

UNA APROXIMACIÓN A LA PRÁCTICA Y ABORDAJE DEL CHEMSEX EN ARAGÓN

INFORME EJECUTIVO

Dirección General de Salud Pública
Departamento de Sanidad

2024



**GOBIERNO
DE ARAGON**



Marzo de 2024.

Equipo investigador: Carmen Mesa Raya, Elena Pilcher Pérez, Sandra Romero Martín y Jara Cosculluela Melguizo.



INDICE

I.	Presentación	3
II.	Metodología	6
	II.1. Objetivos	6
	II.2. Técnicas.....	6
	1.2.1. Revisión documental	6
	1.2.2. Apartado cuantitativo	7
	1.2.3. Apartado cualitativo.....	8
	II.3. Cronograma.....	9
III.	Marco teórico: una introducción al fenómeno del chemsex	10
	III.1. Una definición contextualizada del chemsex	10
	III.2. Competencia cultural LGTBIQ+ para comprender el chemsex	13
	3.2.1. La cultura gay y el chemsex.....	14
	3.2.2. Modelos teóricos explicativos para el chemsex.....	18
	III.3. Radiografía del chemsex.....	21
	3.3.1. Quienes practican chemsex	21
	3.3.2. Motivos para practicar chemsex	23
	3.3.3. Factores de riesgo y protección para el chemsex y riesgos para personas chemusers	25
	3.3.4. Los perfiles de quienes practican chemsex	31
	3.3.5. Las sesiones de chemsex.....	33
	3.3.6. Las aplicaciones de contactos y el chemsex.....	35
	3.3.7. El circuito de ocio gay y el chemsex	37
	III.4. Modelo de abordaje integrado del chemsex en España y algunas recomendaciones.....	38
IV.	Análisis de resultados	43
	IV.1. Algunos datos relacionados con la práctica del chemsex.....	43
	IV.2. Chemsex en la red hospitalaria y las Unidades de Atención y Seguimiento de las Adicciones.....	50
	IV.3. La mirada y el papel de las entidades del tercer sector	66
	4.3.1. Aproximación al chemsex desde las entidades entrevistadas	66
	4.3.2. Personas que practican chemsex atendidas por las entidades	72
	4.3.3. Abordaje del chemsex en la entidad	82
	4.3.4. Trabajo en red y colaboración con entidades públicas y privadas.....	88
	4.3.5. Valoración de la práctica de chemsex	94
	4.3.6. Propuestas de mejora para abordar el chemsex.....	103
V.	Conclusiones y algunas propuestas	106
	V.1. Perfil de los y las profesionales consultadas.....	106
	V.2. Perfil aproximado de las personas que practican chemsex.....	106
	V.3. Abordaje del chemsex en la consulta: coordinación entre entidades público- privadas	108
	V.4. Valoración de la práctica del chemsex	110
	V.5. Comentarios y propuestas de mejora.....	113
	Bibliografía	116
	Anexo metodológico	121
	Índice de Tablas y Gráficos	136
	Glosario de Términos.....	137



I. PRESENTACIÓN

El trabajo que a continuación se presenta es el informe ejecutivo de una investigación sobre el chemsex en Aragón, realizada en el marco de un encargo de la Dirección General de Salud Pública a la Universidad de Zaragoza a través de su Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación (OTRI: Ref. 2023/0358).

A mediados de junio del 2023, profesionales de la Dirección General de Salud Pública contactan con nosotras, un equipo de investigadoras con experiencia en investigación social, para transmitirnos la necesidad de realizar un estudio de aproximación sobre la práctica del chemsex en Aragón. En ese momento, a nivel estatal y enlazado con el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), se estaba realizando un estudio sobre este tema. En concreto, la Dirección General de Salud Pública planteaba, tomando como referencia los estudios existentes hasta el momento, el análisis de la relación del aumento de consumo de metanfetamina con la práctica del chemsex. A esta conexión se sumaban otras como el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual -ITS- y/o los problemas de salud mental asociados a las causas o las consecuencias de esta práctica.

Desde julio a octubre de 2023 se definió el encargo mediante la elaboración del pertinente proyecto de investigación, y se elaboró el cuestionario que posteriormente se remitiría a la red de centros hospitalarios de Aragón y a la Unidades de Atención y Seguimiento de adicciones (UASAS). Esta ha sido, en nuestra opinión, una de las principales fortalezas del presente estudio. Desde la Dirección General de Salud Pública se constituyó un equipo de trabajo con representación de los ámbitos relacionados con la práctica del chemsex (adicciones e ITS y VIH) que, a través de una profesional de referencia (Jefa de Sección de Drogodependencias y otras Adicciones), actuaba como enlace con el equipo investigador, que por su parte también adoptó la misma dinámica organizativa. De este modo, ambos equipos estaban en contacto y comunicación para llegar a acuerdos y construir el proyecto conjuntamente, a través de sus dos enlaces. Este modo de hacer, de construir el encargo, ha permitido asegurar la adecuación de la investigación a la demanda y expectativas de la Administración como entidad titular del trabajo.

Ambos equipos hemos aprendido el uno del otro y hemos avanzado mediante aportaciones y mejoras mutuas. A pesar de la dificultad del momento (época estival), en octubre de 2023 ya habíamos conseguido superar esta primera fase de la investigación, que fue determinante para todo el desarrollo posterior.

La coordinación y colaboración entre ambos equipos se ha mantenido a lo largo de todo el desarrollo de la investigación, principalmente en momentos previos al análisis de resultados. Específicamente en la elaboración del cuestionario *online* al que anteriormente se hacía referencia.

Respecto a la estructura del informe ejecutivo que se presenta, se identifican claramente cuatro puntos: el marco teórico, la metodología, el análisis de resultados y las conclusiones y algunas propuestas de mejora. A ellos hay que añadir la bibliografía, el anexo metodológico y el índice de tablas y gráficos.

En el marco teórico se realiza un análisis evolutivo de los principales estudios realizados hasta el momento sobre chemsex, sobre las principales teorías que lo explican, sobre su definición, sobre su práctica y sus riesgos y sobre los principales modelos de abordaje.



El punto que sistematiza la metodología permite reflejar toda la trastienda de la investigación: sus objetivos, sus métodos y técnicas y su cronograma. A nivel metodológico se ha desarrollado una investigación mixta que utiliza técnicas cuantitativas y cualitativas: principalmente el análisis documental, el análisis de datos de fuentes secundarias facilitados por el grupo de trabajo de la Dirección General de Salud Pública, el cuestionario y la entrevista semiestructurada.

Una de las principales debilidades de la investigación ha sido la imposibilidad de conocer la magnitud cuantitativa de la práctica del chemsex. No existen registros que nos permitan conocer el número de chemusers -o personas que practican chemsex- ni su evolución. Para aproximarnos a este dato y su magnitud hemos tenido que realizar un acercamiento indirecto, a través de algunos indicadores relacionados con la práctica del chemsex y de las entrevistas a entidades del tercer sector y a dos chemusers con los que se contactó a través de terceras personas ajenas a los dos equipos y a quienes también se entrevistó individualmente. Aunque inicialmente en el encargo no se contemplaba esta posibilidad, el equipo investigador, en consonancia a los criterios actuales sobre investigación social, consideró importante introducir “algunas” voces en representación de las personas protagonistas. Siendo conscientes, no obstante, de la debilidad de esta representatividad.

El análisis de resultados, el espacio en el que se vuelca el trabajo de campo realizado, se organiza en tres subapartados: el análisis de datos relacionados con la práctica del chemsex, el análisis de cuestionario suministrado a profesionales de la red hospitalaria y de las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones -UASAS en adelante- (que son los nueve hospitales y las diez UASAS existentes en Aragón), y el análisis del discurso recogido en las entrevistas realizadas a las seis entidades del tercer sector que desde el equipo de la Dirección General de Salud Pública se nos indicó que debían participar en este estudio y que son: OMSIDA Zaragoza, SOMOS LGTB+ de Aragón, Fundación Centro Solidaridad Zaragoza, Mucha VIHda, Centro Alba y Consumo Conciencia. Finalmente, en el último apartado del análisis de resultados, se han registrado de modo literal las aportaciones de las dos personas chemusers.

A lo largo de toda la investigación y en la medida de lo posible, con alguna salvedad que lo requería, se ha intentado mantener una estructura que ha permitido organizar toda la información y que es la que se recoge en el último apartado de este trabajo, el relativo a las conclusiones y algunas propuestas de mejora.

En definitiva, el resultado de la investigación nos permite realizar una aproximación al chemsex en Aragón y, en concreto, a la evolución y la incidencia de los principales indicadores cuantitativos disponibles relacionados con la práctica del chemsex, al perfil de las personas chemusers (principales características sociodemográficas), en relación a las sustancias que se consumen, y a las principales ITS, incluido el VIH. Otras categorías de análisis y de las conclusiones dentro del perfil son tanto los motivos que subyacen a la práctica del chemsex y en el posicionamiento a la propia definición del fenómeno (en su sentido más amplio, o más específico y concreto que identifica chemsex con las prácticas de riesgo de sexo de hombres con hombres en las que se consumen sustancias psicoactivas). En lo relativo a las prácticas del chemsex, se incluyen los principales elementos en torno a esta práctica, como las modalidades de acceso o las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que a modo de problemas o efectos negativos puede implicar esta práctica.

Otra dimensión de análisis es su abordaje: Cómo responden los diferentes dispositivos existentes en Aragón, su relación, coordinación y trabajo en red, así como la concepción o el modelo al que responde este abordaje. Finalmente se señalan las



principales propuestas de mejora realizadas por todas las personas (profesionales o no) participantes en este estudio.

Para finalizar, nos gustaría hacer dos puntualizaciones. En primer lugar, transmitir a la persona que lea este trabajo que este es el primer estudio realizado sobre el chemsex en Aragón y que, desde esta premisa, y aunque se ha partido de las investigaciones previas, presenta un primer paso, una primera aproximación general al chemsex en nuestra CCAA.

En segundo lugar y a modo de cierre de esta presentación, este estudio no hubiera sido posible sin las aportaciones de todas las personas, instituciones, servicios, y entidades participantes. Desde aquí queremos darles las gracias a todas ellas y específicamente a las profesionales de la Dirección General de Salud Pública por su confianza y su apoyo. Esperamos y deseamos que el contenido de este trabajo colectivo sea útil para orientar sobre un adecuado abordaje del chemsex en Aragón.



II. METODOLOGÍA

De modo muy sintetizado, en este apartado se recoge la metodología de la investigación realizada que ha dado como resultado el informe ejecutivo. Dentro de la metodología se concretan los objetivos, las técnicas y el cronograma de todo el proceso.

II.1. Objetivos

Esta investigación tiene un objetivo general y tres específicos:

Objetivo general: Realizar una aproximación a la práctica de chemsex en Aragón

Objetivos específicos:

- 1.1. Realizar una aproximación a la magnitud de la práctica de chemsex en Aragón: consumo de sustancias psicoactivas y atención en urgencias hospitalarias por el mismo motivo, el número de contagios por infección de VIH, número de contagios por otras ITS, volumen aproximado de personas que practican chemsex en Aragón, y perfil básico en base al consumo de sustancias.
- 1.2. Conocer el nivel de información y sensibilización de las personas que practican chemsex, así como del uso de las medidas preventivas y de reducción de riesgos.
- 1.3. Conocer el nivel de información y sensibilización acerca de esta práctica y de sus consecuencias por parte de los y las profesionales del ámbito de la salud y de las entidades del tercer sector, relacionadas con la atención a las drogodependencias y con enfermedades transmisibles, incorporando además sus propuestas de mejora en la intervención.

II.2. Técnicas

Para el desarrollo de esta investigación se ha utilizado una metodología mixta, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas, además de la revisión documental previa, que compone el marco teórico del trabajo, el uso de un método mixto ha permitido realizar la triangulación de la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos, dotando al análisis de mayor amplitud, profundidad y riqueza interpretativa (Chaves-Montero, 2018).

2.2.1. Revisión documental

En una primera etapa, se ha desarrollado una revisión documental que constituye el marco teórico de la investigación. Se trata de una parte fundamental de este trabajo, ya que ha permitido identificar de manera clara, objetiva y lógica qué se sabe y qué se desconoce en el momento actual (Guirao, 2015), sobre el fenómeno de chemsex. En esta revisión se han incluido los estudios más recientes sobre el fenómeno, a nivel nacional e internacional.

Entre otros aspectos, la revisión documental ha posibilitado explorar las diferentes definiciones y modelos explicativos de chemsex. Además, ha permitido conocer las distintas competencias culturales LGTBIQ+ necesarias para comprender el fenómeno y realizar una *radiografía* del mismo, recabando información sobre los perfiles de chemusers, motivos para la práctica, factores de riesgo y prevención, de riesgos bio-psico-sociales de la práctica, entre otros aspectos. Asimismo, se ha recabado información sobre los distintos modelos de abordaje integrado del chemsex en España y recomendaciones.



2.2.2. Apartado cuantitativo

Un segundo apartado de esta investigación se ha fundamentado en el uso de la metodología cuantitativa, que “concibe el objeto de estudio como externo, en un intento de lograr la máxima objetividad”. Esta metodología ha posibilitado la medición controlada de la información y la orientación a resultados, así como la solidez de los datos, garantizando así la fiabilidad del estudio (Muñoz y Albalde, 1992).

El apartado cuantitativo de la investigación se ha dividido en dos partes, tratando de dar respuesta a distintos objetivos de la investigación. En primer lugar, para el cumplimiento de parte del objetivo específico 1, se ha realizado un análisis de datos de fuentes secundarias, facilitados por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón. En concreto, el indicador de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas relacionadas con la práctica del chemsex (2008-2022); el indicador de atención en urgencias hospitalarias por el mismo motivo y con la misma serie temporal; el indicador de evolución de nuevos diagnósticos de infección de VIH (2008-2022) y la revisión de los datos de las conclusiones del último informe de vigilancia de VIH y otras ITS en Aragón, 2022.

En segundo lugar, para el cumplimiento de parte del objetivo específico 3, se ha procedido a la distribución de cuestionarios entre profesionales de las UASAS y de los Servicios de infecciosos y urgencias de todos los centros hospitalarios de Aragón.

Para la obtención de la muestra se contactó con un total de 76 profesionales: 28 pertenecientes a los nueve centros hospitalarios de Aragón, y 48 pertenecientes a las diez UASAS, con diversos perfiles (medicina, enfermería, psicología, trabajo social o educación social). Del total de cuestionarios enviados, finalmente se obtuvo una muestra de 48 profesionales: 19 de centros hospitalarios (un 60% del total de cuestionarios enviados) y 29 de UASAS (un 68,0 % del total de cuestionarios enviados). El anexo 1 recoge un detalle de los centros y número de profesionales participantes.

En cuanto a la muestra de profesionales de centros hospitalarios consultados-as, tal y como se ha explicado en el apartado metodológico, es la siguiente: El 42,10% tenían entre 31 y 50 años, y otro 42,10% tenían más de 51 años. Los-as menores de 30 años representaron solo el 15,8% del total. El 42,1% eran hombres, frente al 57,9% de mujeres. Un 84,2% eran profesionales de medicina, un 10,5% de enfermería, y un 5,3% de trabajo social.

En lo que respecta a la muestra de profesionales de UASAS: un 48,3% tenía más de 51 años, un 44,8% entre 31 y 50 años, y solo un 6,9% tenía menos de 30 años. El 79,3% eran mujeres y el 20,7% hombres. Además, eran mayoritariamente trabajadores-as sociales (37,9%), seguidos de psicólogos-as (34,6%), médicos-as y enfermeros-as (10,3% de cada grupo profesional) y, por último, educadores-as sociales (6,9%).

