFIL DE LA PERSONA

En torno al fenómeno del Chemsex, los perfiles que podemos encontrar son únicos, aunque se pueden encontrar algunos rasgos comunes. Fernández-Dávila (2016) establece tres categorías: aquellos individuos que utilizan drogas con regularidad o de vez en cuando y tienen una sensación de control sobre su consumo; aquellos que se percatan sobre la problemática porque perciben los efectos adversos sobre su salud y consideran necesaria una ayuda

profesional; y aquellos que tienen problemas con el consumo de drogas, pero no lo perciben como un obstáculo.

Con respecto a las características demográficas, se hallaron que son hombres que se identifican como homosexuales, con una edad media de 33 años, un nivel educativo alto y con empleo (ViiV Healthcare, 2016). En un estudio realizado por Valencia et al. (2018) un 65% de los participantes eran españoles, con una edad media de 32 años, un 60% tenían estudios universitarios y el 60% se reconocían como homosexuales. Además, el 41% tenía una pareja estable y el 39,5% tuvo relaciones sexuales fuera de la pareja.

Según Valencia et al. (2018):

Los hombres gais presentaron más conductas sexuales de riesgo, más parejas sexuales ocasionales, más relaciones sexuales fuera de la pareja estable, más ITS previas (sífilis y gonorrea) y referían menor frecuencia de uso del preservativo, en comparación a los hombres heterosexuales y bisexuales. (p.12)

En otra investigación realizada por Losilla-Rodríguez et al., (2019) se encontró que aquellos que padecían VIH positivo tenían una edad media de 40 años, un 50% con estudios universitarios, un 70% tenían empleo y el 66,7% estaba soltero. Además, se observa que la media de años que llevaban practicando Chemsex era 4 años, en comparación con aquellos que tenían VIH negativo y llevaban 1 año. Y el número de parejas sexuales era mayor en el grupo de hombres con VIH positivo.

Es importante destacar, como expone Fernández-Dávila (2016), que el perfil que consume drogas en mayor proporción son los hombres que padecen el VIH, siendo el policonsumo elevado. En España, los HSH son la población con mayor riesgo de infección por VIH u otras infecciones como la sífilis o la gonorrea (Jacques et al., 2015).

Semple, Strathdee, Zians, McQuaid y Patterson (como se citó en Coll y Fumaz, 2016) encontraron ciertos factores emocionales que favorecían el consumo de drogas, entre los que destacan: escasa asertividad a la hora de rechazar el consumo de drogas, una baja autoestima y una tendencia a la búsqueda de sensaciones en el ámbito sexual. Otra variable que puede influir es haber sido víctima de abusos sexuales infantiles.

9. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DESDE UNA COMPRESIÓN ECOLÓGICA

Es necesario estudiar los factores que están influyendo y favoreciendo que se practique Chemsex más frecuentemente entre el colectivo HSH (Fernández-Dávila, 2016). A partir de la teoría ecológica de Bronfenbrenner, se expondrán los diferentes niveles ecológicos (individuo, microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) en relación al Chemsex.

A nivel individual, entre los factores de riesgo que pueden predisponer a realizar Chemsex encontramos: ser mayor de 25 años, español o latinoamericano, identificarse como homosexual o bisexual, tener problemas relacionados con la salud mental (depresión, ansiedad), tener un diagnóstico de ITS, baja autoestima, poca asertividad, sentimientos de soledad, tener una personalidad tendente a la búsqueda de sensaciones y haber experimentado abusos sexuales infantiles (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2016; Pakianathan, Lee, Kelly y Hegazi, 2016). Es importante destacar la retroalimentación positiva que existe entre los problemas de salud mental y el consumo de drogas (Fernández-Dávila, 2016).

