

RECOMENDACIONES DE EXPERTOS
para la mejora del manejo del
abordaje integral del fenómeno
del *chemsex* en España



Cátedra extraordinaria de
SALUD, CRECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD
MSD – UIMP

Miembros del Think Tank sobre el manejo de la práctica del Chemsex organizado por la Cátedra Extraordinaria de Salud, Crecimiento y Sostenibilidad MSD-UIMP

Comité Editor

Ignacio Pérez Valero (coordinador)
 Carlos Iniesta Mármol
 Alicia González Baeza
 María José Belza Egozcue
 Jorge Garrido Fuentes
 Javier Curto Ramos

Comité Asesor

José Luis Blanco (coordinador)
 Joan Colom Farran
 Juan Sebastián Hernández
 Mónica Morán Arribas
 Santiago Moreno Guillén
 José Antonio Pérez Molina
 Raúl Soriano Ocón
 César Nombela Cano

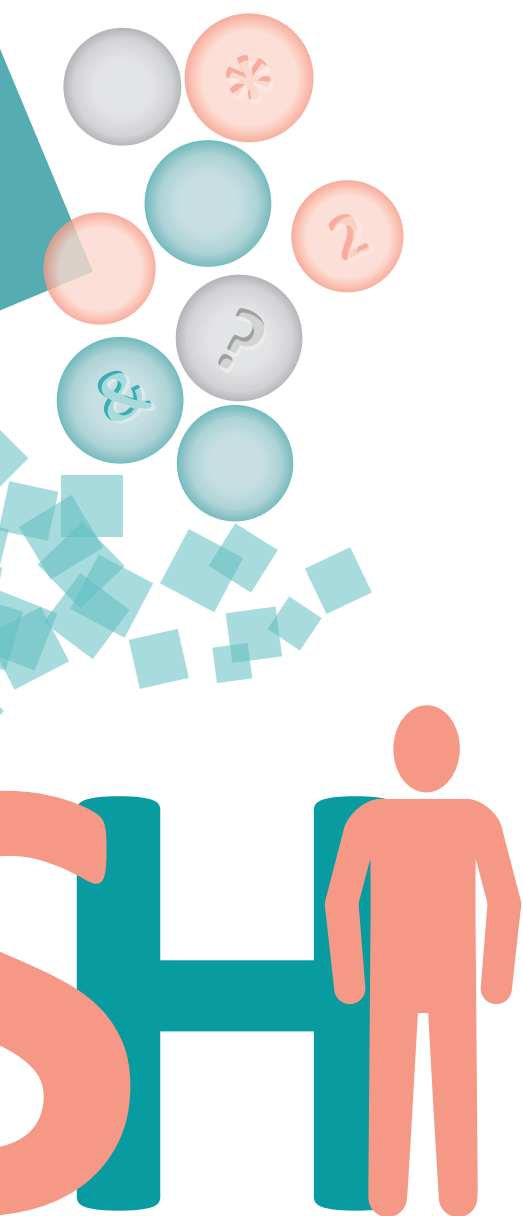
ISBN: 978-84-09-21249-1

Índice

Introducción	3
¿Qué es el <i>chemsex</i> y por qué requiere un abordaje específico?	4
Magnitud del fenómeno	6
Relevancia del fenómeno	9
Estrategias de promoción de la salud, educación para la salud y apoyo psicosocial	11
- Situación actual - Propuestas de mejora planteadas - Recomendaciones de buenas prácticas	
Recursos asistenciales públicos	14
- Situación actual - Propuestas de mejora planteadas - Recomendaciones de buenas prácticas	
Recursos asistenciales comunitarios	18
- Situación actual - Propuestas de mejora planteadas - Recomendaciones de buenas prácticas	
Glosario	20
Bibliografía	21



Introducción



Dentro del colectivo de hombres gais, bisexuales y otros HSH (hombres que tienen sexo con hombres) se ha popularizado el consumo de algunas sustancias psicoactivas como, entre otras, GHB/GBL, cocaína, mefedrona, o metanfetamina, en contextos sexuales. Durante el último lustro, este fenómeno conocido en ámbitos profesionales como *chemsex*, se ha convertido en un problema de salud pública en varias ciudades de nuestro país, por las consecuencias para la salud derivadas del consumo y de las prácticas sexuales de riesgo.

Dada las características del fenómeno y sus diferencias con otros relacionados con el consumo de drogas vividos en nuestro país, como la epidemia de heroína que sufrimos en los años 80, se ha promovido desde la Cátedra Extraordinaria de Salud, Crecimiento y Sostenibilidad MSD-UIMP un *think tank* que aborde la problemática de su manejo desde las instituciones públicas y las organizaciones comunitarias relacionadas con las respuestas asistenciales, la salud pública y la promoción de la salud. El panel de este *think tank* ha estado conformado por un grupo multidisciplinar de profesionales expertos en la problemática del *chemsex* desde los ámbitos competenciales de la medicina, la psicología, el trabajo social, la educación y la salud pública y próximos a la realidad de los usuarios de *chemsex* y las comunidades afectadas.

El presente documento recoge las recomendaciones de consenso a las que hemos llegado los miembros del panel de expertos que hemos integrado este *think tank* durante las diferentes reuniones del grupo. Las recomendaciones aquí recogidas son aquellas que han contado con la opinión favorable de todos los miembros del panel o de una mayoría cualificada, estuviesen o no respaldadas por evidencia científica. Por este motivo, nuestro documento debe entenderse como un consenso de buenas prácticas y no como una guía de práctica clínica.

¿QUÉ ES EL *CHEMSEX* Y POR QUÉ REQUIERE UN ABORDAJE ESPECÍFICO?



El término de origen anglosajón *chemsex* surge de la unión de las palabras **chem** (eufemismo de drogas) y sexo. Durante los últimos años este vocablo se ha popularizado en determinados ámbitos profesionales y mediáticos a nivel internacional, produciéndose numerosas discusiones sobre cómo definirlo, en qué grupos de población se practica, y qué tipo de sustancias se utilizan en el mismo.

A través de los documentos de posicionamiento de los organizadores y participantes del *European Chemsex Forum* se sostiene que “no todo uso sexualizado de sustancias es *chemsex*” [1]. Cada vez existe más consenso internacional en acotar este fenómeno como un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, que se da entre hombres gais, bisexuales y otros HSH. También parecen participar en él otras personas vinculadas a la cultura gay del “sexo sin compromiso”, como personas trans y no binarias [1].

Algunas definiciones resaltan el momento en que se toman las sustancias, “sexo entre hombres que ocurre bajo la influencia de drogas tomadas previamente y/o durante un encuentro sexual” [2]. O bien señalan la intencionalidad y ponen el énfasis en su duración: “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)” [3], siendo el tiempo un elemento relevante en este fenómeno, dado que a mayor duración puede darse también una “mayor exposición a diversos riesgos o daños” [3].

El uso de aplicaciones de contactos gais basadas en la geolocalización ha sido descrito como uno de los facilitadores del fenómeno del *chemsex* [4]. En los perfiles de los usuarios de estas aplicaciones pueden verse los términos de argot más comunes, que en el caso de España incluyen expresiones como: *sesión*, *colocón*, *vicio*, *chill*, *chems*, *chuches* y *dulces*. Aparecen igualmente muchas referencias de argot a las sustancias más habitualmente utilizadas: *mefe* (mefedrona), *G* (GHB), *tina* (metanfetamina), *tema* (cocaína), *keta* (ketamina), *perfume* (Pop-

El término de origen anglosajón *chemsex* surge de la unión de las palabras **chem** (eufemismo de drogas) y sexo

per), *azules* (Viagra) etc. [4]. Por su parte, el consumo vía inyectada es conocido como *slam* o *slamming*.