Como se ha señalado, el instrumento utilizado ha sido el cuestionario. Se diseñaron dos cuestionarios estructurados acordados con el equipo de Salud Pública con preguntas confeccionadas a partir de la revisión de la literatura y distribuidas en cinco bloques: Datos generales, Formación y/o conocimientos sobre chemsex, Valoración del perfil del paciente que practica chemsex y acude a consulta/servicio; Abordaje del chemsex en consulta/servicio y Valoración de la práctica de chemsex. Además, se incluyó al final del apartado un espacio para otras aportaciones. Existen ligeras diferencias en las preguntas de los cuestionarios a centros hospitalarios y a UASAS, buscando adaptarlos a las características de cada uno de los dispositivos consultados. Los anexos 2 y 3 recogen los cuestionarios administrados.



Una vez diseñados los cuestionarios, se contó con el Servicio de Prevención y Programas de Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón que los envió vía online, entre el 23 de octubre y el 8 de noviembre de 2023, a través del correo electrónico a los-as profesionales, procediendo también a la recogida de los mismos. Esta forma de distribución presenta ventajas frente a otras, debido sobre todo a su eficiencia logística y de coste, y a su facilidad de uso (Arroyo y Finkel, 2019). La información recogida en los cuestionarios ha sido posteriormente analizada.

2.2.3. Apartado cualitativo

Un tercer apartado de esta investigación se ha centrado en el cumplimiento de parte del objetivo 1 de los objetivos específicos 2 y 3, para lo que se escogió la utilización de técnicas cualitativas. Esta metodología permite enfocarse en las vivencias de las personas participantes, recogiendo los datos desde distintos puntos de vista, lo que facilita la triangulación metodológica (Hernández et al., 2010).

La muestra cualitativa se compuso de un total de nueve profesionales de seis entidades sociales de referencia y con experiencia en el abordaje del chemsex en Aragón. Además, se contó con la participación de dos personas que practican chemsex, al considerarse especialmente importante contar con la opinión, en primera persona, de los-as propios-as chemusers. La incorporación de chemusers a las entrevistas se obtuvo mediante contactos externos indirectos del propio equipo investigador. El anexo 4 recoge un listado de entidades y chemusers participantes en el apartado cualitativo.

En este caso, el instrumento utilizado ha sido la entrevista semiestructurada. En este tipo de entrevista se diseña un guion con los temas a tratar, si bien la persona entrevistadora puede “decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular las preguntas, (...) plantear la conversación de la forma que desee, (...) o pedir al entrevistado que le aclare algo que no entiende o que profundice sobre algún aspecto cuando lo estime necesario” (Corbetta, 2007:353).

Se elaboraron dos guiones diferentes, uno para las entidades de referencia (acordado conjuntamente por el equipo de Salud Pública y el equipo investigador), y otro guion adaptado para las personas que practican chemsex. Para su diseño se tuvo en cuenta la revisión de la literatura, y se trató de seguir de manera aproximada la estructura de los cuestionarios realizados a profesionales de centros hospitalarios y UASAS en la fase cuantitativa. La diferencia más significativa del guion de las entrevistas a los y las profesionales de entidades del tercer sector respecto al cuestionario administrado a los y las profesionales de las UASAS y de los centros hospitalarios es que en el primero se incorporaron preguntas relativas al trabajo en red. Además, previo al diseño de la estructura y contenido de las entrevistas se realizó un lectura y análisis de información relativa a cada entidad: su memoria de actividades, su página web y los materiales con los que trabaja. En los anexos 5 y 6 se recogen los dos guiones utilizados.

Las entrevistas se realizaron entre el 2 y el 29 de noviembre de 2023. Todas ellas se desarrollaron presencialmente, a excepción de una de las entrevistas a chemusers, que se realizó online. En todos los casos se realizaron en espacios elegidos por los-as participantes, garantizando un ambiente conocido y relajado (Gómez et al., 2006).

Antes de la realización de cada entrevista, se entregó a los-as participantes un documento de consentimiento informado (anexo 7), para garantizar la protección de



datos personales. El equipo fue especialmente cuidadoso a la hora de preservar la privacidad de las personas que practicaban chemsex.

El contenido de las entrevistas fue grabado en audio, transcrito y codificado para su pertinente análisis.

Finalmente, para el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se utilizó la técnica de análisis de contenido, que busca describir de manera sistemática los contenidos comunicativos previamente registrados (López Noguero, 2002). Para dicho análisis, se categorizó la información recogida en distintos niveles de análisis, coincidiendo en la medida de lo posible con las categorías establecidas en los cuestionarios realizados a profesionales de los servicios públicos y a chemusers: Datos generales, Formación y/o conocimientos sobre chemsex; Valoración de las personas chemusers atendidas por la entidad; Abordaje del chemsex en la entidad; Trabajo en red y colaboración con entidades privadas y públicas; Valoración de la práctica de chemsex; y una pregunta abierta para la propuesta de mejoras que podrían realizar.

II.3. Cronograma

	JUL	AG	SPT	OCT	NOV	DIC	EN	FEB	MAR
Diseño consensuado proyecto de investigación									
Elaboración marco teórico									
Diseño consensuado de cuestionarios									
Envío cuestionarios a profesionales									
Análisis de datos de fuentes secundarias									
Diseño consensuado guiones de entrevistas									
Contacto con entidades									
Contacto con chemusers									
Realización entrevistas									
Análisis datos trabajo de campo									
Redacción final del informe									
Devolución resultados (*)									

(*) Pendiente.



III. MARCO TEÓRICO: UNA INTRODUCCIÓN AL FENÓMENO DEL CHEMSEX

Se ofrece aquí un marco teórico para encuadrar esta aproximación al fenómeno del chemsex. Está basado en los más recientes estudios e investigaciones de nuestro país e internacionales y trata de arrojar luz sobre un fenómeno que todavía está siendo perfilado en los últimos tiempos. ¿Qué entendemos por chemsex? ¿Cómo lo miramos? ¿Desde dónde lo miramos? ¿Cómo lo estamos abordando desde las diferentes instancias con las que se vincula? Estas cuatro preguntas tratan de ser respondidas en los apartados que vienen a continuación. Comprender el chemsex como fenómeno en su conjunto es imprescindible para poder abordarlo desde todos los ángulos del prisma desde el que lo miramos. Y para ello, debemos aproximarnos al mismo desde un enfoque integral y que dé cuenta del contexto específico en el que nos situamos (un territorio, una cultura específica, etc.) así como determinar los elementos clave que nos permiten observarlo en su totalidad para su profundo entendimiento y posteriores abordajes.

En primer lugar, se aporta una definición contextualizada del chemsex y se resumen e identifican algunos debates al respecto. En segundo lugar se detallan los elementos clave que se deben manejar en materia de competencia cultural LGBTIQ+ y específicamente gay para comprender el chemsex, así como modelos explicativos del fenómeno. En tercer lugar, se aporta una radiografía del chemsex y de quienes lo practican, sus motivos, los factores de riesgo y protección y los propios riesgos asociados, así como algunos elementos clave como las sesiones, las aplicaciones de contactos y el circuito de ocio gay. Finalmente, se ofrecen algunas líneas sobre el modelos de abordaje integrado del chemsex en España y algunas recomendaciones.

III.1. Una definición contextualizada del chemsex

En el ámbito internacional no existe una definición consensuada del chemsex y se plantean diferentes criterios y divergencias entre países y entidades, academia y grupos profesionales, si bien existen algunos ámbitos de consenso (Ministerio de Sanidad, 2020:12). En la literatura especializada española, a día de hoy, suele definirse el fenómeno¹ del chemsex como el “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo que puede durar desde varias horas hasta varios días” (Fernández-Dávila, 2016:44). En esta definición, como se observa, el elemento clave es la duración, esto es, el tiempo -ni la emergencia, ni las sustancias, ni las prácticas, ni los espacios, ni el número de personas vinculadas, ni las aplicaciones utilizadas para convocar-. En otras palabras, una de las características definitorias del chemsex sería ese “uso secuencial y repetitivo de las diferentes sustancias que capacitaría para mantener relaciones sexuales (...) a veces durante días” (Usó y Miralles, 2017:12).

Tiempo y riesgos son dos elementos fundamentales y conectados en esta aproximación al chemsex desde el enfoque de prevención y reducción de los riesgos y daños de quienes lo practican, así como de la promoción de su salud integral y bienestar. Mirar y definir así el chemsex permite identificar los factores de riesgos y daños potenciales para las personas que lo practican en materia de consumo de sustancias,

¹ Muchas entidades y organizaciones comunitarias que llevan en contacto con la realidad del chemsex desde hace años critican considerar al chemsex como un fenómeno, en la medida en que incluye una connotación y una mirada desde la normatividad sexual y no desde la comunidad LGBTIQ+ y, además, suele ir acompañado de adjetivos como “reciente”, “emergente”, etc. como si para la mirada heterocentrada fuera un fenómeno que aparece de improviso y sin un contexto específico claro. En todo caso, en este documento utilizaremos el término fenómeno para hacer referencia a que es un fenómeno psico-social, y desde esas claves debe ser comprendido.



salud sexual y salud mental, pero también los relativos al nivel social y material de esas personas (Fernández-Dávila, 2016). Del mismo modo, facilita ubicar las necesidades de las personas usuarias en un lugar central de cualquier aproximación, así como los significados y entendimientos que ellas mismas hacen del chemsex. Posibilita además, identificar la existencia de usos problemáticos y usos no problemáticos del chemsex, contando con la propia percepción de las personas involucradas y entendiendo que los primeros usos estarían vinculados a “aspectos relacionados con dependencia/adicción e interferencia/impacto en la vida cotidiana” (Caudevilla y Vidal, 2017:101). En otras palabras, este enfoque que se maneja permite entender que el resultado de las prácticas chemsex no tiene por qué ser ni problemático ni patológico por defecto, ya que considera que las personas tienen diferentes factores de vulnerabilidad, patrones de consumo y comportamientos (Curto et al., 2020:100) y posibilidades de enfrentar determinadas exposiciones a riesgos y daños. Lo expuesto hasta aquí acerca del enfoque que se maneja nos permite entender que la utilización de otras definiciones de chemsex diferentes a la propuesta -más o menos amplias, que incluyan otros elementos caracterizadores, desde otros enfoques- puede conllevar a que el entendimiento de un uso problemático del chemsex sea más o menos probable (Caudevilla y Vidal, 2017:102). De ahí que una definición precisa y consensuada sea clave.

También se ha planteado la necesidad de perfilar una definición precisa desde la consideración de los problemas que se han observado al trasladar “los resultados de una observación o de un estudio de un país a otro” (Fernández-Dávila, 2018a:49). Para evitar algunos de estos problemas, las voces especialistas de nuestro país han demandado contextualizar el fenómeno para perimetrarlo y comprenderlo de una manera óptima y alejada de determinados sesgos preconcebidos o escenarios que pudieran resultar alarmistas o poco rigurosos, pudiendo llegar a ser estigmatizantes para quienes lo practican o, incluso, para toda la comunidad LGTBIQ+. El enfoque de la prevención y reducción de riesgos debe favorecer una comprensión del chemsex, evitando estos escenarios y tratando de priorizar la relevancia de los significados que quienes se vinculan a contextos de chemsex dan a sus prácticas, procurando promover su bienestar y autonomía.

Una mirada a la secuencia de aparición de los estudios sobre el chemsex tanto en nuestro país como de manera internacional nos lleva directamente a la comprensión de cómo y de qué modo surge la consciencia del fenómeno². En 2014 se lleva a cabo una primera investigación³ rigurosa sobre la incidencia del chemsex en determinados barrios de Londres frecuentados por hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en la que se especifica por vez primera “la diferencia entre la actividad sexual posterior al consumo de drogas (...) y denominado [también] por primera vez chemsex” (Cabello y Troya, 2017:15). Sin embargo, será en el año posterior, en 2015, cuando una publicación británica médica y especializada, a través de su editorial, coloque el chemsex en el “escenario mundial, tanto a nivel científico como social”, llegando en ese mismo periodo a la prensa, “entre ellas la española, que se hizo eco de la información” con un “mayor o menor rigor y extendiendo el interés a la sociedad” (Cabello y Troya, 2017:15). Así pues, la consciencia del fenómeno está marcada por el interés tanto científico como social, y dará el pistoletazo de salida para un significativo número -aunque relativo e insuficiente todavía- de estudios sobre el chemsex. De este modo, las investigaciones que ofrecen datos sobre la prevalencia del chemsex y los perfiles de quienes lo practican en el plano internacional fueron creciendo en la última década y,

² Para más información sobre los primeros estudios sobre el tema y la aparición de la consciencia del fenómeno en el marco internacional, se puede consultar, entre otros: Cabello y Troya (2017).

³ Este informe es publicado desde Antidote, un servicio de atención a la drogodependencia para personas LGTBIQ+ londinense, y que “alertaba sobre un cambio en el patrón de consumo en hombres GBHSH” (Ministerio de Sanidad, 2020: 25).



más particularmente en nuestro país, en los últimos años⁴. Fue en 2020 cuando el grupo de trabajo de chemsex del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD a partir de ahora) publicó un informe técnico sobre el abordaje del chemsex (Ministerio de Sanidad, 2020) con el objetivo de asentar las bases comunes para una comprensión y acercamiento al mismo en nuestro país, recogiendo la literatura especializada realizada hasta ese momento. Todo ello, en un marco en el que todavía “existen pocos trabajos” y los que existen adolecen de dificultades, por ejemplo, para comparar sus resultados con otras investigaciones en España y fuera de ella (Ministerio de Sanidad, 2020:25).

En su mayoría, las investigaciones han sido dirigidas a definir y delimitar los elementos esenciales y la magnitud del chemsex en sus rasgos actuales, en la medida en que no es un fenómeno reciente (Fernández-Dávila, 2018a) pero presenta elementos particulares a día de hoy que deben ser precisados. Así, el contexto en el que se han desarrollado las investigaciones viene determinado por la necesidad de precisar cuál es la realidad del fenómeno en España, para dar contorno a sus elementos caracterizadores y su magnitud, a través de la identificación de la prevalencia, los patrones en las prácticas o los perfiles sociodemográficos, por ejemplo. Pero este contexto también viene marcado por la urgencia de neutralizar “la falta de información rigurosa” y el tratamiento “sensacionalista” (Fernández-Dávila, 2016:43; Ministerio de Sanidad, 2020:68) con el que determinados actores, mayormente medios de comunicación y prensa, estaban tratando de explicar una supuesta *emergencia*⁵ del chemsex en España. Algunas de estas investigaciones, de hecho, ya en 2016, observaron que el término chemsex estaba *saltando* de la prensa británica a la española, de tal forma que podrían estar “ofreciendo una visión a menudo sesgada y cargada de sensacionalismo” del mismo, “provocando la alarma y estigma hacia los hombres que lo practican” (Fernández-Dávila, 2016:61) y distorsionando la magnitud del fenómeno.