Con respecto al nivel microsistémico, los subniveles que interactúan directamente con el individuo son: zona de residencia, grupo de pares, eventos de ocio gay, tecnologías de la información y comunicación e Internet, pareja, trabajo y centros de salud. Se ha observado que las variables de riesgo que influyen en relación a estos subniveles son: habitar en grandes núcleos urbanos, la presión social o pertenecer a un grupo de amigos que realiza esta práctica, tener conexión con ambientes que practiquen Chemsex, la accesibilidad a drogas, el consumo de pornografía donde se mantienen relaciones sexuales y se consumen drogas, la utilización de aplicaciones geosociales, las relaciones sexuales no satisfactorias con la pareja, la situación de paro o desempleo y dedicarse al trabajo sexual (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2016; Soriano, 2017; Weatherburn et al., 2016).

Por otro lado, algunos factores de protección serían habitar en núcleos rurales y no estar en contacto con ambientes que realicen Chemsex, ser asertivo y rechazar el consumo de drogas, tener una buena red de apoyo social, buscar información sobre los riesgos que derivan del consumo de sustancias, tener proyectos de formar una familia, tener buena comunicación y estar satisfechos con la pareja en el ámbito sexual, tener un empleo estable, y tener accesibilidad a servicios donde puedan ser informados y atendidos, basados en el respeto, anonimato y confidencialidad.

A nivel de mesosistema, las interacciones más interesantes son las que existen entre los eventos de ocio gay y los centros de salud; y el individuo con los centros de salud. En primer lugar, conlleva un mayor riesgo cuando no existe colaboración y coordinación entre los locales de ocio gay y los centros de salud, puesto que no se implantan medidas de prevención o reducción de riesgos. Asimismo, el usuario puede sentirse rechazado o juzgado por los profesionales de la salud, disminuyendo la probabilidad de que solicite ayuda. Una buena comunicación, respeto y flexibilidad horaria para acceder a estos servicios favorecen la asistencia y protección frente a los riesgos (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2016; Fernández-Dávila, 2017; ViiV Healthcare, 2016).

En lo que respecta al exosistema, la cultura sexual gay se caracteriza por ser permisiva con el consumo y dar prioridad al placer por encima de la salud (hedonismo) (Fernández-Dávila, 2016; Jacques et al., 2015), lo que favorece la práctica del Chemsex.

Por último, hay que destacar que, desde el punto de vista macrosistémico, la crisis económica puede influir negativamente debido a la situación de desempleo o mucho estrés laboral que deriva en la necesidad de buscar ocio y sensaciones placenteras para desconectar. Asimismo, influye la estigmatización y homofobia (Gaissad y Velter, 2019), y el turismo sexual al extenderse “modas” (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2016).

Todos estos factores pueden aumentar o disminuir el riesgo de consumir drogas mientras se mantienen relaciones sexuales. Además, de una forma más visual se puede observar la tabla del anexo 4.

10. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

10.1. Recursos y medidas actuales

Para abordar el Chemsex correctamente en primer lugar habría que entender los aspectos socioculturales que han favorecido la manifestación de este fenómeno y las necesidades de los usuarios que lo practican (Fernández-Dávila, 2017). Al ser un fenómeno sociocultural es conveniente que se base en una perspectiva multidisciplinar y no parcial. Por lo tanto, a parte del punto de vista de diferentes profesionales, también la mirada del colectivo debe incluirse en el diseño de una investigación o intervención (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2018).

Se hacen cada vez más necesarios los estudios epidemiológicos que valoren cómo se está desarrollando el Chemsex en España, con respecto al consumo de determinadas sustancias y las consecuencias que pueden aparecer (Dolengevich-Segal et al., 2017), para así poder

diseñar programas que fomenten la salud y prevengan los riesgos (Losilla-Rodríguez et al, 2019). Además, para poder realizar una intervención eficaz es necesario comprender las necesidades y el significado que tiene el consumo de drogas para este colectivo (Fernández-Dávila, 2016). Por lo tanto, es imprescindible la elaboración de investigaciones que recojan la mayor cantidad de información sobre: las sustancias consumidas, la vía de administración, la cantidad de personas que realizan Chemsex, el perfil del usuario, las necesidades subyacentes, los riesgos que surgen y cómo ha evolucionado (ViiV Healthcare, 2016).