El *chemsex* es un fenómeno cultural, mayormente urbano y sumamente dinámico, cuya expresión,

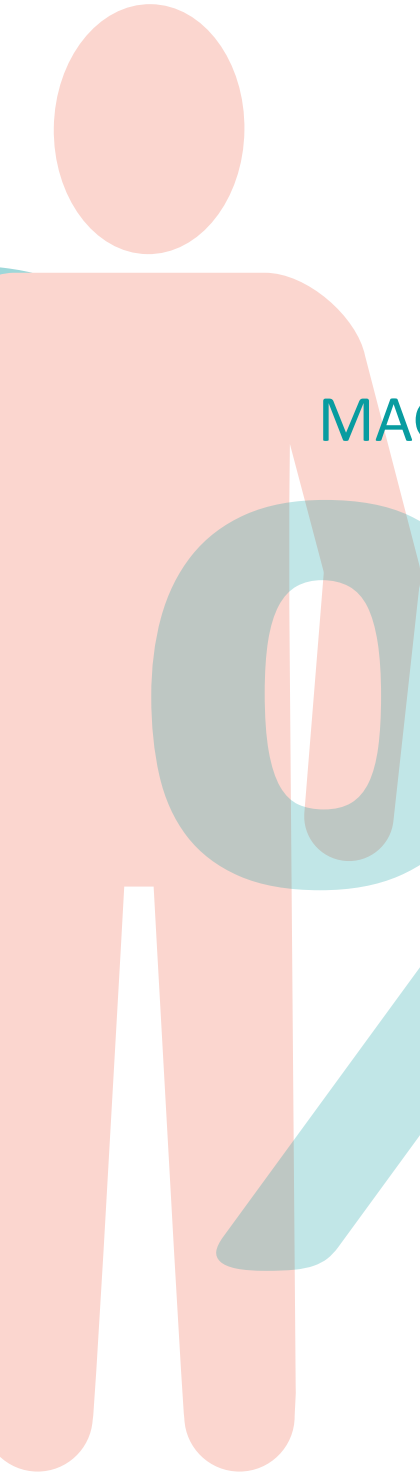
sustancias de elección, jerga etc. evolucionan en cada ciudad y cambian a lo largo del tiempo, pudiendo registrarse determinadas variaciones a nivel local [4]. Se encuentra intrínsecamente vinculado a la cultura sexual gay y a la cultura del ocio en esta comunidad, parte del cual se encuentra hipersexualizado. Generalmente se practica en pisos particulares, pero también se da en locales de ambiente gay como saunas, clubs de sexo, cuartos oscuros o *play room* de festivales gais y en zonas de *cruising*, hoteles, etc.

Aunque normalmente el *chemsex* aparece asociado al sexo en grupo, también hay consumidores que lo practican con su pareja, y otros que dicen estar “de sesión” en su habitación (por ejemplo, cuando comparten piso), invitando a sucesivas parejas sexuales a lo largo de un día, de uno en uno, de manera secuencial. También se ha observado su práctica en solitario, visionando pornografía, realizando videollamadas sexuales con otros usuarios, o intercambiando fotos o vídeos sexuales con otros (antes de quedar, o en el lapso entre diferentes encuentros, o simplemente en soledad).

El fenómeno del *chemsex* se ha asociado a diferentes tipos de problemáticas, como son las adicciones a sustancias, las infecciones de transmisión sexual, los problemas de salud mental, produciéndose impac-

tos en la salud física, psicológica y social. El abordaje de éste requiere una nueva mirada multidisciplinar, con la implicación de diferentes perfiles profesionales y recursos -públicos, privados y comunitarios-, y que contemple las razones que llevan a la práctica de *chemsex* y no solo aborde sus consecuencias, y que considere los elementos que suponen un factor de vulnerabilidad. Las experiencias de abordaje observadas en varios países, basadas en la colaboración de instituciones públicas y organizaciones comunitarias, han demostrado ser una alternativa efectiva para la atención a los usuarios, además de ser una fórmula bien valorada por los mismos. ■

Se encuentra intrínsecamente vinculado a la cultura sexual gay y a la cultura del ocio en esta comunidad, parte del cual se encuentra hipersexualizado



MAGNITUD DEL FENÓMENO

0%

Dada la complejidad del fenómeno, una dificultad a la hora de estudiar la prevalencia de la práctica de *chemsex* o sus consecuencias es la heterogeneidad de definiciones empleadas. Desde que, en 2012, se publicase en Londres al aumento del uso sexualizado de drogas en el servicio *Antidote*, diferentes estudios han intentado determinar la magnitud de esta práctica con diferentes concepciones de *chemsex*, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de leer los datos.

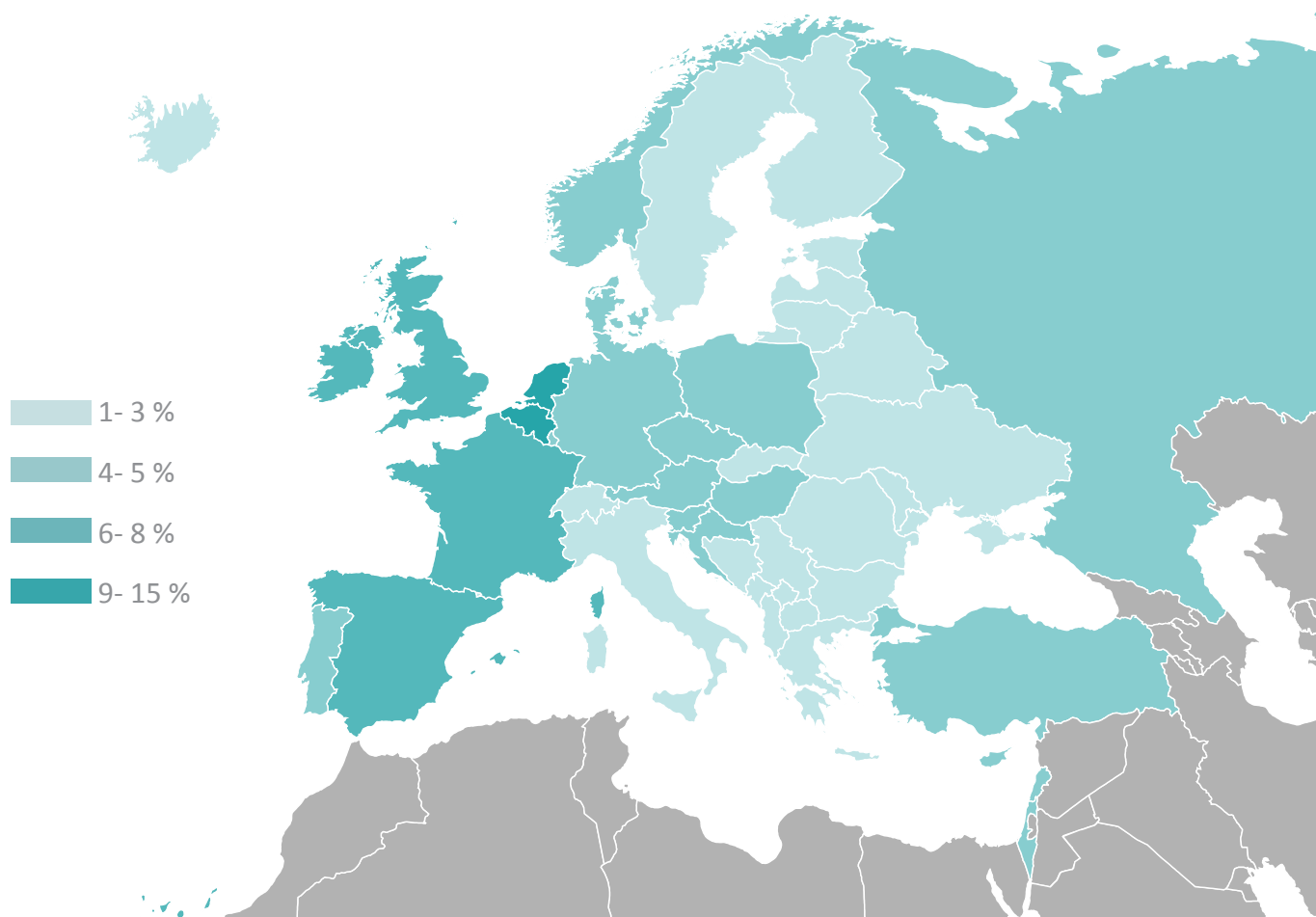
En esos primeros datos de *Antidote*, se mostró un incremento de consultas relacionadas con el uso de GHB, metanfetamina o mefedrona, que pasaron del 3% en 2005 al 85% en 2012. El 99% de los usuarios de metanfetamina reportaron usar esta droga para mejorar sus experiencias sexuales [6]. El estudio ASTRA, llevado a cabo entre 2011 y 2012 en hombres gays, bisexuales y otros HSH que vivían con VIH en Reino Unido, también registró un elevado uso de drogas recreacionales (51% en los últimos 3 meses), y de policonsumo (47% había