El término chemsex en nuestro país, ha sido introducido a través del campo médico, mediático e investigador, y no desde quienes lo practican o se vinculan al dicho fenómeno y que, hasta hace poco tiempo, no lo estaban utilizando para nombrar esas prácticas. chemsex (*chem*: química, es decir, droga en argot y *sex*: sexo) proviene del contexto británico, aquí sí, de las propias personas usuarias -aunque no fuera el más popular en su momento⁶, para ser después empleado por “los servicios profesionales que comenzaron a generar las primeras respuestas asistenciales” (Soriano, 2022:5). Sin embargo, como ya se afirmó, en España “se popularizó primero en el ámbito de la literatura técnica, los servicios profesionales y los medios de comunicación” (Soriano, 2022:5), y/o se introdujo en “materiales digitales sobre el chemsex, pero básicamente repitiendo las definiciones dadas en publicaciones británicas o recogidas de la prensa local” (Fernández-Dávila, 2016:43). De esta forma, se dio la situación de que las propias personas que lo practicaban aquí desconocían este término y se referían a estas prácticas “con palabras de argot local como sesión, colocón, chill, etc.” (Soriano, 2022:5), o, incluso, “una gran mayoría no sabrá a qué cosa se está haciendo referencia”

⁴ Véase el capítulo 2, “Situación del chemsex en España”. Ministerio de Sanidad (2020).

⁵ Como explica Fernández-Dávila (2018a:45), el fenómeno conocido ahora como chemsex “nunca había causado tanto interés, cuando esta práctica ha estado presente en la vida de muchos hombres gays desde hace ya bastante tiempo. Sin embargo, si se considera al chemsex como un “fenómeno emergente”, sería por: (1) cierta forma en cómo se practica, que tiene que ver con la duración (mucho más tiempo de lo que solía ser), (2) la gran diversidad de drogas que se consumen, y (3) las consecuencias que está teniendo en la vida de muchos hombres.

⁶ Si bien, siguiendo a Fernández-Dávila (2016:45) “el término chemsex en el Reino Unido no era en 2016 “ni mucho menos el más utilizado entre los hombres gays para referir la preferencia o la búsqueda de sexo acompañado por el consumo de drogas, aunque haberle prestado bastante atención en [aquel] año en ese país puede haber popularizado ese término. Los anglicismos más populares que hacen referencia al sexo con drogas son: *Party and Play* (PnP), *chillout*, *long session*, HH (*horny and high*), *chems/chemsfriendly*, *piggie session*, etc.”



(Fernández-Dávila, 2016:46) con tal término. No obstante, ya en 2017 se pudo constatar cómo se ha venido produciendo una progresiva “convivencia de códigos y argots de otros países con sus versiones y aportaciones locales”, en parte explicado por “el peso del turismo gay” en determinadas ciudades españolas, consideradas “un destino estrella” internacional en este sentido (Soriano, 2017:16). De las mencionadas adaptaciones locales o de “los términos equivalentes que hacen alusión al chemsex” han sido destacados “sesión, morbo y vicio, fiesta, colocón (“klkon”), etc.; aunque últimamente algunos hombres comienzan a utilizar algunos de los anglicismos mencionados (*chems, party, chillout*)” (Fernández-Dávila, 2016:46). Por otra parte, y en este punto, debe ser considerada la brecha que existe entre “la información que se divulga sobre el chemsex y cómo lo definen y lo practican” las personas chemusers (Fernández-Dávila, 2018a:56). Se ha señalado como una de las vías de corrección de dicha brecha la inclusión de “la mirada de la propia comunidad (...) en el diseño de cualquier propuesta de investigación o intervención” (Fernández-Dávila, 2018a:61), más allá de la mirada sociosanitaria, clínica, etc.

La situación a día de hoy en materia investigadora acerca de la realidad del chemsex en nuestro país es de una relativa y “suficiente información para describir cómo es”, que convive con la necesidad de más investigaciones especializadas que puedan arrojar luz sobre el fenómeno y que sorteen problemas actuales como, por ejemplo, la falta de consenso en la definición o las limitaciones en la comparabilidad de los estudios. Para ello, se ha reclamado que resulta urgente “consensuar y acordar una base de trabajo común” (Soriano, 2022:10), tanto en el marco estatal, como de manera internacional.

III.2. Competencia cultural LGTBIQ+ para comprender el chemsex

No se puede entender como chemsex todo uso sexualizado de drogas, como no se puede abordar el chemsex al margen de la cultura LGTBIQ+ y las prácticas y comprensiones de hombres gays, gays, bisexuales y que tienen sexo con otros hombres⁷ (en adelante GBHSH) y la cultura sexual gay en la que se encuadran. Ambas afirmaciones son consensos de la literatura especializada (Ministerio de Sanidad, 2020) e indican que el vínculo entre chemsex y cultura gay es otra de sus características definitorias junto al tiempo, en el sentido de mayor duración y exposición. En este sentido, tal y como han advertido las voces especializadas, cualquier aproximación y atención profesional al chemsex que se pretenda efectiva, adecuada y de calidad debe ser realizada desde el conocimiento de la cultura en la que este se inscribe (Fernández Dávila, 2021:134), por lo que las y los profesionales deben adquirir las competencias culturales requeridas para que puedan manejarse con “los códigos, normas, valores y lenguajes” (Fernández-Dávila, 2021:125) propios de esta cultura, reconociendo así la relevancia del marco de la diversidad en el campo de la salud pública.

Este marco socio cultural, precisamente, nos permite observar el chemsex “ante

⁷ Este término describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, independientemente de si tienen o no relaciones sexuales con mujeres o de si, en un nivel particular o social, tienen una orientación gay o bisexual (Rodríguez y Castillo, 2008:17). A pesar de haber estado sometido a intensos debates entre integrantes del ámbito científico y de las ciencias sociales y el activista y comunitario, la noción de GBHSH se construye desde un punto de vista epidemiológico en el marco de la aparición del VIH, en la medida en que incluye, además de a gays y hombres bisexuales, a todos los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, incluyendo la pauta de comportamiento y no así únicamente la de identidad por orientación sexual, “intentado superar la supuesta homogeneidad que presentan ciertas categorías identitarias y revelar la enorme diversidad y heterogeneidad a partir de la una compleja interrelación entre deseo sexual, prácticas y comportamientos sexuales, redes socio sexuales y roles de género” (Barreda et al., 2010:45). En las siglas GBHSH, esta última parte, HSH, precisamente incorpora “a aquellos sujetos cuyas prácticas no adscriben a ninguna de las identidades sociosexuales: homosexual, gay, bisexual, transgénero, travesti, transexual” (Barreda et al., 2010:46)



todo [como] un fenómeno psico-social-cultural” (Fernández-Dávila, 2021:134), que vaya más allá de una mirada meramente clínica o sanitaria, para poder prestar atención a “las características y circunstancias epidemiológicas y culturales distintas” de los colectivos relativos a dichas culturas, así como “sus comportamientos sexuales diferentes” (Ministerio de Sanidad, 2020:9) a los de la cultura dominante.

A continuación se ofrece un desarrollo explicativo sobre la cultura gay que permita analizar y abordar el fenómeno socio cultural del chemsex de un modo profundo. Después, se expone la existencia de diferentes modelos teóricos que permiten comprender el chemsex en relación a esta cultura gay y a algunos efectos psico-socio-culturales que tendría, tales como la homofobia o el estigma interiorizado, y que también se resumen.

3.2.1. La cultura gay y el chemsex

La cultura gay es una subcultura dentro de la LGTBIQ+, y ambas existen en la medida en la que existe la cultura hegemónica o dominante, la cultura heterosexual, que jerarquiza las prácticas sexuales y las relaciones entre géneros. Así, la cultura heterosexual es una forma de organización social de las sociedades modernas que produce la subordinación de las mujeres por los hombres a través de la dicotomía hombre/mujer y una “jerarquía de actos sexuales” que, a su vez, crea “identidades sexuales compartidas basadas en determinadas prácticas o deseos” (Moreno y Pichardo, 2006:146) y las ordena y subordina. La cultura hegemónica no hace tanto referencia a las prácticas sexuales individuales o a una determinada orientación del deseo, como a un régimen político específico que administra y expresa las formas en las que cada sociedad entiende qué es la sexualidad, con qué elementos está relacionada, qué límites tiene, qué se prohíbe, qué se entiende como normal y qué queda entonces fuera de la norma, etc. Esta cultura sexual dominante prescribe la norma heterosexual a través de constituirla en el “en patrón universal de cualquier práctica sexual «normal», es decir, desgajada de la ignominia de lo «contra natura»” (Bourdieu, 1999:62). Para llevar a cabo esta normalización, la heterosexualidad se naturaliza (Coll-Planas, 2010:335), se define como un hecho natural, pasando a ser equiparable a lo normal, por lo que “toda aquella conducta que se desvía de las relaciones heterosexuales se puede discriminar, estigmatizar y, más aún, patologizar” (Vélez, 2021:2). Es importante conocer el modo en el que la cultura heterosexual construye la heteronorma a través de la exclusión de la diversidad sexual (Cantillo, 2016:96) para comprender que la cultura LGTBIQ+ y sus subculturas y productos, como lo es el chemsex, están marcados por este patrón de exclusión.

Desde este punto de vista, podemos afirmar que la discriminación, exclusión, subordinación, violencia simbólica o material forman parte de la cultura LGTBIQ+⁸, por lo que “los insultos, las miradas de desprecio, las discriminaciones, las vejaciones, las humillaciones y las palizas que reciben trans, lesbianas y gays no son elementos accidentales, sino que parten del proceso de mantenimiento de la estructura” (Coll-Planas, 2010:335). Estas acciones estructurales, de hecho, producen consecuencias sociales e individuales que pueden llegar a implicar que los colectivos que integran la cultura LGTBIQ+ compartan “factores socioculturales” como el estigma, el *bullying* o las agresiones LGTBIQfobas (Ministerio de Sanidad, 2020:33) que, a su vez, tienen efectos específicos en su salud y bienestar. Intentar abordar el chemsex desde un punto de vista que no contemple este contexto cultural puede llevar a equívocos y malas

⁸ Del mismo modo, se ha demostrado que la LGTBIQfobia y otros procesos de exclusión relacionados también sirven para regular aquellas prácticas, comportamientos, expresiones de género, etc. heterosexuales que no encajan exactamente en las normas sexuales y de género.



interpretaciones del fenómeno que, a su vez, constituye y forma parte de la subcultura gay.

Supuesto esto, la cultura LGTBIQ+ y la gay también “tienen sus propias formas de regulación” de la sexualidad y los cuerpos en su interior y que darían a su vez normas específicas y exclusiones, pudiendo afirmar que “la heterosexualidad obligatoria lleva aparejada, de manera indisoluble, (...) una homonormatividad” (Moreno y Pichardo, 2006:145). Más adelante observaremos algunos modos concretos en los que la cultura sexual gay hegemónica produce normas sexuales y cómo se entrelaza con el sistema de género a través de la prescripción de un modelo dominante de masculinidad, contemplando qué implicaciones podrían tener ambas cuestiones para el chemsex. En todo caso, lo que acabamos de afirmar no implica en modo alguno que las minorías sexuales y de género reproduzcan “de manera automática la sexualidad hegemónica” en cuanto que producen homonorma, “sino que desarrollan sus matices” (Guasch, 2016:44). Sirva esta breve observación para advertir que cualquier extrapolación directa entre cultura heterosexual dominante y culturas LGTBIQ+ corre el riesgo de incurrir en errores y malinterpretaciones. Por ejemplo, y para el caso particular que aquí interesa, veremos que la cultura sexual gay combina elementos de regulación interna, tanto sexual como de género, tales como la prevalencia de la masculinidad hegemónica -o un modelo muy fuerte de concebir la virilidad y el ser hombre- y unos patrones de comportamiento sexual deseados y no deseados, entrelazados con el estigma por el estado serológico, la homofobia interiorizada o respuestas anticipatorias del rechazo que pueden recibir por su orientación sexual y/o expresión de género.

La cultura sexual gay está integrada por “valores, creencias y comportamientos individuales y sociales” propios y particulares y, no obstante, está ligada a la cultura sexual hegemónica de forma tal que “cualquier cambio que se vea en el sistema social, en general, tendrá sus efectos de manera notoria en el sistema de valores del grupo” (Ministerio de Sanidad, 2020:43), en la medida que ambas son “el resultado de un proceso de construcción cultural histórico y dinámico” (Ministerio de Sanidad, 2020:44). La cultura sexual gay dispone de “códigos o símbolos”, como por ejemplo serían “el uso de pañuelos de colores en el pasado o determinados emojis en aplicaciones de contactos que permiten “expresar preferencias, roles, atributos, deseos, etc” (Ministerio de Sanidad, 2020:43). Otras manifestaciones de esa cultura sexual se expresan por ejemplo a través de “la preferencia por determinadas prácticas o juegos sexuales, la elección de la vestimenta, la parafernalia de juguetes eróticos, el diseño de los locales de encuentro sexual, o los códigos y normas de comportamiento e interacción en estos últimos, entre otros aspectos (Ministerio de Sanidad, 2020:44).; “normas”, como puede resultar el hecho de “no establecer un diálogo antes de tener sexo” en lugares de intercambio sexual gay; “valores” como podría ser “el culto a la belleza” o a la juventud y, finalmente, un “lenguaje propio” (Fernández-Dávila, 2021:127). Todos estos elementos, al igual que la propia cultura gay, varían a lo largo del tiempo y se transforman y su conocimiento y manejo es necesario para cualquier abordaje del chemsex. Por otro lado, la cultura sexual gay tiene “sus propios espacios de búsqueda (como el ambiente, Internet o App) y encuentros sexuales (locales o lugares de sexo)” en los que del mismo modo rigen códigos y normas específicas (Fernández-Dávila, 2021:127). Una de ellas, por ejemplo, podría ser la “ley del silencio” o la ausencia de diálogo en lugares de intercambio sexual, generalmente relacionada con el mandato de discreción y la protección de la identidad e integridad personal, y por la cual, a cambio, se han tenido que construir “colectivamente símbolos que los usuarios asumen (...) de



la misma manera” (Fernández-Dávila, 2021:128) para poder comunicarse más allá del mutismo⁹.

Dentro de la cultura sexual gay hay subculturas y el chemsex se ha entendido como una de ellas, en la que las aplicaciones de geolocalización de hombres GBHSH tienen una relevancia importante, así como los lugares de ocio y encuentro gay, además de la duración de la sesión o sesiones y el uso sexualizado de drogas. Otras subculturas de la cultura sexual gay podrían ser, por ejemplo, “la cultura *bareback*, la cultura *leather* y *fetish*, o la cultura de las aplicaciones de contactos como Grindr” (Ministerio de Sanidad, 2020:44) así como el *cruising*, entre otros.

Como ya se afirmó, la cultura sexual gay, dentro de la cual el chemsex se incluye, también produce homonormatividad. De hecho, se ha demostrado que la homonorma vigente produce una forma de “identidad gay” que “se construye tomando como referente el modelo masculino-viril” (Fernández-Dávila, 2018b:16), o lo que desde los estudios críticos de la masculinidad se ha denominado “masculinidad hegemónica” (Connell, 2015 y 2021). Así que la cultura sexual gay dominante privilegia una forma específica de ser gay, conectada con la forma dominante de ser hombre en nuestras sociedades contemporáneas. En este sentido, por ejemplo, la cultura gay hegemónica promueve las expresiones y elementos saturados de virilidad, como paradigmáticamente podrían ser “los músculos, la barba, el cuero, etc.” (Fernández-Dávila, 2018b:16), pero también otros rasgos del modelo de masculinidad dominante como son la autonomía, la ausencia de expresión de afecto, la identificación con el poder y el estatus, la presunción de *valentía* para correr riesgos (Collado, 2017), etc. “Los medios de comunicación y la industria” apuntalan este ideal masculino-viril como identidad gay privilegiada, promoviendo el culto a un tipo determinado de cuerpos “fibrados o musculados” muy sexualizados que contribuyen al refuerzo y reproducción de estos estereotipos (Ministerio de Sanidad, 2020:45) hacia dentro y hacia afuera de la comunidad gay.