En este caso la prevención será fundamental. Y algunas organizaciones como Stop Sida, Apoyo Positivo, Gais Positius, Energy Control y la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), han desarrollado diferentes medidas para actuar sobre este fenómeno. Por ejemplo, Stop Sida está formado por un equipo de educadores que tienen una formación especializada en drogas y sexo. Tienen seis lugares de atención continuada donde realizan una atención personalizada e individual y se reparte material preventivo. Además, crearon el proyecto “Chemsex Support” con el objetivo de prevenir y tratar el consumo de estupefacientes que se asocian al sexo. Es gratuito, confidencial y anónimo, y valora las necesidades de cada persona (ViiV Healthcare, 2016).

Apoyo Positivo también desarrollo un proyecto, denominado “Chemsex”, con el propósito de ofrecer un servicio de atención a los usuarios de Chemsex “a nivel de salud, reducción de riesgos, educación, con acceso inmediato a tratamientos biomédicos y psicosociales necesarios” (ViiV Healthcare, 2016, p.19).

Asimismo, es importante presentar una formación especializada a los profesionales que trabajan en centros de ITS, en centros de atención a drogodependencias, a los equipos de investigación y las ONG (Coll y Fumaz, 2016; Fernández-Dávila, 2016). Por ejemplo, el documento Novel Psychoactive Treatment UK Network [NEPTUNE] (Abdulrahim, D., Whiteley, C., Moncrieff, M. y Bowden-Jones, O., 2016), es una herramienta creada en Reino Unido para enseñar cómo se puede manejar los contratiempos derivados del consumo.

Muchos individuos que practican Chemsex no están en contacto con servicios de salud, a no ser que presenten alguna ITS, hayan experimentado una sobredosis o intoxicación, o tengan que realizar un control rutinario del VIH para poder recibir profilaxis post-exposición (PEP) (Coll y Fumaz, 2016). Cuando se preguntan a los usuarios qué les gustaría obtener de los centros a los que pueden asistir, éstos solicitan que los centros de drogas tengan recursos como información, atención psicológica, servicios para evaluar la calidad de las diferentes

drogas y para atender casos de sobredosis. Mientras que en el caso de centros dirigidos específicamente a usuarios de Chemsex, demandan que sea un servicio anónimo, confidencial, respetuoso, con horarios flexibles y donde el consumo de drogas no tenga una connotación negativa y de rechazo (Fernández-Dávila, 2017). Asimismo, prefieren aquellos servicios asociados a una organización LGTBI, ya que se sienten más cómodos y comprendidos que en los servicios tradicionales de salud (Fernández-Dávila, 2017).

En ViiV Healthcare (2016) se exponen algunas medidas basadas en la acción social para mejorar la intervención: incentivar las ONG y dispensarles recursos eficaces; impulsar la respuesta de la comunidad, teniendo en cuenta que cada ciudad es distinta; desarrollar la recogida de información y la coordinación con los servicios europeos, con el objetivo de monitorizar las tendencias de este fenómeno y compartir modelos de intervención que sean eficaces; crear planteamientos que estén basados en soluciones y promover la participación social y comunitaria.

10.2. Enfoque de reducción de riesgos

La actuación sobre el Chemsex también debe ser desde “una perspectiva de salud integral, bienestar y de reducción de riesgos” (Fernández-Dávila, 2017, p.17). Uno de los enfoques donde se debe trabajar principalmente es precisamente en la reducción de riesgos, tanto en el entorno sexual como en el consumo de drogas, pues ha demostrado ser el más efectivo (ViiV Healthcare, 2016). Como afirma Fernández-Dávila (2017) para disminuir los daños en la salud, tanto física como mental, “se necesita urgentemente desarrollar programas de reducción de riesgos en Chemsex” (p.17). En la mayoría de las situaciones la persona no quiere cambiar su conducta, sino que decide realizar esas prácticas como modo de vida (Coll y Fumaz, 2016).