usado 3 o más sustancias), asociados con un menor uso del preservativo [7]. Esta tendencia también fue puesta de manifiesto por “*The Chemsex Study*”, cuyos resultados mostraban que casi un 30% de los participantes de EMIS 2010 del sur de Londres habían usado mefedrona alguna vez en la vida, todos ellos en el último año [8].

En 2018, una revisión de la literatura establecía una prevalencia de prácticas de *chemsex* en Reino Unido que iba del 4% en hombres gays, bisexuales y otros HSH usuarios de consultas de VIH a un 41% entre hombres gays, bisexuales

En España, la frecuencia de práctica de chemsex en el último año se encontró entre el 6% y el 8% según el informe de resultados europeo del EMIS 2017

y otros HSH que solicitaron profilaxis post exposición en clínicas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), encontrando una gran variedad de definiciones del fenómeno que dificultaba una lectura global de los resultados [9]. Una revisión sistemática global del mismo año ofrece prevalencias de prácticas de *chemsex* entre hombres gays, bisexuales y otros HSH igualmente variables (del 3% al 87%), en función de la población estudiada, la definición de *chemsex* o las drogas consideradas [10].



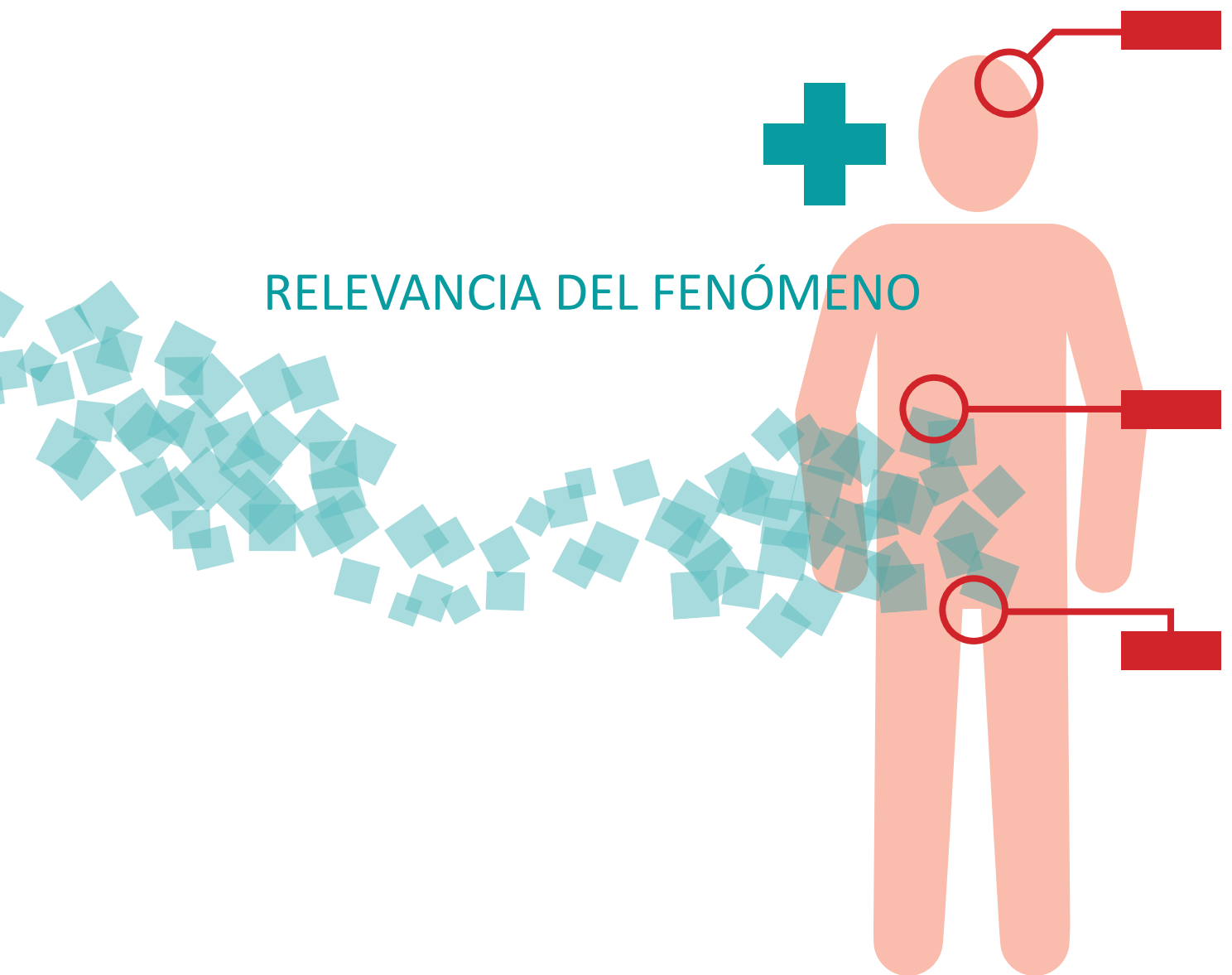
Datos más recientes en España muestran también una frecuencia que va del 87% entre los nuevos diagnósticos de VIH de la Clínica Sandoval, que reportó haber practicado sexo sin preservativo bajo el efecto de drogas ^[11] al 51% de los participantes de un estudio sobre conocimiento de PrEP entre hombres gais, bisexuales y otros HSH asistentes al Orgullo de Madrid de 2017, que reportó haber usado drogas psicoactivas en el contexto de relaciones sexuales en los últimos 6 meses ^[12], o el 29% de los participantes del U-SEX Study, llevado a cabo entre pacientes gais, bisexuales y otros HSH VIH+ de 22 hospitales de Madrid ^[13].