En esta línea, se ha evidenciado que a lo largo del siglo XX se ha producido una “masculinización de los hombres identificados como homosexuales”, de modo tal que el “modelo de deseo homosexual masculino” ha ido incorporando un progresivo rechazo de la pluma, es decir, “de las actitudes o formas de actuar consideradas como afeminadas” (Ariza, 2018:453). De esta manera, “las concepciones culturales de la masculinidad” dominantes “han pasado a ser un elemento central en el mundo simbólico de los hombres con prácticas homosexuales, así como en la configuración de las subculturas gays” (Coll-Planas, 2010:335). Esto trae al interior de la cultura sexual gay formas de discriminación “de las sociedades patriarcales” como puede ser “el machismo como ideología que sustenta la dominación masculina”, que opera a través del “rechazo de cualquier expresión o identidad de género que no concuerde con la tradicional virilidad masculina” (Gómez, 2019:109). Este modelo de género dominante que influye también a la cultura sexual gay entiende la sexualidad de un modo específico, por el cual la sexualidad femenina sanciona el deseo, se dirige a la reproducción, es pasiva y, en todo caso, ha de ser controlada socialmente (Fernández-

⁹ Se ha desarrollado la inexactitud y desacierto de analizar por ejemplo fenómenos como la violencia sexual o el consentimiento en prácticas de chemsex desde un punto de vista heterocentrado que cuenta con la verbalización y unos códigos y símbolos de la cultura sexual dominante y no con los propios de la cultura en la que el chemsex se desarrolla. Por ejemplo: Fernández-Dávila (2018) o Paniagua et. al. (2022). Esto no quiere decir que no se pueda contemplar el establecimiento de relaciones seguras en el marco del chemsex; este punto, resulta interesante revisar guías de consentimiento sexual en prácticas de chemsex como la elaborada por la entidad SOMOS LGTB+ de Aragón: González et al. (2018). De hecho, “los relatos de las víctimas de abusos y agresiones sexuales (incluyendo la violación), y la mayor toma de conciencia sobre esta situación por parte de las organizaciones comunitarias, han llevado a que desde entidades se hayan elaborado mensajes de salud específicos en torno al consentimiento sexual en el contexto del chemsex. En el caso de España, sin embargo, esta línea de trabajo ha tenido todavía poca difusión” (Ministerio de Sanidad, 2020:42).



Dávila, 2018b:16) y donde la sexualidad de los hombres se concibe como activa, natural e imparable. Esta concepción desigual de la sexualidad femenina y masculina se ha traducido a lo largo de la historia en mayores cotas de libertad sexual para los hombres, con las que las mujeres no han contado.

Este modelo ideal de comprender la sexualidad y el modo de ser hombre que se privilegia, marcan definitivamente las formas en las que se proyectan y realizan las prácticas sexuales concretas dentro de la cultura sexual gay y, más específicamente, de la cultura del chemsex. La exigencia de durabilidad y de disponibilidad sexual, de valoración de determinadas prácticas por encima de otras, de búsqueda pertinaz de parejas sexuales, sesiones o contactos, forman parte de la noción hegemónica de sexualidad masculina y sus mandatos. La cultura sexual gay, además, está muy sexualizada, es falocéntrica (como lo es la cultura sexual dominante) e incluye la idea de tener muchas parejas sexuales, lo que se ha asociado a la masculinidad hegemónica y no (al prejuicio de) la promiscuidad (Fernández-Dávila, 2018b:16). También, en este marco del modelo hegemónico de masculinidad, la norma gay dominante prescribe “desalentar las afiliaciones personales”, de modo tal que “instiga la alta frecuencia del sexo” ocasional, lo que puede provocar dificultades “para integrar amor y sexo” (Fernández-Dávila, 2018b:17) u otras relaciones afectivas y de amistad.

Por otro lado, la cultura sexual gay incluye una alta tolerancia y permisividad hacia el uso de drogas (Ministerio de Sanidad, 2020; Fernández-Dávila, 2018b) por varias razones, una de ellas, el lugar central en el que coloca al placer y al hedonismo y el papel del consumo de sustancias que pueden provocar una sensación de bienestar (Fernández-Dávila, 2018b:17), así como potenciar la satisfacción sexual. Esta tolerancia concuerda, además, con “la alta accesibilidad a drogas en este colectivo, facilitada por el uso de aplicaciones de contactos gays” (Ministerio de Sanidad, 2020:45), entre otros.

Se han apuntado algunas conexiones entre algunos significados que el chemsex incorpora, como el aumento del número de parejas sexuales, la realización de prácticas que habitualmente no se llevarían a cabo -porque pueden resultar riesgosas o dolorosas, por ejemplo-, o la prolongación del placer sexual con el mandato sexual del modelo dominante de ser hombre que, como vimos, afecta también a la esfera sexual gay¹⁰. Lo anterior no debe tomarse de ningún modo como una relación de causa efecto, en la medida en que las razones y motivaciones para vincularse al chemsex son dispares y, además, como ya se ha mencionado en otra ocasión, no siempre conllevan usos problemáticos. En todo caso, el trasfondo explicativo que aporta el conocimiento de la cultura LGTBIQ+ y de la cultura sexual gay establece un marco para la comprensión de las motivaciones, en el que la homofobia estructural e interiorizada, la serofobia y el trauma colectivo por la pasada epidemia del VIH juegan un papel fundamental, así como “la importancia” para los hombres GBHSH de “compartir actividades ritualizadas” al pertenecer a un “colectivo estigmatizado” (Ministerio de Sanidad, 2020:20). Un contexto de uso sexualizado de drogas como es el chemsex, además, puede permitir desinhibición en cuanto a la presión sobre el aspecto físico, “el temor a no estar a la altura sexual” (Usó y Miralles, 2017:14.), el miedo a la revelación

¹⁰ En este sentido, por ejemplo, se ha problematizado: “la cultura sexual gay hegemónica reproduce estos códigos al construir el rol de activo vinculado a la masculinidad hegemónica –agresivo, rudo y penetrador-, y el de pasivo vinculado a la femineidad hegemónica –delicado, frágil y penetrable-. Durante las prácticas chemsex todos estos bio-códigos se ponen en circulación, constituidos y reforzados por las propias tecnologías que incorporan los usuarios, que orientan el deseo y placer bajo un modelo sexual coitocéntrico: consumo de Viagra para provocar y mantener la erección del pene durante varias horas; poppers como vasodilatador que favorece la dilatación anal; ketamina para disminuir la sensación de dolor y poder llevar a cabo otras prácticas más agresivas; GHB/GHBL o anfetaminas para mantener la libido sexual y seguir siendo productivos en el sexo para conseguir el beneficio del placer o la deseabilidad.” En Gallardo (2023:47-48).



del seroestado, etc. Por otra parte, se ha investigado que el “sexo puede ser la vía principal” para “relacionarse en el sentido más amplio de la palabra” de muchos GBHSH, y por el cual se expresan “muchas necesidades no-sexuales”, por lo que la vinculación a las prácticas del chemsex también podría tener que ver con “colmar ciertas necesidades psicosociales”, por ejemplo, “buscar compañía” (Fernández-Dávila, 2018b:15).

Frente a todo esto, el chemsex ofrecería a quien lo practica “un contexto sexual en el que están representadas las cualidades que valora y que le van a permitir” tener el sexo que se entiende como deseable: “una libido poderosa y duradera, sin trabas inhibitorias” que faculta, además, la posibilidad de “atreverse a experiencias” que no se habían realizado antes (Usó y Miralles, 2017:14). De nuevo, frente a esto, vincularse a prácticas de chemsex también se ha relacionado con la posibilidad de autolesión a través del consumo de drogas o de la realización de prácticas de riesgo, provocada por “un mayor estigma social, estrés por la orientación sexual o estrategias de afrontamiento basadas en el auto enjuiciamiento” (Galindo y Ferrando, 2017:65).

3.2.2. Modelos teóricos explicativos para el chemsex

Se han propuesto varios modelos que combinan varios factores para explicar la mayor presencia de personas LGTBIQ+ en entornos de riesgo y vulnerabilidad para su salud y bienestar, o bien de relevancia para nuestro caso, también en ámbitos como el del afrontamiento desadaptativo, incluido el uso de drogas (Ministerio de Sanidad, 2020:34). Recogemos aquí aquellos que pueden explicar la práctica del chemsex en contextos determinados y permiten una comprensión integral del fenómeno, en la medida en que para entender la existencia del chemsex en el marco de los hombres GBHSH “necesitamos observar todos los factores que pueden estar interviniendo y potenciando” (Fernández-Dávila, 2018b:10) que más hombres se vinculen a este uso sexualizado de drogas en particular.

Estos modelos son importantes para comprender determinadas vulnerabilidades de hombres GBHSH en materia de salud y porque permiten “contextualizar por qué una parte de estos hombres llegan a desarrollar y mantener usos problemáticos del chemsex” y se convierten, por tanto, “en herramientas valiosas para implementar estrategias de prevención” e intervención (Curto, 2020:4). En concreto, se trata del modelo ecológico, el modelo de estrés de minoría y el modelo sindémico, por lo que dedicamos una parte de este marco introductorio para su explicación.

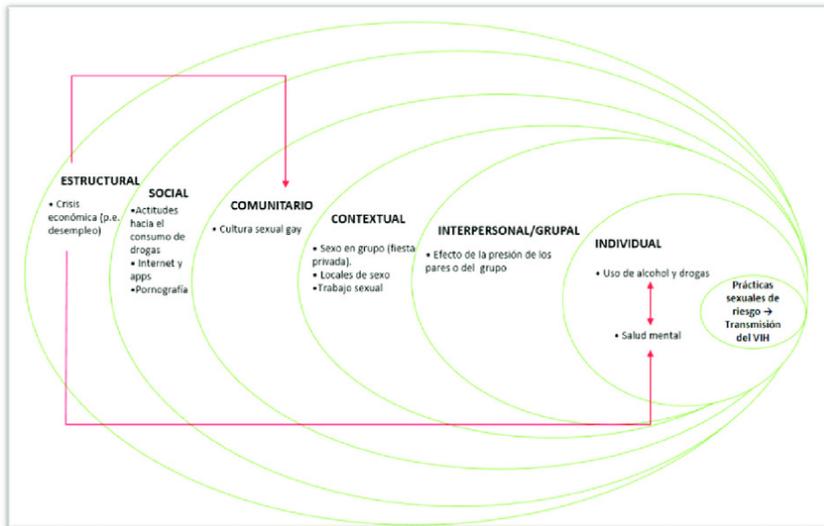
Por una parte, el modelo ecológico formula un esquema conceptual¹¹ de interrelación de factores estructurales (los efectos de una crisis económica, como podría ser el desempleo), sociales (las actitudes hacia el consumo de drogas, la aparición y el manejo de App e internet), comunitarios (los elementos constitutivos de la cultura sexual gay, en este caso), interpersonales (el efecto de la presión de los pares del grupo) e individuales (la situación de salud mental o el uso de sustancias) y el modo el que “pueden estar interactuando unos con otros” (Fernández-Dávila, 2016:58) para acercarnos a una comprensión profunda del fenómeno del chemsex. Por ejemplo, Fernández-Dávila (2016) utiliza este modelo para explicar de qué modo las prácticas sexuales sin preservativo pueden estar influidas “por el contexto físico y las normas grupales de ese contexto (influencia de la presión de grupo) que empuja a tomar decisiones [individuales] sobre nuestra conducta sexual” (Fernández-Dávila, 2016:58). Este modelo, combinado y en relación con los otros, abre las posibilidades de

¹¹ El modelo planteado por Fernández-Dávila (2016), como el autor mismo explica, supone una adaptación del modelo socio-ecológico empleado previamente por especialistas como Baral, S., Logie, C., Grosso, A., Wirtz, A. y Beyrer, C. para comprender la epidemia del VIH. Por ejemplo: Baral (2013).



comprensión e intervención en contextos problemáticos de chemsex desde varios ámbitos y, además, permite considerar los factores de riesgo y vulnerabilidad asociados a prácticas problemáticas y trabajar con ellos en sus diferentes niveles. El propio autor aporta un mapa conceptual (Fernández-Dávila, 2016:51), en el que se muestran todos los elementos del modelo que han de ser identificados y considerados:

Figura 1. *Modelo ecológico*



Fuente: Fernández Dávila, 2016

El modelo de estrés de minoría elaborado por Meyer (2003), por su parte, vincula los efectos en la salud y bienestar que producen determinados estresores ambientales comunes a todas las personas con otros “estresores únicos que son basados socialmente en relación a [la] identidad minoritaria” (Curto, 2020:50) de las personas LGTBIQ+. Para lo que aquí nos concierne, expone que los hombres GBHSH forman parte de una minoría sexual, y como tal, “presentan mayor riesgo de experimentar algunos elementos estresantes en mayor medida que la población heterosexual” (Curto, 2020:50). Entre los factores estresores de carácter objetivo y estructural (distales), el modelo señala aquello que ya se ha mencionado más arriba: la “homofobia, violencia, discriminación o abuso” que, además, pueden darse a lo largo del ciclo vital y pasar a considerarse como “una fuente de estrés crónico” (Curto, 2020:50) para GBHSH.

La homofobia, de hecho, es descrita en la teoría del estrés de minoría como el principal factor estresor externo y es situado en la base de la violencia o la discriminación mismas (Curto, 2020:50), por lo que conviene detenernos en ella. Definimos la homofobia¹² como “la actitud hostil respecto a los homosexuales” que se manifiesta arbitrariamente señalando “al otro como contrario, inferior o anormal” y fuera del “universo común de los humanos” (Borrillo, 2005:6). Se ha advertido que el término homofobia puede ser percibido por su propia denominación como un concepto que hace

¹² Cabe destacar aquí que la homofobia presenta dos operaciones “diferentes y complementarias: como un prejuicio que se basa en la orientación sexual y/o identidad de género, generando discriminación y la violencia” y, por otro lado, como “un dispositivo de vigilancia de las relaciones entre hombres que está basada en la refutación de cualquier rasgo que ponga bajo sospecha la heterosexualidad y en consecuencia de la propia masculinidad”. Así, debemos comprender que la homofobia sirve tanto para la regulación y el control de la población LGTBIQ+ (“son las víctimas preferidas de los actos de discriminación y violencia basados en prejuicios”), como para el control de los perímetros de la masculinidad heterosexual y de la homosexual.



referencia a fobias o rechazos individuales cuando, en realidad, se utiliza para describir un elemento estructural que emana del sistema de organización sexual heteronormativo. Este proceso de exclusión y dominación estructural se sirve además de la jerarquización e inferiorización, así como del establecimiento de “diferencias entre los individuos a partir de los estereotipos de «lo masculino» y «lo femenino»”, de tal forma que “cualquier variación [fuera del estereotipo o norma] ya sea en apariencia, actitudes, roles o prácticas sexuales es motivo de desdén, rechazo o agresión” (Borrillo, 2005:7). Tanto para los procesos de homofobia como para otros relacionados, por ejemplo, con la serofobia -estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH, en diversos ámbitos de la vida cotidiana y en las relaciones afectivas y sexuales, y que generan un efecto negativo en el bienestar y calidad de vida de estas, (Rodríguez y Castillo, 2008:23)-, pueden producirse comportamientos y respuestas de anticipación del rechazo y que pueden darse en muchas etapas de sus vidas (infancia, periodo escolar, ámbito laboral, tercera edad, etc.). También se remarcan estas conductas de anticipación del rechazo porque son relevantes para comprender “las dificultades que GBHSH tienen a la hora del “acceso al sistema de salud, el retraso en la búsqueda de ayuda ante problemas de salud mental, o a la hora de revelar la orientación sexual o conductas de riesgo ante los profesionales de salud” (Curto, 2020:51).