De esta manera conviene impulsar una educación sobre las relaciones sexuales, las relaciones afectivas y los riesgos derivados del consumo de drogas (ViiV Healthcare, 2016). De esta manera, elaborar material informativo sobre el Chemsex puede favorecer un consumo responsable (Fernández-Dávila, 2016). Podemos encontrar recursos online como www.navegaseguro.es y www.gaispositius.org/es, que muestran información sobre cómo consumir drogas cuando se mantienen relaciones sexuales y los efectos que pueden producirse. Infodrogas-vih es otro portal web donde se pueden buscar los riesgos sobre las interacciones que pueden producirse entre los fármacos antirretrovirales y las sustancias consumidas (ViiV Healthcare, 2016).

Otras medidas podrían consistir en la implicación de los propietarios de los locales de ocio gay para tratar este tema, por ejemplo, ofreciendo información orientada a reducir riesgos. Además, que puedan acudir “educadores de pares”, que son también usuarios de Chemsex que asisten a estos eventos y ayudan o promueven la prevención de riesgos a través de un uso responsable de las drogas (Coll y Fumaz, 2016). O incluso repartir material preventivo e información sobre prevención de riesgos en los lugares donde se realiza Chemsex. Por ejemplo, en el “Circuit International Gay & Lesbian Event” de Barcelona en 2009 se realizó esta medida (ViiV Healthcare, 2016).

Por otro lado, algunos estudios afirman que el uso de profilaxis pre-exposición (PrEP) podría ser una forma más eficaz para reducir el riesgo de transmisión del VIH que la profilaxis post-exposición (PEP) (Coll y Fumaz, 2016).

Con respecto a las intervenciones conductuales, parece que algunas muestran cierta eficacia para reducir el consumo entre aquellos que lo perciben como problemático. La intervención se puede realizar tanto a nivel grupal, empleando la teoría cognitivo-social o la teoría del empoderamiento, como a nivel individual, con una entrevista motivacional o el counseling cognitivo personalizado. Aunque estas intervenciones se mostraban eficaces cuando era el paciente el que solicitaba ayuda sobre su consumo (Fernández-Dávila, 2016).

11. DISCUSIÓN

Todavía no se ha construido una definición universal sobre el Chemsex, sino que cada profesional o autor realiza una descripción propia. Al ser un fenómeno emergente cuya investigación es escasa en España, investigaciones nacionales han recogido definiciones de otros países sin tener en cuenta que cada cultura y sociedad es diferente y, por lo tanto, las características, el perfil del usuario, las necesidades subyacentes y otras variables no se pueden generalizar a otros contextos (Fernández-Dávila, 2018).

Por ejemplo, Fernández-Dávila (2016) especifica aquellas características que no se relacionan directamente con los sucesos en España. En primer lugar, desmiente las afirmaciones que manifiestan que el ChemSex es un fenómeno reciente, defendiendo que en el colectivo gay la utilización de drogas en las relaciones sexuales ha estado presente en el pasado. En segundo lugar, este fenómeno no sólo acontece en fiestas privadas, sino que, por ejemplo, las saunas también son un lugar de encuentro. En tercer lugar, en las fiestas privadas se pueden encontrar diferentes formas de tener sexo, ya sea en grupo, en parejas o en tríos. No hay una

única manera. Y, por último, explica que el uso de apps no es totalmente necesario para acudir a una fiesta de sexo, sino que pueden ser invitados por personas conocidas en otras fiestas.