Los últimos datos disponibles para España son los publicados en el “Informe de resultados europeos del EMIS 2017”, que han sido presentados por Fernández-Dávila y colaboradores en el congreso de SEISIDA de 2019. En este estudio, del total de participantes de todos los países (127.792), el 15,2% había practicado *chemsex* alguna vez en la vida, un 10,4% lo había hecho en el últi-

mo año y un 5,2% en el último mes. Estos datos fueron heterogéneos entre países. En España, la frecuencia de práctica de *chemsex* en el último año se encontró entre el 6% y el 8% del total de participantes.

Además, entre los participantes españoles que habían tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 14,1% había practicado *chemsex* en este periodo y el 7,6% lo había hecho en las últimas 4 semanas. Además, la frecuencia de práctica de *chemsex* en el último año fue diferente en diferentes subgrupos: 22,1% entre HSH con VIH, 21,4% entre HSH que habían ejercido la prostitución y 11,3% en los hombres de origen extranjero. Esta prevalencia también fue diferente según la comunidad autónoma, siendo las más altas en Baleares (12,4%) y Cataluña (10,6%), seguido de Madrid (8,8%), Canarias (7,3%), Comunidad Valenciana (6,5%), Aragón (5%) y Asturias (4,8%). Al hacer un análisis por ciudades, las que mostraron una prevalencia más alta fueron Barcelona (13,7%) y Madrid (9,7%) ^[14]. ■





RELEVANCIA DEL FENÓMENO

Varios estudios correlacionan el *chemsex* con un aumento de las prácticas de riesgo. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en hombres gais, bisexuales y otros HSH usuarios de clínicas de ITS de Londres se encontró una asociación entre la práctica de *chemsex* y el uso de profilaxis post-exposición, compartir juguetes sexuales o el trabajo sexual ^[15]. En otro estudio, llevado a cabo en hombres gais, bisexuales y otros HSH VIH+ en clínicas de ITS de Londres, se observó que el sexo anal sin preservativo era seis veces más frecuente en usuarios de *chemsex* que en los que no lo practicaban ^[16]. Estos datos son similares a los encontrados el U-Sex Study de España ^[17].

El *chemsex* se relaciona también con un aumento de las ITS en las personas que lo practican. En algunos estudios se ha observado que la frecuencia de ITS y hepatitis C es seis y siete veces mayor, respectivamente, en este grupo. Cuando las drogas se administran por vía inyectada, el riesgo de Hepatitis C puede aumentar hasta nueve veces ^[16]. El U-Sex Study mostró una probabilidad de ITS dos veces superior en este grupo

El sexo anal sin preservativo era seis veces más frecuente en usuarios de *chemsex* que en los que no lo practicaban

po ^[17]. Además, las personas que lo practican presentan con mayor frecuencia infección por VIH ^[18].

Por otra parte, las drogas utilizadas en el *chemsex* pueden tener un impacto en la salud mental ^[19]. El uso prolongado de la mefedrona se ha relacionado con brotes psicóticos ^[20,21]. También el uso de la metanfetamina se relaciona con la aparición de brotes psicóticos y un aumento del riesgo de suicidio ^[22,23]. Además, el uso de GHB se ha relacionado con un aumento de la mortalidad en las comunidades LGBTI de Londres ^[24,25].

Los resultados del U-Sex Study demostraron que los usuarios de *chemsex* y, especialmente, aquellos que practicaban *slam*, tenían mayor riesgo de padecer psicopatología grave, como psicosis o ideas de suicidio ^[13].

Por último, el *chemsex* puede suponer un riesgo añadido para las personas que viven con VIH. Además

de las interacciones entre las drogas y los antirretrovirales, en las personas con VIH se ha relacionado con una peor adherencia ^[13,26] y una mayor probabilidad de carga viral detectable ^[16]. ■



ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y APOYO PSICO-SOCIAL



Situación actual

Desde el afloramiento de los primeros casos de *chemsex* problemático en 2015-2016 diversas entidades, principalmente organizaciones comunitarias, clínicas de ITS y unidades de VIH, en colaboración con algunos profesionales especializados en adicciones y salud mental, han iniciado distintas iniciativas de promoción de la salud y apoyo psico-social ^[32,33].

En la actualidad la prioridad es identificar y reforzar aquellas acciones que estén mostrando beneficios para las personas con problemática asociada al *chemsex*, y desarrollar nuevos programas de abordaje psico-social y de prevención focalizados tanto en la reducción de riesgos como en promover la abstinencia.

Propuestas de mejora planteadas

Las propuestas de mejora que se planteen en el campo de la educación y la promoción de la salud deben tener en cuenta la influencia de los factores personales y comunitarios que pueden aumentar la vulnerabilidad para la práctica de *chemsex*.

Algunos factores personales que pueden intervenir en el fenómeno son la homofobia y serofobia internalizada, las dificultades de adaptación a vivir con VIH, la inseguridad ante las relaciones interpersonales y sexuales tras el diagnóstico de VIH, la baja autoestima, las dificultades de regulación emocional, la historia de traumas o trastornos psicopatológicos mal tratados ^[33,34,35].

Entre los factores comunitarios intervinientes se encuentra: el estrés de minorías asociado a la homofobia y serofobia presente en la sociedad; la disponibilidad y normalización de las drogas recreativas; los estereotipos y patrones rígidos en relación con la sexualidad que impiden la vivencia adaptativa de la diversidad; la sexualización del ocio y la escasa promoción de alternativas de ocio saludable dirigidas a los hombres gays, bisexuales y otros HSH ^[33,36,37]. Teniendo en cuenta estos factores y los grupos en los que realizar las campañas y acciones preventivas, proponemos varios niveles de prevención:

Prevención primaria. La prevención primaria debe dirigirse a la población general. Sus objetivos deben focalizarse en reducir las actitudes homófobas y de serofobia social, facilitar la vivencia de una sexualidad saludable y transmitir información ajustada sobre las consecuencias del uso de drogas recreativas. Se deben facilitar el uso de estrategias de autorregulación y desarrollo de un autoconcepto positivo para evitar el uso problemático de drogas en el futuro. Las estrategias que consideramos se deberían implementar en este campo comprenden:

1. las campañas de educación en salud, educación afectiva sexual y de diversidad sexual y en
2. la desestigmatización de la homosexualidad y de la persona que vive con VIH.

Prevención secundaria. La prevención secundaria debe dirigirse a hombres gays, bisexuales y otros HSH que no practican *chemsex* o no tienen un uso problemático. Sus objetivos deben focalizarse en reducir la homofobia y serofobia internalizada, en facilitar la autorregulación y el autoconcepto positivo, en facilitar estrategias que permitan el diagnóstico y tratamiento de trastornos psicopatológicos, en neutralizar los estereotipos predominantes asociados a imagen física y actividad sexual “deseada”, en promover opciones de ocio alternativo no sexualizado y en la sensibilización sobre los riesgos y consecuencias no deseadas que puede acarrear la práctica del *chemsex*. Las estrategias que consideramos se deberían implementar en este campo comprenden:

1. facilitar el acceso a servicios de salud mental que incluyan intervenciones psicológicas específicas,
2. desarrollar campañas para visibilizar la diversidad dentro del colectivo LGTBI,
3. promover espacios de ocio alternativo y facilitación de relaciones interpersonales comunitarias no sexualizadas.