Si la homofobia es el factor estresor externo más relevante, dentro de los estresores subjetivos (proximales), la homofobia interiorizada es uno de los principales. Esta, también denominada homofobia internalizada, se define como “la aversión hacia los propios sentimientos y comportamientos (...) debido a la asimilación de las imágenes y mensajes negativos de la homosexualidad recibidos en la etapa de socialización” que cada persona puede recibir en el ámbito familiar, educativo, medios de comunicación, etc., debido a “la contradicción entre esos mensajes y los sentimientos vividos [subjetivamente] de atracción hacia personas de su mismo género” (Rodríguez y Castillo, 2008:18). Afecta primordialmente a personas gays, lesbianas y bisexuales y, en el fondo, es una “interiorización de los prejuicios y el estigma relacionado con la orientación sexual” (Curto, 2020:51), pudiendo convertirse en un “pobre autoconcepto y baja autoestima” de una o uno mismo que, a su vez puede “facilitar el consumo de sustancias o las prácticas sexuales de riesgo para la infección por VIH y otras ITS”, así como “altos niveles de ansiedad, depresión, ideación suicida y conductas autolesivas” (Curto, 2020:52).

En otras palabras, la teoría del estrés de minoría permitiría entender que la homofobia estructural -entre otros factores- traducida en determinados “contextos de violencia y discriminación contra las personas LGTBI+” más o menos explícitos, generaría en las personas lesbianas, gays y bisexuales una suerte de “estados de alerta permanente” en los que la anticipación del rechazo o la expectativa de actitudes negativas de quienes integran la cultura dominante pueden llegar a ser “una condición permanente” o una “vigilancia crónica” (Vergara, 2023:17). Ahí, la homofobia internalizada tendría su contexto de canalización y origen, pudiéndose dar situaciones por las que, a pesar de “que las personas [LGTBIQ+] vayan avanzando en el reconocimiento y aceptación de su identidad”, el contexto llevaría “psicológicamente al sujeto a un conflicto permanente entre su autopercepción y las actitudes de discriminación a la que fue expuesto” o expuesta, generando “condiciones de mayor vulnerabilidad que se expresan en problemas de salud mental” (Vergara, 2023:18). En este contexto, “el uso de sustancias podría ser utilizado como estrategia de afrontamiento frente al estrés producido por una situación de estigma y discriminación o por problemas psicosociales”, pudiendo este hecho “contribuir a la expansión de una enfermedad dentro de una determinada población” (Ministerio de Sanidad, 2020:43). Por citar dos ejemplos, la homofobia interiorizada ha sido relacionada con “una prevalencia 2,47 veces mayor de trastornos mentales frente a las personas heterosexuales”, o con “4,28 veces más riesgo de cometer un intento de suicidio”



(Paniagua y Dujo, 2022:30).

Al modelo ecológico y al de estrés de minorías añadiremos la teoría de la sindemia, creada por Singer (2009), que define este concepto como “la combinación de dos o más enfermedades, o condiciones de salud, en una población específica”, en nuestro caso, aplicado a la población GBHSH. Lo relevante de esta combinación es que ambas se agregan más allá de la noción de comorbilidad médica y más allá de la mera suma “de dichas enfermedades” o condiciones, “produciendo un aumento de la carga” de las mismas (Gallardo, 2023:40), de tal forma que sus efectos, consecuencias y riesgos se expanden. Se ha demostrado una “gran concentración de factores sindémicos en las personas que practican chemsex”, de tal modo que las discriminaciones sufridas (homofobia, serofobia, etc.) pueden ser consideradas “factores que pueden afectar a la salud física y mental de las personas, incluyendo el uso problemático de sustancias en un contexto sexual” (Ministerio de Sanidad, 2020:43) y constituir “entornos de riesgo” sindémicos en los que se inscriben “estigma, la marginación, el estrés de las minorías y el afrontamiento desadaptativo, incluido el uso de drogas” (Ministerio de Sanidad, 2020:44) y en los cuales los hombres GBHSH podrían estar sobrerrepresentados. Aplicar el modelo sindémico y del estrés de minoría al ámbito del chemsex demostraría que las afectaciones de salud, psicosociales, de consumo, de prevalencia del VIH y de ITS de GBHSH deben abordarse en términos epidemiológicos de una manera global que contemple todos esos procesos y facetas interconectadas.

Más allá de la propuesta de los modelos, lo que se ha tratado de exponer en este apartado es que “la comprensión del chemsex, no podría desligarse de las circunstancias que afectan al colectivo gay que lo practica y a su forma de vivir su sexualidad”, incluyéndose “un cúmulo de elementos” que forman un trasfondo explicativo, tales vistos ya como la “presión de grupo”, “trauma colectivo por la epidemia del VIH”, la homofobia estructural e interiorizada o la serofobia (Ministerio de Sanidad, 2020:43). A lo largo del epígrafe siguiente se añaden otras claves propias de la cultura sexual gay de la que el chemsex forma parte como subcultura.

III.3. Radiografía del chemsex

Se detallan ahora los elementos que se han considerado necesarios para obtener una radiografía precisa del chemsex y, de este modo, una aproximación adecuada. Así, en primer lugar, se van a referir las explicaciones y debates en torno al sujeto del chemsex -esto es, quienes practican el chemsex-. Después, se procede a analizar los motivos que llevan a las personas vinculadas en contextos de chemsex a practicarlo; los factores de riesgo y protección y los propios riesgos en diversos ámbitos para las personas que lo realizan. Posteriormente, se detallan los perfiles sociodemográficos y las sustancias actualmente utilizadas en prácticas de chemsex, así como algunos patrones de uso. Finalmente, se aporta una breve descripción contextual de las prácticas del chemsex a través de la explicación de qué son y cómo se desarrollan las sesiones de chemsex, el papel de las aplicaciones de contactos gay con geolocalización, así como la influencia del circuito de ocio gay.

3.3.1. Quienes practican chemsex

En el epígrafe anterior se ha detallado la relación entre cultura LGTBIQ+ y chemsex y, más específicamente, el vínculo entre este uso sexualizado de drogas concreto y la cultura sexual gay cuyo sujeto protagonista, encarnado en los GBHSH, sería el sujeto principal y potencial usuario de esta práctica. Factores como “el impacto de la epidemia del VIH” vivido por el colectivo gay en forma de trauma y estigma o la



combinación *smartphones*-App de contactos y servicios domésticos de geolocalización, como veremos más adelante, serían singularidades de la cultura gay moderna que habrían modificado de manera profunda el propio “concepto de sexo, placer y comunidad” (Stuart, 2019:2) entre GBHSH, y habrían permitido que el chemsex, tal y como lo conocemos hoy, haya podido darse. Para muchos expertos, estas singularidades culturales propias del contexto gay hacen que no podamos denominar chemsex a otros usos de drogas en contextos sexuales, ni tampoco definir el chemsex por el tipo de drogas utilizadas, ni tampoco llamar chemsex a los usos sexuales de sustancias por parte de otros grupos fuera de la población GBHSH (Stuart, 2019:2). En otras palabras, las definiciones que se manejan de chemsex por lo general refieren a GBHSH, en la medida en que “esta minoría social ha experimentado cambios (...) que han modulado al chemsex como respuesta identitaria” a factores como por ejemplo el ya mencionado “estigma del VIH”, al que el chemsex permite hacer frente en un contexto inclusivo y desinhibido” (Paniagua y Dujo, 2022:50). Este y otros factores ya aludidos conforman un conjunto de antecedentes históricos” que son incompatibles “con las vivencias psico-biográficas de las personas heterosexuales” (Paniagua y Dujo, 2022:51).

Se han determinado algunos usos sexualizados de drogas que no corresponden a la práctica del chemsex, como por ejemplo “el uso de drogas que se produce en personas que visitan locales de intercambios o clubs de swingers”¹³ heterosexuales o bisexuales; “el uso de drogas en el contexto de la prostitución femenina y sus clientes”; o el que se produce “durante el visionado de pornografía” (Ministerio de Sanidad, 2020:13). Estos usos conciernen a contextos y colectivos específicos, siendo que “cada uno de estos colectivos tiene características y circunstancias epidemiológicas y culturales distintas, y comportamientos sexuales diferentes a los del chemsex” (Ministerio de Sanidad, 2020:13). De hecho, se afirma que el chemsex presenta características epidemiológicas, económicas y culturales idiosincrásicas cuyo grueso de estudios se ha focalizado principalmente en GBHSH” (Paniagua y Dujo, 2022:50). Así, podemos afirmar que la concepción generalizada por parte de expertas y expertos es que quienes se vinculan mayoritariamente con el chemsex son GBHSH, si bien no podríamos decir que todos los usos sexualizados de drogas en el marco de la cultura sexual gay son prácticas de chemsex, y que los propios contextos de chemsex conviven con “otras conductas sexuales y de consumo en este colectivo” (Stop Sida, 2021:7).

Sin embargo, investigaciones y estudios sostienen la necesidad de proponer un sujeto del chemsex más allá de los hombres del colectivo LGTBIQ+, si bien dentro del vínculo de la propia cultura LGTBIQ+. Es decir, se plantean debates acerca de quiénes deben tener la consideración de chemusers. En parte, este hecho se justifica porque a pesar de que los datos que suelen arrojar los análisis que se realizan sobre el chemsex en cuanto al sexo, el género y la orientación sexual de las personas analizadas ofrecen la imagen de hombres del colectivo GBHSH, “con el propósito de no excluir minorías”, se propone no hacer referencia al “sexo, género u orientación sexual”, pero sí “al fundamento sociocultural que subyace a los factores mantenedores” (Paniagua y Dujo, 2022:50), esto es, la cultura LGTBIQ+. De este modo, tratando de responder a la pregunta sobre quiénes realizan chemsex, organismos como el European chemsex Forum incluye en su definición de este uso sexualizado de drogas tanto a GBHSH como a “personas trans y no binarias que participan en la cultura del sexo casual o sin compromiso gay” (Ministerio de Sanidad, 2020:12). Algunas entidades LGTBIQ+ aragonesas que han realizado estudios o llevan a cabo intervención sobre la realidad del chemsex en el territorio, en este sentido y en el marco de este debate, comprenden el fenómeno como el uso sexualizado de drogas realizado por personas LGTBIQ+. Así, por ejemplo, OMSIDA Zaragoza entiende chemsex como “el consumo intencional” y

¹³ Los clubs de *swingers* son espacios de intercambio de parejas heterosexuales.



sexualizado de drogas “entre GBHSH (...) y personas con otras identidades sexuales (mujeres trans, personas no binarias, queer...)”¹⁴. Por su parte, la entidad SOMOS LGTB+ de Aragón, en un muestreo realizado en 2019, problematiza la necesidad de afinar los instrumentos de búsqueda para poder incluir todas las realidades relacionadas con los contextos de chemsex, de tal modo que utiliza categorías de análisis como “chemsex en sentido estricto”, esto es, “la práctica de aquellos hombres cissexuales gais, bisexuales y otros hombres cissexuales que tienen relaciones con otros hombres cissexuales que consumen -cuanto menos- sustancias estimulantes con fines sexuales antes y/o durante sus relaciones sexuales con otros hombres” (González y Sierra, 2019:4). De este modo, advierten que acotar el chemsex al uso sexualizado de determinadas drogas (“metanfetaminas, GHB y mefedrona, acompañados de otros estimulantes como el poppers y la Viagra”) (González y Sierra, 2019:5) de HSH, no permite entender de “manera real el uso de sustancias en contextos sexuales por parte de la población LGTBI” (González y Sierra, 2019:11). Utilizan en su investigación tanto la definición *estricta* de chemsex como el perfil de persona usuaria que de ella se deriva, pero también la “del diccionario de chemsex, de Cambridge, que se refiere al mismo como «contexto en el cual se utilizan sustancias a menudo ilegales, para aumentar el placer durante el sexo»” (González y Sierra, 2019:8), lo que los llevó a ampliar la búsqueda en otros contextos sexuales y perfiles.

3.3.2. Motivos para practicar chemsex

Para poder establecer estrategias de abordaje del chemsex adecuadas se hace imprescindible conocer los motivos que llevan a las personas que lo practican a vincularse con el mismo. Estos motivos responden a los niveles “individual, contextual, comunitario y estructural” e “interactúan y coexisten simultáneamente” (Ministerio de Sanidad, 2020:20). Ahora bien, “no existen demasiados estudios que analicen las motivaciones específicas para el uso de drogas por los GBHSH” aunque cabe destacar el esfuerzo realizado en los últimos años por desarrollar modelos teóricos explicativos (Curto, 2020:49), como algunos de los que se detallaron en un epígrafe anterior. Además, más allá de enfocar la atención en los riesgos y los daños y posibles usos problemáticos de estas prácticas, se recomienda “trabajar también” con cuestiones relativas “al deseo, al morbo” (Gallardo, 2023:52) o al placer y no únicamente con los peligros. De hecho, la mayoría de los estudios realizados demuestran que una de las principales motivaciones relatadas para su realización es “aumentar la libido y/o desinhibirse sexualmente”, así como “potenciar el placer e intensificar las sensaciones” (Stop Sida, 2021:39). Este “primer grupo de motivos”, entonces, refiere a un “uso instrumental de las drogas” para prolongar la duración, el número y la excitación de las relaciones sexuales, a través del aumento del deseo, de la excitación, de los orgasmos, del rendimiento sexual, prolongando erecciones o facilitando recuperaciones, del aguante físico, etc. (Stop Sida, 2021:20). Este grupo apunta asimismo a que este uso de drogas permitiría “la euforia y la desinhibición sexual” que puede llevar a realizar determinadas prácticas que sin los efectos de las drogas no se realizarían, porque pueden resultar “extremas o ser dolorosas”¹⁵ (Stop Sida, 2021:20). Las motivaciones más referidas y a gran distancia de las demás son las que tienen que ver con incrementar el deseo y el placer en las relaciones sexuales y aumentar la resistencia física (Fagúndez y Soriano, 2019).

Otro de los grupos de razones para realizar chemsex tiene que ver con la posibilidad de establecer intimidad emocional (Fernández-Dávila, 2018a:22) y de grupo. Como ya detallamos en el epígrafe correspondiente, para la comunidad GBHSH “a

¹⁴ En: <https://www.omsida.org/chemsex-zaragoza/>. Consultado por última vez el 02-03-24.

¹⁵ Generalmente en este punto suele mencionarse el *fisting* o “penetración anal con la mano” (Rodríguez y Castillo, 2008:12).



través del sexo se pueden expresar muchas necesidades no sexuales” (Fernández-Dávila, 2018a:20), de tal modo que las razones para la práctica de chemsex bien pueden “estar relacionadas a la búsqueda de colmar ciertas necesidades psico-sociales (buscar “algo” –por ejemplo, compañía- que no se encuentra en otro lado o de otra forma)” (Fernández-Dávila, 2018a:19). También se relaciona este grupo de motivaciones con la posibilidad de experimentar, a través de esa intimidad emocional, el “efecto de pérdida de los límites personales, de sensación de libertad sexual, de intensos sentimientos de conexión (...), incluso de fusión corporal con las parejas sexuales aunque sean desconocidos”, todo ello relacionado con la mejora de “la autoestima y el aumento de confianza sexual” (Ministerio de Sanidad, 2020:21) y física¹⁶. Otra de las motivaciones es la sensación de pertenencia a un grupo y aceptación por parte del mismo que ofrece la práctica del chemsex, igualmente relacionada con la idea de formar parte de “la identidad o cultura gay”, traduciéndose el chemsex en “una forma alternativa de socializar en el grupo, un medio para establecer relaciones y crear redes sociales con otros hombres o para involucrarse emocionalmente con parejas sexuales que consumen drogas” (Ministerio de Sanidad, 2020:21).