Es interesante destacar la influencia extranjera en la expansión de este fenómeno debido al turismo sexual y a la globalización con el uso de las nuevas tecnologías. Aunque ya no sólo contribuye el turismo o la globalización, sino la pornografía que puede consumirse desde un dispositivo móvil al alcance de la mano. De esta manera, ¿se puede considerar el Chemsex como una moda episódica o una práctica que se hará cada vez más habitual?

De momento no se conoce las dimensiones reales que tiene el Chemsex en España, debido a la poca investigación que existe. La mayor cantidad de documentación que podemos encontrar sobre este fenómeno es en Reino Unido. Además, algunos estudios tienen limitaciones, como el de Ballesteros-López et al. (2016), que tiene una muestra reducida de 22 participantes. Y todos los sujetos han tenido un problema de abuso de la mefedrona, lo que no sería representativo de la población que practica Chemsex.

Además, existen incoherencias entre los resultados de diferentes estudios que exponen el tipo de sustancias más consumidas en este entorno. El estudio EMIS (como se citó en ViiV Healthcare, 2016) concluyó que las drogas mayormente utilizadas fueron “el cannabis (30,1%), el popper (28,4%), la cocaína (18,7%) y el éxtasis (10,1%)” (pp. 3-4). Mientras que el estudio de Valencia et al. (2019) se observa que el cannabis (55%) es la droga más prevalente, seguido del popper (52%), la cocaína (31%), el GHB (18%) y la mefedrona (12%), siendo la metanfetamina (6%) de las últimas sustancias psicoactivas que se consumen. Y, por último, Villegas (como se citó en ViiV Healthcare, 2016) no recoge el cannabis como una de las sustancias más consumidas.

Un punto importante es que en el colectivo de HSH hay una mayor prevalencia de la práctica de Chemsex (Dolengevich et al., 2017), y donde se ha observado una mayor proporción de diagnósticos de VIH (42%) en Europa en 2013 (Cornejo et al.; como se citó en Dolengevich-Segal et al., 2017). Existe un foco de riesgo entre este colectivo debido a la relación que se ha encontrado entre el consumo de drogas y la disminución del uso del preservativo, lo que favorece la transmisión de ITS. Los HSH son un colectivo con altas tasas de problemas psicosociales, como la estigmatización social, la depresión, el uso de drogas, la ansiedad, la violencia sexual, entre otros. Son factores que engloban una sindemia que puede aumentar el riesgo de infección por el VIH (Fernández, 2015), al llevar a cabo conductas de riesgo. Asimismo, algunas prácticas sexuales como el “bareback” y el “fisting” que pueden

fomentar dichas infecciones, al producirse heridas. E, incluso, si se comparten jeringuillas cuando se inyecta droga por vía intravenosa (“slamming”). Además, el riesgo ya no sólo se produce a nivel de salud pública, sino que el consumo de drogas perjudica a la persona directamente, tanto a nivel físico, psicológico y social.

Por ello, es importante intervenir desde una perspectiva preventiva y de reducción de riesgos en casos en los que la persona no perciba su consumo como problemático (Fernández-Dávila, 2017) y quiera seguir realizando Chemsex. No obstante, podría necesitar ayuda para no perder el control respecto al consumo, con campañas de información o acceso a servicios de salud que ofrezcan apoyo e información. Mientras que, si la necesidad del sujeto es detener los hábitos de consumo y la práctica, es conveniente desarrollar una intervención dirigida a romper la asociación entre sexualidad y el uso de drogas, principalmente. Asimismo, en todo momento escuchar qué necesidades subyacentes pueden estar sosteniendo la realización del Chemsex.