Prevención terciaria. La prevención terciaria debe dirigirse a promover la salud de las personas con prácticas de *chemsex* problemáticas. Para ello consideramos que se deberían establecer programas interdisciplinarios para el abordaje específico de las necesidades de cada usuario. Estas intervenciones deben centrarse primariamente en la reducción de riesgos para evitar el agravamiento de los problemas de salud en el individuo y en el entorno y de forma secundaria en la abstinencia y prevención de recaídas. La prevención terciaria debe ser realizada por equipos multidisciplinares compuestos por médicos/psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as y mediadores de salud.

Es necesario avanzar en la eliminación de los prejuicios que puedan tener algunos profesionales de salud en relación con el sexo, las drogas y/o la diversidad sexual. Se precisan programas formativos en competencias culturales LGTBI para profesionales que trabajen con esta población, por ejemplo, en centros de infecciones de transmisión sexual, unidades de VIH y centros de atención a las adicciones. Por otra parte, se precisa reducir barreras propias de la organización del sistema de salud, dado que con frecuencia la atención a los hombres gays y bisexuales y otros HSH con problemas de *chemsex*, implica derivaciones a múltiples profesionales y centros, lo que dificulta su acceso y adherencia a los servicios. ■

Acciones recomendadas

1

Implementar programas de educación afectivo-sexual en niños y adolescentes, con los objetivos de reducir actitudes de LGTBIfobia y de serofobia social.

2

Implementar programas de educación en hábitos saludables incluyendo información ajustada sobre drogas recreativas.

3

Desarrollar estrategias de prevención secundaria en población que no practica *chemsex* o con práctica no problemática.

4

Desarrollar programas de intervención interdisciplinares, integrando a todas las entidades implicadas y que estén basados en las necesidades del usuario.

5

Promover una formación adecuada para los profesionales sociosanitarios, que favorezcan una actitud libre de prejuicios sobre la diversidad sexual y hacia las personas que practican *chemsex*. Los profesionales que forman parte de los circuitos de abordaje de estos pacientes deben recibir capacitación en competencias clínicas, técnicas y culturales, adaptadas a las necesidades de los usuarios.



RECURSOS ASISTENCIALES PÚBLICOS

Situación actual

En 2017 las ciudades de Madrid y Barcelona declararon el *chemsex* como un problema de salud pública, reconociendo su preocupación y la necesidad de intervenir sobre este fenómeno. De hecho, los actuales planes de acción sobre adicciones de ambas ciudades, vigentes para el periodo 2017-2021 el de Madrid⁽²⁶⁾ y 2017-2020 el de Barcelona⁽²⁸⁾, plantean la necesidad de implementar programas de prevención, atención y tratamiento a las personas con problemas de abuso o dependencia de las sustancias consumidas en contextos sexuales. En esta misma línea, se sitúa el Plan sobre drogas y adicciones comportamentales de Cataluña 2019-2023 que está pendiente de publicación e incluye acciones de abordaje del *chemsex*.

La respuesta inicial a los primeros casos problemáticos surgió de las entidades comunitarias LGTBI, de prevención del VIH o de reducción de riesgos en consumo de sustancias. Posteriormente, las administraciones han ido reaccionando y poniendo en marcha iniciativas para el abordaje de los usuarios que practican *chemsex*, especialmente aquéllos con consumo problemático o con dependencia. Hasta el momento, algunos centros de atención a las adicciones están concentrando la mayor parte de la atención a los casos problemáticos derivados tanto por los servicios comunitarios de *chemsex* como por los centros de infecciones de transmisión sexual.

El proceso para definir las puertas de entrada al circuito asistencial, el tipo de atención necesaria y los mecanismos de coordinación siguen en discusión. También falta por definir el modelo asistencial que se va a potenciar desde las instituciones responsables. En el caso de Cataluña se está analizando y discutiendo una propuesta de convivencia de varios modelos. En concreto, se plantea la coexistencia de centros de atención a las adicciones especializados en atender a la población diana, de equipos profesionales especializados en adicciones que se desplacen a los servicios habitualmente utilizados por los hombres gays, bisexuales y otros HSH que practican *chemsex* (generalmente centros de ITS o entidades comunitarias) o equipos de profesionales de las organizaciones comunitarias que colaboren con los centros de ITS o de adicciones en aquellos temas con los que los profesionales de estos centros no están tan familiarizados.

En este marco, en Barcelona se ha anunciado la posibilidad de poner en marcha una Unidad de *chemsex* coordinada por la Agencia de Salud Pública de Cataluña, pero, hasta el momento, está en fase de proyecto. En la ciudad de Madrid y en el marco de un convenio entre el Instituto de Adicciones y organizaciones de base comunitaria como Apoyo Positivo y Stop SIDA, desde 2017 se desarrolla un programa de atención integral que aborda la salud física, mental y sexual, así como las adicciones a sustancias de los usuarios de *chemsex*. También se ofertan diferentes actividades de ocio terapéutico⁽²⁹⁾. En la mayoría de las iniciativas que se están poniendo en marcha desde las administraciones locales, autonómicas o estatales se está facilitando en mayor o menor grado la participación de las organizaciones de base comunitaria a la hora de dar respuesta a este fenómeno.

A nivel estatal, la “Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024”⁽³⁰⁾ reconoce la existencia de nuevos patrones de consumo de drogas ligados a las prácticas sexuales (el *chemsex* y el *slamming*) pero no recoge ningún objetivo estratégico específico relacionado con el *chemsex* en los diferentes ámbitos de actuación desarrollados. Sin embargo, las personas que necesitan atención por practicar *chemsex* son una realidad en España y muchos profesionales han manifestado la existencia de importantes carencias en la atención a estos pacientes por parte de los servicios actuales.

Propuestas de mejora planteadas

Cualquier propuesta de mejora a nivel asistencial debe partir de los recursos ya existentes en la red asistencial pública, comprendiendo estos recursos los centros de ITS, las unidades hospitalarias de VIH, los centros de atención a las adicciones, las urgencias Hospitalarias, los centros o servicios de salud mental, los servicios de pruebas rápidas, la farmacia hospitalaria y los centros de atención primaria. Consideramos que el abordaje a realizar desde cada uno de estos recursos es diferente, si bien desde todos ellos pueden llevarse a cabo acciones específicas en el marco de un programa global. En la tabla 1 se recogen las propuestas de mejora planteadas para implementar en cada recurso.

Creemos fundamental generar una *cartera de servicios* específica para el *chemsex* en cada comunidad autónoma, que integre los recursos ya disponibles. Consideramos más provechoso para la comunidad potenciar y capacitar los centros de ITS, las unidades de VIH y los centros de adicciones ya existentes que crear nuevos recursos específicos. En la Tabla 2 se describen las intervenciones que cabría desarrollar desde cada tipo de recurso.

Otra de nuestras propuestas es formar a los profesionales implicados en la atención de usuarios de *chemsex*. Esta formación deberá dotar al profesional de los conocimientos clínicos, técnicos y culturales necesarios para ofrecer una respuesta adecuada a los usuarios del *chemsex* que requieren atención profesional. Creemos igualmente que todo el personal involucrado en esta atención debería recibir formación para identificar individuos en riesgo, conocer y disponer de herramientas de cribado, modelos unificados de cuestionarios sobre historia de salud sexual e historia de consumo de sustancias psicoactivas.