Otras razones apuntan a la evasión de determinados problemas propios, que pueden “tener un impacto emocional muy intenso” o estar relacionados con “aspectos dolorosos que no se quieren afrontar o conflictos internos sin resolver” (Ministerio de Sanidad, 2020:21). Así, y vinculado al estigma que ya detallamos en apartados anteriores, el chemsex podría ser “una estrategia para afrontar conflictos internos por su homosexualidad o sentimientos producidos por el estigma asociado a la infección por el VIH”, pero también para paliar los efectos del “sentimiento de soledad no deseada, muy habitual en este colectivo” (Ministerio de Sanidad, 2020:21), resultando las sesiones de chemsex la posibilidad de un espacio de socialización y de establecimiento de redes de apoyo.

Por último, se han documentado algunas motivaciones relativas a la “presión de grupo” (Ministerio de Sanidad, 2020:21) para consumir drogas o realizar determinadas prácticas sexuales, del mismo modo que se han encontrado algunas razones como “tener acceso a las drogas, es decir, para algunos usuarios el fin primero no es tener sexo” (Fernández-Dávila, 2018b:22). Asimismo, mitigar la sensación y el propio hecho de desarraigo entre migrantes se ha definido como motivación para este grupo poblacional (Fernández-Dávila, 2016:50), del mismo modo que podrían funcionar razones como la percepción de que en España existe “un consumo tolerante y permisivo, donde no se cuestiona ni critica esta conducta” en comparación con otros países, así como determinada sensación de “libertad por estar lejos del control social de la familia y/o amistades” (Fernández-Dávila, 2016:49).

Ahora bien, si se amplía el sujeto del chemsex, así como la propia definición, tal y como hemos referido que hizo la entidad SOMOS LGTB+ de Aragón en su testeo de 2019, pueden encontrarse motivaciones diferentes para involucrarse en contextos de chemsex, como por ejemplo para mujeres trans trabajadoras sexuales o para trabajadores sexuales cis. En estos casos, se ha indicado que la faceta económica pesa para aceptar este tipo de servicios, en la medida en que el trabajador o la trabajadora sexual cobra por horas y las sesiones¹⁷ tienden a tener una larga duración¹⁷. También

¹⁶ A su vez, esto ha sido relacionado con la motivación por practicar chemsex de “tener acceso a hombres (guapos, musculosos) que en otro contexto no se interesarían por ellos” (Fernández-Dávila, 2018b:22).

¹⁷ Continúa Fernández-Dávila: “una gran mayoría de trabajadores sexuales suele aceptar a este tipo de clientes porque esta clase de servicio dura muchas horas y cuesta mucho más. Sin embargo, muchos de estos trabajadores sexuales también lo suelen practicar en su vida privada con parejas sexuales ocasionales (puede ocurrir que después de un servicio con un cliente con el que se ha estado consumiendo drogas, a muchos de ellos, por los efectos de las drogas, les apetezca montar una sesión)” (Fernández-Dávila, 2018b:12).



puede venir motivado por la posibilidad de “facilitar un servicio en el trabajo sexual que de otra manera podría ser rechazado o repulsivo” (Fernández-Dávila, 2016:50). Así, se ha advertido que el chemsex “está teniendo un fuerte impacto” entre los hombres cis trabajadores sexuales y las mujeres trans trabajadoras sexuales, a la luz del registro de una “alta demanda por parte de muchos clientes de servicios sexuales acompañados con el consumo de drogas” (Fernández-Dávila, 2016:50).

3.3.3. Factores de riesgo y de protección para practicar chemsex y riesgos para las personas chemusers.

Se han definido factores de riesgo y de protección para la práctica de chemsex en nuestro país, así como riesgos específicos que pueden afectar a las personas chemusers. Se recogen a continuación los factores de riesgo referidos por Curto (2020:56):

- Haber mantenido ya previamente un uso problemático de drogas (aunque no se utilizaran con fines sexuales).
- Haber mantenido previamente prácticas sexuales de alto riesgo de manera reiterada (aunque no se realizaran bajo efectos de drogas) habiendo recibido sucesivos diagnósticos de infecciones de transmisión sexual.
- Haber incorporado el sexo en grupo dentro de la dinámica sexual habitual.
- Practicar turismo sexual incorporando el ocio sexual como motivación para seleccionar los destinos vacacionales (internacionales o nacionales), escogiendo aquellos que se identifican con una gran concentración de potenciales parejas sexuales de diferentes procedencias geográficas (incluye festivales gays, celebraciones del orgullo, o destinos populares entre el público gay).
- Ser un usuario habitual de saunas y locales de sexo gay¹⁸, locales en los que es posible que haya hombres que practican chemsex, especialmente durante el fin de semana.
- Utilizar App de geolocalización habitualmente para buscar parejas sexuales (ya que a través de las mismas pueden recibirse invitaciones para participar en sesiones de chemsex).
- Disponer de una percepción del riesgo desajustada, no conocer con detalle los mecanismos de transmisión de la hepatitis C y otras ITS, desconocer los riesgos que implica el consumo de determinadas sustancias o el uso de la vía inyectada.
- Tener amigos, parejas sexuales etc. que ya practican chemsex (lo que puede llevar a percibir que el chemsex es algo habitual y que lo practican muchos contactos del entorno personal).
- Presentar previamente problemas de salud mental, depresión o ansiedad (que pueden hacer que el uso de drogas adquiera otras implicaciones).
- Recibir un diagnóstico reciente de VIH o recibir una mala noticia de impacto, como la ruptura con una pareja estable puede en algunas personas desencadenar comportamientos que les expongan a conductas que aumenten su vulnerabilidad.
- Trasladarse a vivir a una gran ciudad o emigrar a otro país representa en ocasiones una situación de inestabilidad emocional. La carencia de redes personales de solidaridad primaria, limita las posibilidades de recibir ese tipo de apoyo en caso de verse envuelto en un consumo problemático.

¹⁸ Se añade aquí una advertencia sobre los locales de ocio gay, en la medida en que “tienen una posición relevante en cuanto al uso del tiempo libre en personas jóvenes y de mediana edad” para GBHSH, “al ser estos locales espacios seguros y de libre expresión de la propia sexualidad” y, además, ser “lugares de socialización y encuentro (...) sobre todo entre aquellas [personas] que no cuentan con un espacio físico propio en el que reunirse (principalmente personas jóvenes) ya sea porque no cuentan con una vivienda en alquiler o propiedad, o porque no consideran que su vivienda sea un espacio seguro” (Heredia, 2021:1)



- “Estar desempleado o dedicarse al trabajo sexual son factores de riesgo para involucrarse con mayor frecuencia en chemsex”.

Los posibles factores de protección para la práctica de chemsex, por su parte, también han sido referidos por Curto (2020:56-57) y se detallan a continuación¹⁹:

- Residir en un núcleo rural o urbano alejado de la influencia de las nuevas tendencias de consumo de drogas o donde resulte complicado adquirir estas sustancias.
- No conocer ni estar familiarizado con personas que ya practican chemsex.
- No encontrarse familiarizado con el uso de App de geolocalización dirigidas a público gay.
- No ser usuario de saunas y de clubs de sexo.
- Miedo y fobias a las agujas y las jeringuillas.
- Tener numerosos hobbies y aficiones (culturales, deportivas etc.), manteniendo una vida social rica y diversa (no centrada exclusivamente en el ocio nocturno gay), e incluyendo vacaciones en lugares variados (no focalizada reiteradamente en destinos de ocio sexual gay).
- Disponer de información actualizada y precisa sobre los riesgos derivados del consumo de drogas y sus implicaciones. Conocer adecuadamente los mecanismos de transmisión de las ITS y las prácticas de riesgo, por ejemplo, aquellas relacionadas con la transmisión sexual del VHC Contar con una red adecuada de apoyo psicosocial y afectivo, a la que recurrir ante cualquier evento adverso que se desee compartir para buscar apoyo²⁰.

Del mismo modo, se han investigado algunos de los riesgos a los que las personas que practican chemsex se exponen, y que podrían afectar a algunas esferas de su vida y personales, a pesar de que “no todas las personas que practican chemsex presentan o perciben consecuencias negativas derivadas del mismo” (Curto, 2020:12). Recordemos aquí la pertinencia de tener en cuenta el factor temporal, esto es, la duración temporal de las prácticas (de unas horas a varios días), en la medida en que aumenta las posibilidades de diversos riesgos para quienes practican chemsex, en ámbitos como el consumo, la salud sexual, el contexto social y la salud mental.

En cuanto a las sustancias consumidas y los patrones de consumo, existe la evidencia de que el policonsumo es habitual en los contextos de chemsex y, además, las sustancias que se han identificado como más frecuentemente usadas en la actualidad en estas prácticas son el GHB/GBL, la mefedrona, la metanfetamina, el poppers, la cocaína, la ketamina, el éxtasis y Viagra, entre otras²¹ (Ministerio de Sanidad, 2020:9). En este caso, “si no se tiene una información clara o una gestión adecuada” de las sustancias que se consumen durante la práctica, se han descrito situaciones posibles como “intoxicación, interacción entre las drogas y con los antirretrovirales, sobredosis, irritabilidad, insomnio, aparición de síntomas psicóticos (delirio, paranoia, etc.) o accidentes (caídas, quemaduras, etc.)” (Stop Sida, 2017:6). Se ofrecen a continuación dos tablas elaboradas por los autores del informe del Ministerio

¹⁹ Asimismo, la relación de Curto (2020) está elaborada a partir de los datos del informe del Ministerio de Sanidad (2020).

²⁰ Curto (2020:56-57). Esta relación de Curto también está elaborada a partir de los datos del informe del Ministerio de Sanidad (2020).

²¹ El detalle de cada una de las sustancias, nombres populares con los que se las conoce, forma de presentación, vías de administración, efectos buscados, efectos adversos, complicaciones y tiempos de duración (así como las diferentes interacciones entre droga-droga y droga-fármaco) puede encontrarse en el capítulo 2 “Drogas utilizadas en el contexto del chemsex” (Curto, 2020:29-46).



de Sanidad (Ministerio de Sanidad, 2020:18-20). En la primera se relacionan las diferentes sustancias que, a día de hoy, más frecuentemente intervienen en el chemsex, así como algunos detalles sobre su presentación, vías de administración, efectos buscados y adversos. En la segunda se plantean los riesgos de interacciones entre sustancias y fármacos específicos.

Tabla 1: *Sustancias habitualmente utilizadas en la práctica del chemsex*

SUSTANCIA	NOMBRES POPULARES	FORMA DE PRESENTACIÓN	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	EFFECTOS BUSCADOS	EFFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES	TIEMPO DE DURACIÓN
MEFEDRONA Otras catinonas: pentedrona, 4-MEC, 3-MMC, α-PVP	Mefe, miau-miau, sales de baño. Alfa (para α-PVP)	Polvo, cristales, tabletas, cápsulas	Oral. Esnifada. Intravenosa (<i>slam</i>) Intrarrectal	Estimulación, excitación sexual, euforia, sentimientos de empatía	Dependencia. Síntomas psicóticos. Agitación. Convulsiones, distonías. Toxicidad cardiológica, renal. Síndrome serotoninérgico	Oral. 4 h. Esnifada: 1 h. IV: 45 min
META-ANFETAMINA	Tina, <i>crystal meth</i> , vidrio, tiza, <i>cranck</i> , <i>speed</i> , (<i>sulfato de anfetamina</i>)	Polvo, cristales	Esnifada. Fumada en pipa. Intravenosa. (<i>slam</i>) Intrarrectal	Estimulación, desinhibición, excitación sexual, incremento de confianza y autoestima	Síntomas psicóticos. Hipertensión. Gran capacidad adictiva. Xerostomía y caries	4-12 h.
GHB/GBL	Éxtasis líquido, <i>G</i> , <i>gina</i> , <i>éxtasis líquido</i> , <i>chorri</i> , <i>potés</i>	Líquido transparente, gusto levemente salado	Oral (se bebe a pequeñas dosis)	Sedación, relajación del esfínter anal. Euforia, desinhibición, borrachera, estimulación sexual	Somnolencia, pérdida de control motor (con dosis acumulativas). Coma, muerte. Dependencia. En abstinencia: Convulsiones. <i>Delirium</i> . Síntomas psicóticos. Coma	Hasta 7 h.
NITRITOS DE ALQUILO /BUTILO	<i>Poppers</i>	Líquido volátil	Inhalada	Euforia, deseo de socialización. Excitación y aumento de potencia sexual, sensaciones placenteras prolongadas	Cefalea. Toxicidad retiniana. Hipoxia. Anemia hemolítica	1-2 min.
MDMA	Éxtasis, eme, cristal, x. <i>Sextasy</i> (con sildenafil)	Cristales, polvo o comprimidos	Oral	Estimulación, sentimientos de empatía, aceptación y conexión	Ansiedad. Taquicardia, bruxismo, "golpe de calor". Síntomas afectivos y resaca en días posteriores	6 h.
COCAÍNA	Coca, blanca, <i>farlopa</i> , <i>tema</i>	Polvo blanco	Esnifada Fumada (base)	Activación, excitación sexual, hiper-alerta	Síntomas paranoides y maniformes. Hiperactivación adrenérgica. Vasoespamo e isquemia	45 min.
KETAMINA	Keta, vitamina K, <i>Special K</i>	Polvo, cristales, líquido	Esnifada. Oral Intramuscular Intravenosa (<i>slam</i>)	Estimulación inicial, relajación, empatía, mejora de la percepción. Incremento del umbral del dolor. Disociación	Midriasis. Desrealización. Caídas por pérdida de control motor. Síntomas confusionales/ disociativos. Hepato y nefrotoxicidad	2-3 h.
INHIBIDORES DE LA 5-FOSFODIESTERASA	Sildenafil (Viagra®), vardenafilo (Levitra®) y tadalafilo (Cialis®)	Comprimidos	Oral	Mantenimiento de la erección	Cefalea, dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (tinción azul de la visión). Pérdida de audición. Isquemia coronaria	4-8 h: sildenafil y vardenafilo. 36 h: tadalafilo

Fuente: Ministerio de Sanidad (2020:18)



Tabla 2: *Riesgos de interacción entre drogas y fármacos específicos*

DROGA/FÁRMACO	DROGA/FÁRMACO	INTERACCIONES	RIESGOS
Sildenafil, tadalafilo, vardenafilo, avanafilo	Poppers	Potente efecto vasodilatador	Hipotensión grave
GHB	Alcohol, benzodicepinas	Incremento intoxicación GHB, acumulación de GHB	Alteración de sistema nervioso central, depresión respiratoria, coma, muerte
Metanfetamina	Mefedrona	Hiperactivación del sistema simpático	Hipertensión, taquicardia, hipertermia, deshidratación, eventos cardiovasculares, psicosis, agitación
ANTIRRETROVIRALES con potenciadores: Ritonavir/Cobicistat	Ketamina, sildenafil	inhibición de CYP3A4	Incremento de niveles de ketamina, sildenafil en el organismo
ANTIRRETROVIRALES con potenciadores: Ritonavir/Cobicistat	GHB*, mefedrona, metanfetamina, MDMA	Inhibición de CYP2D6	Incremento de niveles de GHB, mefedrona, metanfetamina, MDMA en el organismo

Fuente: Ministerio de Sanidad (2020:19)

Algunas combinaciones específicas entre drogas y entre drogas y fármacos, además, “pueden hacer que se incremente o disminuya el efecto percibido/buscado y esto haga que se consuma en exceso”, y de ahí producir “intoxicaciones graves con consecuencias físicas como las sobredosis (conocidas como doblar) y psicopatológicas, tales como episodios psicóticos, depresión, [o] conducta suicida” (Ministerio de Sanidad, 2020:17), que son más frecuentes en el modo de administración intravenoso o *slamming* y en el policonsumo. Se han referido diferentes patrones de consumo (Ministerio de Sanidad, 2020:16) que, consecuentemente, tienen unas afectaciones diferentes y que se detallan a continuación. El consumo experimental, un consumo puntual y que no tiene por qué repetirse; consumo ocasional, por ejemplo, el vinculado a los festivales o eventos del circuito de ocio gay y que puede “dar lugar a un patrón conocido como *binge* o atracón”; consumo habitual, particularmente realizado los fines de semana, pero no solo; consumo diario, en la medida en que “algunas sustancias pueden producir dependencia física, ya no necesariamente únicamente vinculado a actividad sexual” (Ministerio de Sanidad, 2020:16). En este sentido, “a mayor frecuencia y mantenimiento” de las prácticas de chemsex “a lo largo del tiempo, es más probable que se presenten efectos no deseados, consumos problemáticos y adicción” (Plan Nacional sobre el Sida, 2020:4-5). En todo caso, se hace complicado establecer patrones de consumo para un subgrupo dentro de las personas usuarias del chemsex, las y los trabajadores sexuales, ya que “los tiempos de consumo y de descanso resultan más irregulares” (Ministerio de Sanidad, 2020:16), entre otras cuestiones.