En investigaciones futuras sería interesante estudiar de manera más exhaustiva cómo se está desarrollando el Chemsex en España para observar de una manera más precisa y real la dimensión del fenómeno. Y qué necesidades psicológicas o factores favorecen el aumento de esta práctica. Asimismo, hasta qué punto puede influir el consumo de pornografía que muestra a hombres teniendo sexo bajo los efectos de ciertas drogas, en el aumento de estas conductas.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulrahim, D., Whiteley, C., Moncrieff, M. y Bowden-Jones, O. (2016). *Club Drug Use Among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People*. Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE). London. Recuperado de: <http://neptune-clinical-guidance.co.uk/wp-content/uploads/2016/02/neptune-club-drug-use-among-lgbt-people.pdf>
- Ballesteros-López, J., Molina-Prado, R., Rodríguez-Salgado, B., Martín-Herrero, J.L. y Dolengevic h-Segal, H. (2016). Mefedrona y chemsex. Análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(4), 47-61. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6010134>
- Chemsex.info (2020). ¿Quieres cambiar algo en tu consumo? Recuperado de: <https://chemsex.info/>
- Coll, J. y Fumaz, C.R. (2016). Drogas recreativas y sexo con hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Revista de Enfermedades Emergentes*, 15(2), 77-84. Recuperado de http://enfermedadesemergentes.com/resumen.php?id_articulo=42
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Ballesteros-López, J. y Molina-Prado, R. (2017). Chemsex. Un fenómeno emergente. *Adicciones*, 29(3), 207-209. doi: 10.20882/adicciones.894
- Dolengevich-Segal, H., Rodríguez Salgado, B., Gómez-Arnau Ramírez, J. y Sánchez-Mateos, D. (2015). Nuevas Drogas Psicoactivas. *Adicciones*, 27(3), 231-232. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289142513008.pdf>
- Fernández-Dávila, P. (2016). “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*, 4(7), 41-65. Recuperado de <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/sesion-de-sexo-morbo-y-vicio-una-aproximacion-holistica-para-entender-la-aparicion-del-fenomeno-chemsex-entre-hombres-gais-bisexuales-y-otros-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres-en-espana/>

- Fernández Dávila, P. (2015). ¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón?. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 1(6), 25-33. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5360082>
- Fernández-Dávila, P. (2017) Consumo de drogas y su relación con el sexo: escuchando las voces de un grupo de hombres gais y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex (resumen ejecutivo). Barcelona: Stop Sida, CEEIS-CAT y Subdirección General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya. Recuperado de: <https://stopsida.org/informes-o-reportes-tecnicos/>
- Fernández-Dávila, P. (2018). Chemsex en España: Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. *Revista multidisciplinar del Sida*, 6(13), 58-62. Recuperado de <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/chemsex-en-espana-reflexiones-sobre-buena-praxis-y-lecciones-aprendidas/>
- Fernández-Dávila, P. y Zaragoza Lorca, K. (2011). Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH?. *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 372-378. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.05.012
- Fernández Salinas, V. (2007). Comunidad gay y espacio en España. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 43, 241-260. Recuperado de: <https://idus.us.es/handle/11441/67323;jsessionid=492F69ABE6DA68DC553F2BF4379F80DA>
- Folch, C., Ferrer, L., Casabona, J., Fernández-Dávila, P., Soriano, R. y Díez, M. (2013) Encuesta on-line europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf>
- Gaissad, L. y Velter, A. (2019). Drogue et sexualité gay sous influence: “Quand on prend ça, c’est fait pour”. *Sexologies*, 28, 128-134. Doi: 10.1016/j.sexol.2019.06.007
- Gais Positius (2020). Inicio. Recuperado de: <http://gaispositius.org/es/>
- González Pérez, C.O. (2001). La identidad gay: una identidad en tensión. Una forma para comprender el mundo de los homosexuales. *Desacatos*, (6), 97-110. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2001000100005