Igualmente relevante, sería crear una red coordinada de intervención que tenga definidos los roles y actuaciones en cada ámbito. En este sentido, es muy importante que se determinen procesos y protocolos de abordaje. Un proceso asistencial adecuado debe ser aquel capaz de identificar y tratar al mayor número de población susceptible, de la forma más eficiente posible.

Respecto al tipo de intervenciones asistenciales a implementar, creemos que deben existir dos tipos diferenciados:

- En primer lugar, detección y evaluación de pacientes con prácticas de *chemsex* en entornos de alta prevalencia. Esta intervención podría hacerse por casi cualquier profesional formado que pudiera tener contacto con estas personas.
- En segundo lugar, intervenciones más profundas para pacientes con problemas derivados de la práctica del *chemsex*. Se trataría de actuaciones más estructuradas dentro del circuito asistencial. Cada profesional involucrado en este abordaje deberá ser capaz de identificar el tipo de intervención requerido y los agentes o servicios que pueden prestarla.

Otra recomendación que proponemos para facilitar la adherencia y el seguimiento del usuario consistiría en optimizar los centros de ITS y de adicciones ya existentes con un horario continuado de mañana y tarde, ofreciendo una atención más flexible que integre en un mismo centro actuaciones de distinto ámbito que actualmente se realizan en centros distintos.

Finalmente consideramos fundamental identificar una persona de referencia que se encargue de coordinar la atención de cada caso. Esta persona deberá disponer de una información clínica adecuada del paciente y capacidad para coordinar las intervenciones del resto de unidades asistenciales implicadas en el abordaje del usuario de *chemsex*. No existe consenso sobre en qué recurso asistencial deberían integrarse estos referentes. Creemos que lo más razonable sería que el referente estuviese en la unidad donde se centralice la atención del usuario en función de su problemática asistencial. Centros de ITS para personas con un consumo no problemático, unidades de adicciones para pacientes con problemas psiquiátricos derivados del consumo y posiblemente unidades de VIH en el caso de las personas que viven con este virus. ■

TABLA 1. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN SEGÚN TIPO DE RECURSO ASISTENCIAL*

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

* Adaptado de: *Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances*. Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE). London, 2015 (31)

TABLA 2. INTERVENCIONES MÍNIMAS QUE DEBERÍAN REALIZARSE EN CADA RECURSO ASISTENCIAL*

RECURSO ASISTENCIAL	INTERVENCIONES MÍNIMAS QUE DEBERÍAN REALIZARSE
ATENCIÓN PRIMARIA	Detección, evaluación, información breve (reducción de daños), manejo de intoxicaciones agudas de sustancias y complicaciones relacionadas.
URGENCIAS	Detección, evaluación, información breve (reducción de daños), manejo de intoxicaciones agudas de sustancias y complicaciones relacionadas.
CENTROS SALUD SEXUAL	Detección, evaluación, información breve, diagnóstico y tratamiento de ITS, abordaje de dificultades sexuales.
UNIDADES DE VIH HOSPITALARIAS	Detección, evaluación, información breve en reducción de daños e implicaciones del <i>chemsex</i> en el manejo de la infección por VIH, diagnóstico y manejo de las complicaciones médicas derivadas del <i>chemsex</i> , incluidas las ITS.
SALUD MENTAL	Detección, evaluación, información breve (reducción de daños), manejo paciente con patología mental grave asociada al consumo, terapia psicoterapéutica.
CENTROS ADICCIONES	Detección, evaluación, información breve, tratamiento de las adicciones a sustancias (farmacológico y terapia psicoterapéutica), Derivación a recursos residenciales.
FARMACIA HOSPITALARIA	Detección, evaluación, información breve (reducción de daños).
RED PRUEBAS RÁPIDAS	Detección, evaluación, información breve (reducción de daños).

* Adaptado de: *Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances*. Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE). London, 2015 (31)

Acciones recomendadas

1 Diseñar e implementar protocolos consensuados de trabajo interdisciplinar y derivación entre las urgencias hospitalarias, los centros de ITS, las unidades de VIH e infecciosas de los hospitales, los recursos de salud mental y adicciones y las organizaciones de base comunitaria.

2 Identificar en cada ciudad un centro de atención preferente para las personas que practican *chemsex*.

3 Asignar al usuario un profesional de referencia que realice el seguimiento de su caso y contraste las derivaciones entre servicios.

4 Establecer procedimientos para mejorar la comunicación entre los distintos recursos asistenciales que presten atención al usuario.

5 Identificar y eliminar las barreras de acceso al sistema sanitario, que dificultan que los usuarios que practican *chemsex* reciban una adecuada atención.



RECURSOS ASISTENCIALES COMUNITARIOS

Situación actual

En estos años de desarrollo del fenómeno del *chemsex*, la respuesta en las principales ciudades de Europa ha sido desigual y un tanto escasa, tanto en el ámbito sanitario como en el comunitario. Debido al estigma y, a menudo, al tabú que rodea al hablar del uso de drogas en el contexto sexual, hay instituciones de salud que todavía no han prestado atención a su presencia e impacto en las comunidades vulnerables a este tipo de práctica.

En España, actualmente, existen diferentes organizaciones comunitarias que tienen servicios de atención específicos a personas que presentan problemas relacionados con las prácticas de *chemsex* como las organizaciones comunitarias de VIH, salud sexual y LGTBI.

Estos recursos comunitarios están enfocados a la respuesta al VIH, la salud sexual y la defensa de los derechos LGTBI. Suelen contar con servicios de pruebas de VIH. Algunas de las principales organizaciones comunitarias en España que abordan el *chemsex* son (por orden alfabético): Adhara, Apoyo Positivo, BCN Checkpoint, Gais Positius, Imagina Más o Stop Sida.

Además, existen organizaciones especializadas en la reducción de riesgos y daños basada en una información objetiva de las sustancias, interacciones y efectos adversos. Entre sus actividades se incluye el análisis de sustancias. Actualmente, la entidad más activa en esta respuesta es Energy Control.

A pesar de que existen diferencias en el abordaje del *chemsex* por parte de las organizaciones comunitarias, en general tienen en común un enfoque de intervención integral basado en el respeto hacia las decisiones de la persona, no juzgando el hecho del consumo e incluyendo la atención desde la perspectiva de la reducción de riesgos y daños.

Las intervenciones ofrecidas por los recursos comunitarios incluyen diferentes tipos de servicios especializados como ^[38]:

- Atención psicológica • Atención psiquiátrica • Atención social
- Atención de mediadores de salud, pares o iguales
- Grupos de autoayuda o grupos terapéuticos • Ocio y otras actividades

Algunas organizaciones comunitarias como Apoyo positivo o Stop Sida han publicado los resultados de sus servicios de *chemsex* (“Sexo, Drogas y Tu” o “ChemSex Support”) y trabajan en coordinación con diversas instituciones sanitarias ^[39,40].

Finalmente, desde el entorno comunitario también se ha potenciado la colaboración con asociaciones de empresarios LGTBI.