Más allá de los riesgos relacionados con las sustancias involucradas en el chemsex, sus prácticas también pueden afectar la salud sexual. Los riesgos relativos a este campo están vinculados al factor duración: “al tener sexo durante varias horas”, y a la posibilidad de, en ocasiones, tener varias parejas sexuales, de tal modo que “se pueden producir irritaciones, heridas, rasgados o sangrado del ano o de la mucosa intestinal, incluso de la piel del pene, lo cual conlleva un mayor riesgo de infección por el VIH y/o de otras ITS” (Stop Sida, 2017:7). Por otra parte, “las prácticas sexuales que se mantienen bajo el efecto de drogas reducen la percepción del riesgo” y, además, “pueden desinhibir y provocar una hipersexualidad que facilita las sesiones prolongadas de sexo sin protección con un mayor número de parejas y sexo en grupo” (Ministerio de Sanidad, 2020:41), facilitando también prácticas sexuales de riesgo como penetración



anal sin condón (PASC)²². Esto puede favorecer la exposición a hepatitis virales²³, VIH o ITS. Las lesiones que pueden ser causadas por la duración, asimismo pueden venir provocadas por prácticas más extremas como el *fisting*, “que se producen con mayor facilidad dado el aumento del umbral del dolor bajo el efecto de algunas drogas” (Ministerio de Sanidad, 2020:41). En este punto, conviene “hacer una mención especial al vínculo entre VIH y chemsex” (Curto, 2020:18). Estudios especializados demuestran que las prácticas de chemsex entre GBHSH “son más frecuentes en aquellos con VIH que entre los seronegativos” y, además, que la percepción y sensaciones que personas usuarias de chemsex relatan acerca de las sesiones es que “en las fiestas de sexo no se utiliza condón”, que en las mismas no se verbaliza ni discute “el estado serológico entre participantes” y que en ellas piensan que “la gran mayoría de los asistentes tiene el VIH” (Curto, 2020:18). Se ha detallado, además, que los GBHSH que practican chemsex “tienen cinco veces más riesgo de adquirir el VIH” que aquellos que no lo practican, y asimismo en España “se ha objetivado una alta asociación entre la práctica del chemsex y la adquisición de VIH (e ITS)”²⁴ (Ministerio de Sanidad, 2020:41).

Los riesgos que pueden aparecer en materia de salud sexual van más allá de ITS y lesiones en zonas genitales. Se ha detallado la posibilidad de afectaciones a la satisfacción sexual “haciendo que el deseo sexual pueda convertirse en una pulsión insaciable” que, en ocasiones, podría llevar “a la cosificación” de las parejas sexuales²⁵ o a “la incapacidad de disfrutar del sexo” (Ministerio de Sanidad, 2020:42) sin sustancias y contextos de chemsex. Se refieren también dificultades para establecer el consentimiento sexual y posibles situaciones de riesgo de violencia sexual.

Por otro lado, el contexto social y personal de quienes se vinculan con el chemsex pueden verse también afectados, en la medida en que puede provocar “rechazos y exclusión en los espacios en los que el consumo no está permitido” (Stop Sida, 2017:8), bien visto o penalizado. Por otro lado, se ha expuesto que la práctica del chemsex puede ocasionar “la segmentación de la red social entre” quienes lo practican y quienes no, pudiendo perder, en el caso de que existiera previamente, “esa segunda red” y su contexto, con la eventual aparición de la “sensación de que “no existe nadie que no practique chemsex” (Stop Sida, 2017:6). Es posible que al ámbito profesional o formativo de quien lo practica, dado que “pueden darse problemas de absentismo laboral, retrasos o ausencias” el día o los días posteriores a la sesión, o bien problemas de “rendimiento laboral” o “del rendimiento académico” (Ministerio de Sanidad, 2020:52), abandono de estudios, etc. Otro tipo de afectación en este sentido sería el posible aumento del “gasto de dinero en drogas”, que puede potenciar “la pérdida de ingresos económicos” (Ministerio de Sanidad, 2020:52). Desde un punto de vista personal, “el chemsex puede causar vergüenza, remordimientos o sentimientos de culpa” por varias cuestiones, como la duración de las sesiones en las que se ha participado, el gasto económico en sustancias, haber traspasado límites personales (Stop Sida, 2017:6), etc.

²² En este sentido se propone revisar trabajos sobre la prevalencia de la PASC en GBHSH y el manejo de sus riesgos como, por ejemplo Fernández-Dávila (2007).

²³ “A lo largo de los últimos quince años se han descrito numerosos brotes de infección aguda por el virus de la hepatitis C (VHC) en GBHSH que refieren la vía sexual como probable mecanismo de transmisión en el contexto del chemsex” (Ministerio de Sanidad, 2020:65).

²⁴ En todo caso, “cabe al mismo tiempo recordar que alguien con una carga viral indetectable no puede transmitir el VIH” y que, “desde una perspectiva de reducción de daños, la PrEP puede ser una herramienta deseable para las personas que practican chemsex” (Curto, 2020:8), básicamente porque permite “planificar, con el acompañamiento de profesionales de la salud, una estrategia de cuidados para evitar contraer la infección por el VIH”, así como prevenir o tratar otras ITS a través de elementos como el “despistaje trimestral de ITS y, en función de las necesidades individuales, la oferta de métodos alternativos para la prevención de ITS y promoción del uso del preservativo, el abordaje de problemas relacionados, o la derivación a otros recursos sociosanitarios” (Ministerio de Sanidad, 2020:46).

²⁵ Se incluye el ejemplo de la práctica de encadenar parejas y prácticas sexuales de tal modo que se buscan en las App futuras participantes mientras todavía se mantiene la relación sexual presente (Ministerio de Sanidad, 2020:42).



Es precisamente este factor, así como el rechazo que pueden vivir las personas que se vinculan al chemsex, uno de los que estaría detrás del retraso en su petición de apoyo, en el caso de sentirlo como necesario. Continuando, se ha referido también la posibilidad de enfrentarse a “problemas legales” como “sanciones administrativas” por consumo, compra o posesión de sustancias u otro tipo de delitos “que rara vez se denuncian por temor” a la acusación de “tenencia de drogas, cierta sensación de culpabilidad” o que sus prácticas lleguen a conocerse su entorno²⁶. Asimismo, se han identificado otros elementos potencialmente afectados, como “la vida social y el ocio”, que pueden verse empobrecidos al dedicar tiempo al chemsex en “detrimento de otras actividades” (Ministerio de Sanidad, 2020:50). Por último, se ha determinado que el chemsex “puede deteriorar las redes” sociales de quien lo practica, “disminuyendo las posibilidades de recurrir a ellas en caso de necesitarlo”, cuestión que se agrava “en el caso de las personas migrantes con redes menos sólidas en su lugar de acogida” (Ministerio de Sanidad, 2020:50). Además, las personas migrantes cuentan con factores añadidos que pueden empeorar su situación, tales como “el desarraigo, la posibilidad de efectos psicológicos y emocionales del proceso migratorio, las posibles “barreras lingüísticas” y/o culturales, y, sobre todo, la propia legislación en materia de extranjería que propicia la “ausencia de alternativas ocupacionales”, de vivienda y de situación administrativa, éste último un agudizador de “vulnerabilidad”, porque “puede suponer un claro obstáculo para el acceso a la salud o servicios sociales” (Ministerio de Sanidad, 2020:51). En cuanto a las personas que realizan trabajo sexual, hay que añadir a su posible deterioro de redes sociales y de apoyo, “el estigma, los prejuicios, las actitudes y conductas discriminatorias” asociadas a su actividad, unido a la posibilidad de ser migrantes. Se trata de una actividad fuertemente estigmatizada, ligada a fuertes prejuicios, actitudes y conductas discriminatorias. Además, muchos de los trabajadores sexuales son migrantes, con los efectos y afectaciones que se acaban de referir.

Otro de los ámbitos en los que se observan riesgos es en la salud mental, aunque existen pocas investigaciones concluyentes al respecto y, además, debido a la incomparabilidad (entre otras cuestiones, por manejar definiciones diferentes de chemsex) entre ellas, no se han podido analizar sus resultados de manera clara. Como ya se pudo observar a través del modelo de estrés de minoría y del modelo sindémico, existen estresores para las personas LGTBIQ+ y, más específicamente, para los GBHSH, que pueden potencialmente amenazar su salud mental, por lo que “el uso de sustancias podría ser utilizado como estrategia de afrontamiento” ante dichos estresores “o por problemas psicosociales en los que se dan sinergias que pueden contribuir a la expansión de una enfermedad dentro una determinada población” (Ministerio de Sanidad, 2020:43). Los factores sindémicos de las personas que practican chemsex podrían actuar del mismo modo sobre su salud mental. No en vano existe la evidencia de “una alta prevalencia de distintos trastornos mentales en la población LGTBIQ+ en comparación con población general” y de los GBHSH en particular, “presentan más trastornos mentales que los hombres heterosexuales” (Curto, 2020:59). En todo caso, y llegadas a este punto, debemos recordar que la práctica de chemsex no tiene por qué traer aparejado por defecto un problema de salud mental o, en otras palabras, “la práctica de chemsex en sí misma no es patológica, sino que es una manera de vivir la sexualidad en GBHSH” (Curto, 2020:60). A pesar de la dificultad en cuanto a los datos e investigaciones, a partir de las evaluaciones de servicios relativos al chemsex de la ONG Apoyo Positivo, se ha podido observar que una proporción significativa de personas usuarias “presentan diversos eventos traumáticos en su biografía” y que puede que “no hayan sido verbalizados hasta presentar un problema en relación con la

²⁶ Sigue: “Se han reportado destrozos o robos en los domicilios donde se practica chemsex, así como problemas relacionados con la difusión sin su consentimiento de grabaciones o fotografías de personas desnudas o practicando sexo bajo los efectos de sustancias” (Ministerio de Sanidad, 2020:52).



práctica del chemsex”²⁷ (Curto, 2020:60). A la luz de la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresivos en GBHSH, se ha observado asimismo que existe cierta frecuencia para quienes practican chemsex de presentar “diversos síntomas, tanto de ansiedad como de depresión” que, no obstante, se “han asumido como normales y se han interiorizado a lo largo de la vida” (subsindrómica), siendo usual la presencia de “sentimientos de culpa y vergüenza por practicar chemsex” junto a sentimientos de “inutilidad e incluso anhedonia e ideas de muerte o 07suicidio” (Curto, 2020:63). Existe también el riesgo de aparición de episodios psicóticos si la práctica del chemsex viene asociada al consumo de estimulantes como metanfetamina o catinonas sintéticas, que aumentan con la intravenosa (Curto, 2020:64).

Los riesgos sobre la salud persona, sexual, social y mental de las personas vinculadas al chemsex y que viven con el VIH tienen algunas particularidades, como “una mayor frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, consumo activo de tabaco y uso de otras drogas no asociadas a entornos sexuales, así como prácticas de riesgo para la transmisión de ITS, y hepatitis C” (Curto, 2020:68). Se destacan los problemas relacionados con la interacción entre fármacos y sustancias, en particular y en este caso, entre antirretrovirales y metanfetamina.

3.3.4. Los perfiles de quienes practican chemsex

Hemos planteado más arriba la cuestión y las reflexiones en torno del sujeto del chemsex y ahora nos dedicaremos a definir el perfil de las personas que participan en estas prácticas. Ahora bien, antes de comenzar, es importante reparar en que el perfil que dibujan los datos disponibles hasta la fecha muestran a una persona vinculada al uso sexualizado de drogas sustancialmente diferente al perfil prototípico de persona consumidora de drogas en los años ochenta y noventa, denominado comúnmente como “politoxicómano”, consumidor de drogas por vía endovenosa..... y asociado al “estereotipo de marginalidad social y a una población social económicamente deprimida” (Cabello y Troya, 2017:22). Así, más allá de las prácticas del chemsex, el perfil de quien consume sustancias en el presente se ha modificado, dando paso al perfil de los y los usuarias de drogas emergentes (González y Llorens, 2014) como son las nuevas drogas psicoactivas (NDP) -entre quienes se encuentran las personas vinculadas a contextos de chemsex-, y que, por lo general, pueden tener “un entorno socio-familiar estable y un estatus laboral y económico favorable” (Cabello y Troya, 2017:22). En coherencia a este cambio, el perfil de la persona que se vincula a contextos de chemsex en nuestro país es un hombre GBHSH “autóctono al país del estudio, con residencia en grandes y 66666medianas ciudades del país, sin pareja estable, con estudios universitarios y 95activo laboralmente”²⁸ (Cabello y Troya, 2017:22), tal y como han revelado múltiples investigaciones estatales e internacionales.

En la última encuesta sobre la situación del chemsex en nuestro país se determinan como factores esenciales para modelar los perfiles de las personas participantes en el chemsex “la edad, la región de nacimiento, el nivel educativo y la situación laboral y sentimental” (Incera et al. 2022:9). Seguiremos estos factores para dibujar de una manera más precisa este perfil.

²⁷ Para un análisis detallado de las evidencias para la relación trauma, trauma complejo, disociación y TEPT, se recomienda consultar: Curto (2020:59-63).

²⁸ Si bien se ofrece en este texto el perfil referido en Cabello y Troya (2017), a partir de datos de la entidad Apoyo Positivo, existen “cinco grandes informes descriptivos” dedicados a “analizar el perfil nacional del usuario de chemsex: *Aproximación al chemsex en España 2016* (Zaro et al., 2016), *Aproximación al chemsex en España 2021* (Incera et al., 2022), EMIS (2017), *U-Sex de GeSIDA 9416-Study* (González et al., 2018) y *Homosalud (2021)*” (Paniagua y Dujo, 2022:36).