- Infodrogas (2020). Información y prevención sobre drogas. Recuperado de: <https://www.infodrogas.org/>
- Jacques Aviñó, C., García de Olalla, P., Díez, E., Martín, S. y Caylá, J.A. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 252-257. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.03.002
- Losilla-Rodríguez, B., López-Zúñiga, M.A., Espadafor-López, B. y López-Ruz, M.A. (2019). Estudio del ChemSex en los pacientes homosexuales VIH positivo y negativo. *Actualidad Médica*, 104(806), 24-30. doi: 10.15568/am.2019.806.or04
- McCall, H., Adams, N., Mason, D. y Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter?. *British Medical Journal*, 351, 1-2. doi: 10.1136/bmj.h5790
- Moreno Esparza, H. (2010, 01 de agosto). La construcción cultural de la homosexualidad. *Revista Digital Universitaria*, 11(8), 1-9. Recuperado de: <http://www.ru.tic.unam.mx/handle/123456789/1646>
- Pakianathan, M.R., Lee, M.J., Kelly, B. y Hegazi, A. (2016). How to asses gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. *Sexually Transmitted Infections*, 92, 568-570. doi: 10.1136/sextrans-2015-052405
- Sánchez, A.M. y Galán, J.I.P. (2006). Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre género y sexualidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 143-156. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1704221>
- Soriano Ocón, R. (2017). El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 5(11), 8-20. Recuperado de: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD43431.pdf>
- Tu punto (2020). Info sobre Drogas y adicciones sin sustancia para universitarios. Recuperado de: <https://www.tupunto.org/>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2015). *Informe mundial sobre las drogas (resumen ejecutivo)*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Valencia, J., Gutiérrez, J., Troya, J., González-Baeza, A., Dolengevich, H., Cuevas, G. y Ryan, P. (2018). Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: datos desde un screening comunitario de VIH. *Revista Multidisciplinar del sida*, 6(13),

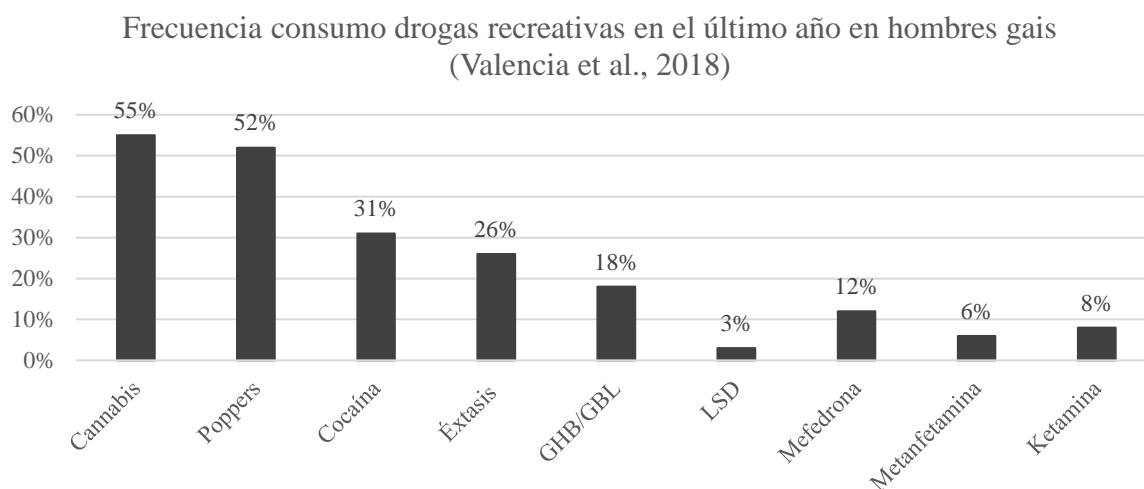
7-19. Recuperado de <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/consumo-de-drogas-recreativas-y-sexualizadas-en-varones-seronegativos-datos-desde-un-screening-comunitario-de-vih/>

ViiV Healthcare (2016). Monográfico de ChemSex. *XX Jornadas de Formación para ONGs*. 1-28. Recuperado de <https://www.chem-safe.org/wp-content/uploads/2016/12/articulo1.pdf>

Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S. y Bourne, A. (2016). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 0,1-4. doi: 10.1136/sextrans-2016-052695

13. ANEXOS

Anexo 1. Gráfico



Anexo 2. Tabla 1

Tabla 1

Interacciones entre drogas y sus efectos

Interacción A	Interacción B	Efectos
Droga estimulante	Droga estimulante	Hiperactivación. Riesgo de infarto cardíaco o cerebral.
Droga estimulante	Droga depresora	Disminución de los efectos. Riesgo de sobredosis accidental.
Droga depresora	Droga depresora	Dificultades respiración e hipotensión.

Tabla elaborada a partir de la información obtenida en <https://chemsex.info/>

Anexo 3. Tabla 2

Tabla 2

Nivel de riesgo de interacción con TAR (bajo, medio, elevado)

Drogas	Fármacos antirretrovirales			
	Ritonavir	Cobicistat	Neviparina	Efavirenz
Metanfetamina	Medio	Medio	Bajo	Bajo
GHB/GBL	Medio	Medio	Bajo	Bajo
Ketamina	Medio	Medio	Medio	Medio
Alcohol	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Cocaína	Medio	Medio	Medio	Medio
MDMA	Medio	Medio	Bajo	Bajo

Información obtenida de <https://infodrogas-vih.org/>

Anexo 4. Tabla 3

Tabla 3

Comprensión ecológica del Chemsex a partir de la teoría de Bronfenbrenner

NIVELES ECOLÓGICOS	SUBNIVELES	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	Individuo	25 años o más	Ser joven
		Identificarse como homosexual o bisexual	
		Español o latinoamericano	
		Diagnóstico ITS	
		Salud mental (depresión, ansiedad)	
		Necesidades no-sexuales (soledad, baja autoestima, sentimiento de no valía personal, ...)	
		Poca asertividad	
		Haber sido abusado sexualmente en la infancia	
Microsistema			
	Zona de residencia	Vivir en núcleos urbanos	No vivir en núcleos urbanos
	Grupo de pares	Presión de grupo	Resistir a la presión de grupo y saber decir “no”
		Necesidad de pertenencia a un grupo	Tener buena red de apoyo

	Grupo de amigos que realiza Chemsex	
Eventos de ocio gay	Tener conexión con este ambiente y asistir a fiestas de sexo Accesibilidad a drogas	
Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) e Internet	Consumir pornografía donde se practica Chemsex o “slamsex” Utilizar aplicaciones geosociales Entrar en portales de contacto gay	Buscar información sobre los riesgos del consumo de drogas
Pareja	Relaciones sexuales no satisfactorias Utilización obligatoria de preservativos Tener relaciones sexuales fuera de la pareja	Proyectos de formar una familia Satisfacción y buena comunicación
Trabajo	Situación de paro o desempleo Dedicarse al trabajo sexual	Tener un empleo estable No tener poder adquisitivo suficientemente alto
Centros de salud	Estigmatización y rechazo Incomprensión	Accesibilidad a servicios donde puedan ser

			informados y atendidos Formación profesionales Respeto, anonimato y confidencialidad Flexibilidad horaria
Mesosistema	Eventos ocio gay – centros de salud	No colaboración y coordinación para la prevención	Que se comprometan con la reducción y prevención de riesgos
	Individuo – Centros de salud	Sentimiento de rechazo y juicio negativo de los profesionales de la salud	Respeto, anonimato, confidencialidad Flexibilidad horaria Buena comunicación
Exosistema	Cultura sexual gay	Permisividad sobre el consumo Hedonismo: prioridad del placer por encima de la salud	Apoyo entre el colectivo
Macrosistema	Crisis económica	Situación de paro o desempleo	
	Sociedad	Estigmatización Homofobia	

Turismo sexual Influencia extranjera

Modas

Elaboración propia de las diferentes fuentes recogidas.