Propuestas de mejora planteadas

Proponemos que las organizaciones de base comunitaria puedan integrarse en la red de atención a los usuarios de *chemsex* con las siguientes funciones:

- Servir de punto de acceso a los sistemas de atención a los usuarios de *chemsex*, para usuarios que no acceden habitualmente a los recursos sanitarios públicos.
- Los centros comunitarios podrían servir de espacios donde tratar problemas como la soledad, la falta de apoyo psicosocial o la ausencia de pares con los que compartir narrativas y poder tomar conciencia de problemas relacionados con consumo de *chemsex*, en un espacio libre de juicios morales. Pueden ofrecer otros abordajes a través de intervención con pares, grupos de autoayuda y ayuda mutua.
- Pueden incorporar la atención sexológica en centros asistenciales públicos y recursos comunitarios.
- Pueden contribuir a promover espacios de ocio no sexualizados ni relacionados con el uso y abuso de sustancias.
- Pueden colaborar en la realización de intervenciones de sensibilización en fiestas, saunas y otros espacios de socialización de la comunidad gay.
- Tienen un mejor acceso a aquellos grupos minoritarios aún más vulnerables: trabajadores sexuales, personas trans, personas migrantes sin red de apoyo en España, por lo que pueden desempeñar un papel en actividades preventivas, mejorar su acceso a los servicios públicos y prestar servicios complementarios.
- Y su acceso a los hombres que practican *chemsex* les permite canalizar la participación de los mismos para contribuir a una mejor respuesta al fenómeno del *chemsex*: “nada de nosotras sin nosotras”.

Acciones recomendadas

1 Promover un abordaje integral de quienes practican *chemsex*, incluyendo aspectos médicos psiquiátricos, psicológicos, sexuales y sociales, garantizando el respeto a la diversidad sexual, incorporando la perspectiva de la reducción de riesgos y daños, y promoviendo modelos de socialización y ocio diversos y saludables, construyendo redes de apoyo, e incluyendo intervenciones para hacer frente a la soledad.

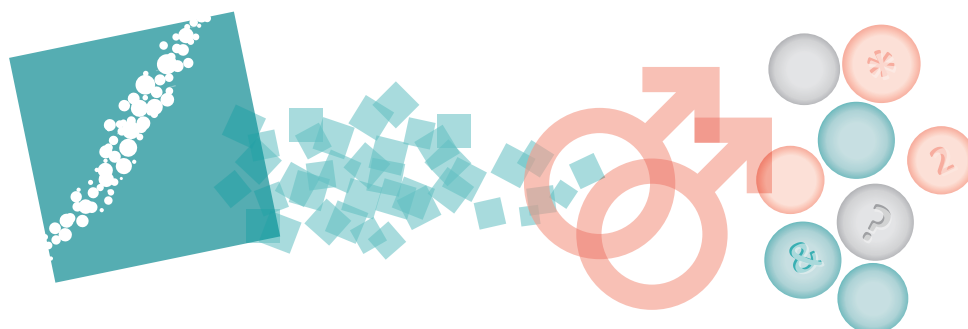
2 Mejorar la formación de los profesionales en materia de *chemsex* incluyendo conocimientos en nuevas sustancias psicoactivas, salud sexual y mental, reducción de daños, competencias culturales LGTBI.

3 Intensificar las intervenciones preventivas, tanto en formato online, como en los lugares de encuentro de la comunidad gay.

4 Favorecer la participación de las organizaciones comunitarias en proyectos de investigación.

Glosario

- **ASTRA:** denominación de un estudio transversal publicado en la revista *Lancet HIV* en 2014 que evaluaba el uso recreacional de drogas, el policonsumo y el comportamiento sexual de hombres que tienen sexo con otros hombres y conviven con el VIH en el Reino Unido.
- **Counselling:** proceso de interacción entre un asesor y una persona cuyo objetivo es ayudar a esta persona con respecto a un problema que atraviesa, bien sea en el ámbito laboral, familiar, sexual o en relación con el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Cruising:** es la práctica de buscar una pareja sexual o de practicar sexo en un lugar público, por lo general de manera anónima y ocasional. El término también puede hacer referencia a encontrar sexo casual a través de un sitio de internet o de un servicio telefónico (aplicaciones).
- **GBL:** gamma butirrolactona. Sustancia química precursora del GHB.
- **GBO:** siglas utilizadas para referirse a los hombres gais, bisexuales y a otros perfiles de hombres que tienen sexo con hombres.
- **GHB:** Ácido Gammahidroxibutírico. Se trata de un anestésico con propiedades principalmente sedantes no analgésicas.
- **ITS:** infecciones de transmisión sexual
- **LGBTI:** denominación utilizada para englobar a las personas con identidades de género u orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual. Sus siglas hacen referencia a lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales. Existen variantes de para este término, siendo la más amplia LGBTI+, en donde el signo + incluye a todos los que no están recogidos o no se sienten representados en las siglas anteriores.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud. Organismo internacional dependiente de las Naciones Unidas cuyo objetivo es construir un futuro mejor y más saludable a las personas de todo el mundo.
- **Persona trans:** persona que adquiere las características físicas del sexo contrario a su sexo fenotípico.
- **Personas no binarias:** personas que no se autoperciben varón ni mujer y que pueden identificarse con un tercer género o con ninguno.
- **Policonsumo:** consumo de dos o más tipos de sustancias psicoactivas, mezcladas o consumidas alternativamente.
- **Popper:** sustancias psicoactivas, generalmente nitrilos de alquilo o de amilo, con acción estimulante y euforizante, que favorecen la vasodilatación arterial y la relajación de la musculatura lisa de los esfínteres.
- **PrEP:** profilaxis preexposición. Hace referencia al uso de fármacos antirretrovirales en sujetos no infectados por el VIH para prevenir su contagio.
- **Serofobia:** prejuicio, miedo, rechazo y/o discriminación hacia personas que conviven con el VIH.
- **Sesión, colocón, vicio, chill, chems, chuches y dulces:** términos coloquiales utilizados para referirse a la práctica del *chemsex*.
- **Slamsex:** consumo de drogas por vía intravenosa en encuentros sexuales, generalmente entre hombres.



Bibliografía

1. 2nd European Chemsex Forum. A call to action for effective responses to problematic chemsex. London. 2019. Disponible en: <https://ihp.hiv/> (Consulta marzo 2019).
2. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014. Disponible en: <http://www.sigmaresearch.org.uk/files/report2014a.pdf> (Consulta marzo 2019).
3. 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. *Rev Multidisc SIDA*. 2016; 4(7): 41-65. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD29841.pdf> (Consulta marzo 2019).
4. Soriano R. El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual. *Rev Multidisc SIDA*. Monográfico 2017; Vol. 5. Núm. 11. Julio 2017. 8-20. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD43431.pdf> (Consulta marzo 2019).
5. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F, et al. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. 2016;38: 4–12. doi:10.1016/j.drugpo.2016.09.007
6. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. David Stuart-HIVN13 1. *HIV Nurs*. 2013; Available: https://www.academia.edu/5025986/Sexualised_drug_use_by_MSM_background_current_status_and_response._David_Stuart-HIVN13_1
7. 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–e31. doi:10.1016/S2352-3018(14)70001-3
8. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex Study. Drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. 2014.
9. Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2018; doi:10.1016/j.drugpo.2018.02.002
10. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2019;139: 23–33. doi:10.1177/1757913918778872
11. Ayerdi-Aguirrebengoa O, Vera-García M, Puerta-López T, Raposo-Utrilla M, Rodríguez-Martín C, Del Romero-Guerro J. To whom is HIV pre-exposure prophylaxis proposed? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35: 299–302. doi:10.1016/j.eimc.2016.06.006
12. Iniesta C, Álvarez-del Arco D, García-Sousa LM, Alejos B, Díaz A, Sanz N, et al. Awareness, knowledge, use, willingness to use and need of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) during World Gay Pride 2017. Lima VD, editor. *PLoS One*. 2018;13: e0204738. doi:10.1371/journal.pone.0204738
13. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez MJ, Sanz J, et al. Sexualized Drug Use (Chemsex) Is Associated with High-Risk Sexual Behaviors and Sexually Transmitted Infections in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *AIDS Patient Care STDS*. 2018;32: 112–118. doi:10.1089/apc.2017.0263
14. Folch, C., Fernández-Dávila, P., Díaz, A., Vázquez, M., Meyer, S., & Casabona, J. (2019). ¡Forma parte de algo grande! Resultados preliminares del EMIS 2017. XXXVII Reunión Anual SEE, XIV Congreso Da APE, XVIII Congreso SESPAS. Oviedo.
15. Hegazi A, Lee M, Whittaker W, Green S, Simms R, Cutts R, et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*. 2017;28: 362–366. doi:10.1177/0956462416651229
16. Pufall EL, Kall M, Shahmanesh M, Nardone A, Gilson R, Delpech V, et al. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Med*. 2018;19: 261–270. doi:10.1111/hiv.12574
17. Gonzalez-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Perez-Valero I, Cabello A, Tellez MJ, Sanz J, et al. Chemsex, infecciones de transmisión sexual y consecuencias psicopatológicas en HSH atendidos en consultas de VIH. Datos finales U-SEX GeSIDA 9416 Study. X Congreso Nacional GeSIDA. 2018.
18. Pakianathan M, Whittaker W, Lee M, Avery J, Green S, Nathan B, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 2018;19: 485–490. doi:10.1111/hiv.12629
19. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2019;139: 23–33. doi:10.1177/1757913918778872
20. Barrio P, Gaskell M, Goti J, Vilardell S, Fàbregas JM. Síntomas psicóticos persistentes después del uso abusivo prolongado de mefedrona: una serie de dos casos. *Adicciones*. 2016;28: 154. doi:10.20882/adicciones.824
21. 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*. Hindawi; 2016;2016: 1–5. doi:10.1155/2016/8379562

22. Fletcher JB, Swendeman D, Reback CJ. Mental Health and Substance Use Disorder Comorbidity among Methamphetamine-Using Men Who have Sex with Men. *J Psychoactive Drugs*. 2018; 1–8. doi:10.1080/02791072.2018.1447173
23. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, et al. Methamphetamine-Associated Psychosis. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2012;7: 113–139. doi:10.1007/s11481-011-9288-1
24. Corkery JM, Loi B, Claridge H, Goodair C, Schifano F. Deaths in the Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender United Kingdom Communities Associated with GHB and Precursors. *Curr Drug Metab*. 2018;19: 1086–1099. doi:10.2174/1389200218666171108163817
25. Hockenhull J, Murphy KG, Paterson S. An observed rise in γ -hydroxybutyrate-associated deaths in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. *Forensic Sci Int*. 2017;270: 93–97. doi:10.1016/j.forsciint.2016.11.039
26. Garin N, Zurita B, Velasco C. Impacto clínico del chemsex en las personas con VIH. *Soc Española Interdiscip del SIDA. SEISIDA*; 2013; Available: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/impacto-clinico-del-chemsex-en-las-personas-con-vih/>
27. Instituto de las adicciones de la ciudad de Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Plan de adicciones de la ciudad de Madrid 2017-2021. Madrid; 2017. Disponible en: <http://madridsalud.es/wp-content/uploads/2017/10/PlanAdicciones2017-2021.pdf>
28. Brugal MT, Teixidó-Compañó E, Guitart AM, Espelt A i Bosque-Prous M. Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2017-2020. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/pla-daccio-sobre-drogues-barcelona-2017-20/>
29. Curto Ramos J, Lombao Pardo C, Castillo Gonzalez C, Molina Prado R, Varas Soler P, Barrio Fernandez P, González Baeza A, Rua G, Ibarguchi L, García A, Garrido J, Dolengevich Segal H. Programa de educación y salud sexual para usuarios de chemsex: una respuesta coordinada desde la ONG Apoyo Positivo y el Instituto de Adicciones de Madrid. *Revista Multidisciplinar del Sida* 2019; 7(16): 48-52.
30. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid; 2017. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
31. Abdulrahim D & Bowden-Jones O, on behalf of the NEPTUNE Expert Group. Guidance on the Clinical Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE). London; 2015. Disponible en: <http://neptune-clinical-guidance.co.uk/wp-content/uploads/2015/03/NEPTUNE-Guidance-March-2015.pdf>
32. Zaro I, Navazo T, Vazquez J, García A, Ibarguchi L. A closer look at chemsex in Spain 2016. Disponible en: www.info-chemsex.com Último acceso: 17/5/2017.
33. Alicia González Baeza, Lorena Ibarguchi, Helen Dolengevich, Capítulo 11: Programas psicosociales de intervención en personas que practican chemsex. En: 99 preguntas clave sobre chemsex. Coord: Perez-Valero I, Blanco Arévalo JL. Fundación SEIMC-GESIDA, 2017
34. 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; 15:77-84.
35. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, Tellez-Molina MJ, Perez-Elias MJ, Serrano R, Perez-Latorre L, Martin-Carbonero L, Arponen S, Sanz-Moreno J, De la Fuente S, Bisbal O, Santos I, Casado JL, Troya J, Cervero-Jimenez M, Nistal S, Cuevas G, Correias-Laufer J, Torrens M, Ryan P; U-SEX GESIDA 9416 Study. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31800575> Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *PLoS One*. 2019 Dec 4;14(12):e0220272.
36. Deimel D, Stöver H, Höfelbarth 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; 13:36.
37. Curto Ramos, Javier; Lombao Pardo, Carlos; Castillo Gonzalez Clara; Molina Prado, Rocío; Varas Soler, Paloma; Barrio Fernández, Pablo; González Baeza, Alicia; Rúa, Guadalupe; Ibarguchi, Lorena; García, Almudena; Garrido, Jorge ;Dolengevich Segal, Helen. Programa de educación y salud sexual para usuarios de chemsex: una respuesta coordinada desde la ONG Apoyo Positivo y el Instituto de Adicciones de Madrid. *Revista Multidisciplinar del SIDA*. Vol 7, 16; Marzo 2019.
38. 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. Josep Coll, Carmina R.Fumaz. Institut de Recerca de la Sida-IrsiCaixa, Barcelona. 2Fundació Lluita contra la Sida- Hospital de Dia de VIH-Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona.
39. Programa de educación y salud sexual para usuarios de chemsex: una respuesta coordinada desde la ONG Apoyo Positivo y el Instituto de Adicciones de Madrid. *Revista Multidisciplinar del Sida*. Nº16 Marzo 2019.
40. Servicio ChemSex Support: Una respuesta desde y para la comunidad LGTB+. *Revista Multidisciplinar del Sida*. <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/servicio-chemsex-support-una-respuesta-desde-y-para-la-comunidad-lgtb/>

CHEMSEX

RECOMENDACIONES DE EXPERTOS
para la mejora del manejo del
abordaje integral del fenómeno
del *chemsex* en España



Cátedra extraordinaria de
SALUD, CRECIMIENTO Y SOSTENIBILIDAD
MSD - UIMP



Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/ Josefa Valcárcel, 38 · 28027 Madrid. www.msd.es
Copyright© 2020 Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria de Merck & Co., Inc.,
Kenilworth, NJ, USA. Todos los derechos reservados.
ES-MFA-00172 (Creado: febrero 2020)