Por un lado, en referencia la edad, la media parece oscilar entre los 31 y 39 años (Incera et al., 2022:2) o los 25 y consolidando una franja hasta los 44 años y colocando en posiciones minoritarias a más jóvenes y más mayores en la práctica del chemsex. Así, si bien las personas jóvenes “son muy vulnerables al consumo de sustancias, el chemsex no parece ser tan prevalente entre menores de 25 años” (Incera et al., 2022:10). En todo caso, en el último estudio sobre chemsex en Aragón realizado por SOMOS LGTB+ de Aragón, se advertía que para los hombres mayores de 45 años se debía tener en cuenta una “involución en la visibilidad” y una vuelta “a sus armarios, porque ya no se cumplen los cánones de belleza, de pertenencia a un grupo, no se encuentran los espacios, etc.” (González et al., 2017:6). Igualmente, cabe mencionar que se ha definido el chemsex como una práctica en la que no se constata una “fuerte presencia entre hombres gais jóvenes (menores de 25 años)”, quizá debido a que “muchos de ellos no tienen aún una fuerte conexión con “el ambiente”, por estar estudiando o mantener redes sociales “mayormente heterosexuales y frecuentando espacios de ocio alternativos o mixtos”, sumado a no tener “un poder adquisitivo lo suficientemente alto para proveerse de drogas” (Fernández-Dávila, 2016:48).

En cuanto a su orientación sexual, la combinación de varias investigaciones ha permitido ofrecer el perfil sociodemográfico y probabilístico (Paniagua y Dujo, 2022) para las personas vinculadas al chemsex, que es “principalmente homosexual, bisexual y escasamente heterosexual o pansexual”²⁹³⁰ (Paniagua y Dujo, 2022:36). Destacaremos que existen evidencias de “una mayor prevalencia de consumo de drogas asociadas al chemsex” entre “HSH y [entre] mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM)” que entre hombres y mujeres heterosexuales (Paniagua y Dujo, 2022:36). Por lo demás, este perfil es coincidente en los elementos en cuanto a la edad, el lugar de origen y de residencia y situación económica y laboral; exactamente, define “un hombre, entre 25-45 años, principalmente español o latinoamericano, residente en una gran ciudad, con estudios superiores, activo laboral, con salario \geq 1000€/ mes”, especificando su situación relacional: “soltero; o bien de tener pareja suele ser abierta” (Paniagua y Dujo, 2022:36).

En referencia al lugar de residencia, otra encuesta realizada por dos entidades sociales españolas en 2016 (Zaro et al., 2016) y citada por el reciente informe del Ministerio de Sanidad (2020) determinó que el sujeto del chemsex se encarna en “hombres GBHSH residentes mayoritariamente en Madrid (47%) o Barcelona (42%)” (Ministerio de Sanidad, 2020:26). Por otra parte, un encuesta realizada más de 5 años después, incide en que el 61% de las personas usuarias del chemsex que consultó residían en Madrid, seguido por un 11% de Andalucía y 10% de Cataluña; situando a Aragón en un 0,9%, entre los lugares de residencia por debajo del 3%, tales como “Murcia (1,8%), Galicia (1,4%), Asturias (0,9%), Baleares (0,9%), Castilla y León (0,9%), Navarra (0,9%), Extremadura (0,7%), País Vasco (0,5%), Cantabria (0,4%), Castilla la Mancha (0,4%), y La Rioja (0,4%)” (Incera et al., 2022:14). Igualmente, se advierte en la investigación que por la ejecución y el diseño del estudio, “estos datos deben interpretarse con cautela” (Incera et al., 2022:14).

²⁹ Se han retirado los porcentajes del texto para facilitar su comprensión, pero se aportan en este pie de página: “La combinación de varias investigaciones ha permitido asimismo ofrecer el perfil sociodemográfico (y probabilístico) para las personas vinculadas al chemsex, que sería el de “un hombre (100%), entre 25-45 años (79,1% - 82,9%), principalmente español (68,12% - 78,5%) o latinoamericano (14,4% - 15,6%), residente en una gran ciudad (63,1% - 89,8%), con estudios superiores (57,7% - 81,1%), activo laboral (69,9% - 83,5%), con salario \geq 1000€/ mes (65,5% - 81,8%) y soltero (58% - 64,87%) o bien de tener pareja (38,9% - 42%) suele ser abierta (65,7% - 77,1%), principalmente homosexual (87,25% - 96,10%), bisexual (2,90% - 10,60%) y escasamente heterosexual (0,8% - 4,9%) o pansexual (0,2%)” (Paniagua y Dujo, 2022:36).

³⁰ Para la discusión sobre la ausencia de mujeres en las muestras, se recomienda revisar Paniagua y Dujo (2022). En todo caso, los autores plantean “dos hipótesis” fundamentales de trabajo: por un lado, que “las mujeres están infrarrepresentadas en los estudios” o, por otro, que “este fenómeno se da exclusivamente entre HSH” (2022:36).



Poniendo el foco en el lugar de nacimiento, el mismo estudio citado refirió que de las personas consultadas, “el 74,5% “habían nacido en España” y, de las personas nacidas fuera del país, “el 15,6% habían nacido en Latinoamérica y el 8,7% en Europa occidental” (Incera et al., 2022:14). No en vano, destacaremos que existe la evidencia de un mayor consumo de drogas recreativas en GBHSH latinoamericanos que en hombres que la población general de GBHSH, que “el consumo de drogas entre” GBHSH latinoamericanos “está asociado a las relaciones sexuales” y, además, “se inició en España” (Fernández-Dávila, 2016:49)³¹.

El perfil de personas vinculadas a chemsex revela un nivel de estudios mayoritariamente universitario y “dentro de éstos, un 34,4% habían finalizado estudios de posgrado y un 30% diplomaturas, licenciaturas o grados” coincidiendo con otras investigaciones que corroboran que “la mayoría de las “personas que consumen drogas con fines sexuales tienen un alto nivel educativo” (Incera et al., 2022:11). Así, la situación laboral también apunta a una persona usuaria activa laboralmente. Recordaremos en este punto que también existe una minoría de personas vinculadas al chemsex que está desempleada o, en su caso, que se dedica al trabajo sexual, tratándose ambas situaciones de “factores de riesgo para involucrarse con mayor frecuencia en chemsex” para GBHSH (Fernández-Dávila, 2016:49).

En cuanto al perfil de “chemuser en Aragón”, los datos del muestreo realizado por la entidad SOMOS LGTB+ de Aragón (González y Sierra, 2019) es coincidente al definido hasta este momento. El perfil de la persona usuaria de chemsex en sentido estricto es el de “un hombre cissexual, gay, de entre 31 y 35 años, con y sin pareja, con un nivel adquisitivo que ronda los 1.000 €/mes provenientes de su trabajo, estudios universitarios, de origen español, residencia en la ciudad de Zaragoza y que convive con compañeras/os/es de piso o con su familia originaria” (González y Sierra, 2019:7). Aunque, como ya mencionamos en el apartado correspondiente, esta entidad comprende un perfil más amplio, entendiéndolo como múltiple y diverso, e incluye a hombres, mujeres y personas no binarias, a heterosexuales, gays, lesbianas, bisexuales y polisexuales, etc. En todo caso, cabe resaltar que la entidad, a través de sus estudios, ha indagado sobre la edad y el género como variables clave en la medida en que no son determinantes para el uso de sustancias, sino para el tipo de sustancias consumidas (González y Sierra, 2019:27) y, por otro lado, destacan la motivación sexual para realizar prácticas de chemsex por encima de otras, especialmente sobre la motivación de consumo.

3.3.5. Las sesiones de chemsex

En muchas ocasiones un encuentro de chemsex suele entenderse como una sesión, en parte debido a “la mayor duración de algunos episodios sexuales, pudiendo además “implicar tener sexo con diferentes parejas sexuales, ya sea de manera grupal o secuencial” (Ministerio de Sanidad, 2020:13). En todo caso, las sesiones pueden ser realizadas por una única persona, en solitario -consumiendo porno o a través de webcams, por ejemplo-, “de una-a-una (con una pareja sexual ocasional o con una pareja estable), trío o sexo grupal”, siendo lo más habitual “hacerlo con una sola persona o, a lo más, en trío” (Ministerio de Sanidad, 2020:14). Las sesiones pueden llevarse a cabo en “casas particulares, en saunas, en clubs de sexo, hoteles, fiestas en locales,

³¹ Recordemos en este punto que “ser inmigrante, estar desempleado o dedicarse al trabajo sexual son factores de riesgo para involucrarse con mayor frecuencia en chemsex” y que existe un porcentaje considerable de migrantes entre las personas que ejercen el trabajo sexual. Todos estos factores, como ya se desarrolló en epígrafes anteriores, deben considerarse para comprender el consumo sexualizado de drogas entre la población GBHSH latinoamericana. En: Fernández-Dávila (2016:49).



privados, locales con cuartos oscuros, *cruising*, siendo el lugar más referido el de una vivienda privada (Ministerio de Sanidad, 2020:14). En Zaragoza en particular, se ha encontrado que el chemsex se realiza en viviendas “al no haber locales de ocio enfocados específicamente al sexo entre hombres, a excepción de una sauna, que no permite el consumo de sustancias en sus instalaciones” (Sierra et al., 2021:17). Es por ello que parece relevante dedicar este epígrafe a comprender cómo funcionan las sesiones de chemsex. En todo caso, hemos de añadir que existen otras razones más allá de la ausencia de “espacios recreativos de sexo” en algunas ciudades o entornos que explican este “paso a los dominios privados”, como por ejemplo “el deseo de adoptar ciertos comportamientos sexuales estigmatizados o el consumo de drogas de alto riesgo” percibiéndose los entornos privados como “lugares más seguros y aceptados entre los GBHSH que participan en las sesiones de chemsex” (Incera et al., 2022:2).

Las fiestas de sexo, también conocidas como sesiones “fiesta, party o chillout”, se han definido como “espacios emergentes de sexo” entre GBHSH y “presentan (...) características particulares” (Fernández-Dávila, 2018b:19) tales como una duración variable, con un mínimo de cinco horas y hasta varios días; una persona o un grupo de personas que se conocen entre sí que convoca a otras personas que contactan por App o webs, pero también a través de agendas personales y el “desfilarse” de muchas personas que “entran y salen” durante toda la fiesta, pudiendo llegar a contar hasta “20-30 en tres días”, según han relatado algunas personas participantes (Fernández-Dávila, 2018b:21). Participar en una sesión en un espacio privado puede estar motivado por la posibilidad de realizar algunas prácticas específicas y experimentar una intensidad sexual mayor que en otros espacios; alcanzar cierta “intimidad emocional” que resulta también más difícil en otros contextos; establecer una red, conocer gente, hacer amistades; tener acceso a determinado tipo de personas, como “hombres guapos, musculosos, que en otro contexto no estarían interesados”; perder el control; tener acceso a drogas, siendo entonces el fin primero este y no el tener sexo, etc. (Fernández-Dávila, 2018b:22). Igualmente, se han detallado “diversos aspectos que pueden no gustar de las fiestas de sexo en grupo”, como sentir obligación para mantener relaciones con quien no existe atracción sexual; realizar prácticas sexuales con otra persona que, al mismo tiempo, está “usando el móvil para buscar más hombres a través de las App”; que otras personas chemusers en esa sesión estén demasiado drogadas y con desinterés por mantener relaciones sexuales o “que existan diferentes niveles de colocón, lo que puede impedir que haya una misma sintonía sexual” (Fernández-Dávila, 2018b:21).

Se han de realizar dos apreciaciones acerca de esta cuestión. En primer lugar, y habida cuenta de las motivaciones diversas que llevan a las personas que se vinculan en contextos de chemsex a participar en fiestas privadas de sexo, estos espacios deben “ser comprendidos más allá” de la percepción de que son “espacios de riesgo y, por ello, cargado de juicios negativos” o, “en otras palabras, asistir o estar en una fiesta de sexo cumple una función porque allí se encuentra “algo” que algunos hombres buscan o necesitan” (Fernández-Dávila, 2018b:21). En segundo lugar, y deteniéndonos en el hecho de que las fiestas privadas de sexo sean una opción muy considerada en Aragón por las personas que practican chemsex, repararemos en que pueden ser espacios de socialización y encuentro de personas provenientes de “zonas rurales o pequeñas capitales de provincias, en las que su orientación sexual se vive de forma (...) discreta” y que acuden a ciudades más grandes para trabajar o realizar sus estudios (Caudevilla y Vidal, 2017:104)³².

³² Igualmente, esta idea actual del “sexilio”, es decir, del movimiento de personas LGTBIQ+ provenientes de entornos rurales o ciudades pequeñas a grandes capitales ha sido cuestionado en profundidad por [Domínguez, I. E.](#) (2023) *Tú a Soría, yo a Barcelona o cómo cambian las vidas queer en función de dónde vivimos*. Egales.



3.3.6. Las aplicaciones de geolocalización para GBHSH y chemsex

Un “aspecto diferencia por excelencia” del chemsex es el uso de internet” (Usó y Miralles, 2017:13), en la medida en que facilita las interacciones a través de aplicaciones (App) de redes sociales con geolocalización proporcionando “una fuente ilimitada” de prácticas sexuales y consumo, el acceso 24/7 a parejas sexuales y otro tipo de contactos, allanando también el camino para realizar encuentros presenciales y, en su caso, para la adquisición de sustancias (Usó y Miralles, 2017:13). De hecho, se ha demostrado que las App de contactos son la vía más habitual de “búsqueda de sexo o contacto con otros hombres” (Ministerio de Sanidad, 2020:45) para la mayoría de GBHSH³³, pero también que entre estos usuarios en App se han encontrado factores de riesgo como una “alta prevalencia de ITS, una mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo como las relaciones sexuales sin uso de preservativo, prácticas sexuales con uso de drogas (chemsex) o referir múltiples parejas sexuales” (Alarcón et al., 2020:14)³⁴. En todo caso, y como se desarrolla más adelante, voces expertas han prescrito el uso de estas “tecnologías móviles en salud para desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud sexual en este colectivo”, teniendo las App de contactos como una “buena forma para alcanzar estas poblaciones” (Alarcón et al., 2020:14). De este modo, se afirma que las App de contactos con geolocalización son, además, herramientas clave “para canalizar intervenciones de prevención y atención” (Ministerio de Sanidad, 2020:10) del chemsex.

En los últimos años, la conjunción de internet en los móviles y App de contactos con geolocalización ha generado unas “formas de relacionarse online” para GBHSH que podrían estar supliendo y desplazando “el rol” de otros espacios característicos de la cultura sexual gay, “como son los bares, saunas y discotecas” (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009:381). El éxito de las App en este sentido puede haberse logrado, en parte, porque añaden “fuertes sentimientos de anonimato, seguridad y comodidad, sin miedo a represalias, a diferencia de lo que ocurre en otros espacios” (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009:381), porque permiten establecer contactos y encuentros en cualquier momento del día, en cualquier día de la semana, “incluso para quienes viajan y acaban de llegar a un nuevo país” (Ministerio de Sanidad, 2020:35), es decir, por su “facilidad de acceso” e “inmediatez”, pero también por hecho, por ejemplo, de poder “perfilar características, límites y preferencias” previamente al encuentro (Usó y Miralles, 2017:13). Por contra, se ha referido la aparición de una nueva “cultura del rechazo específica” hacia los hombres GBHSH, directamente “surgida de las aplicaciones de contacto gay” y vinculada con la depreciación de determinados “subgrupos gays, la apariencia y condición física, la raza, el desempeño sexual, las expectativas” o, incluso, la falta de “habilidad para venderse a uno mismo para tener éxito dentro” (Stuart, 2019:2) de estas App, que podría estar afectando particularmente a la forma en la que GBHSH viven, se vinculan y desarrollan prácticas sexuales, relacionales y de contacto.

Se ha evidenciado asimismo que el chemsex, tal y como se conoce en la actualidad, no habría sido posible antes de la difusión de internet, los *smartphones* y las App de contactos (Ministerio de Sanidad, 2020:35), de tal modo que las App de geolocalización, de hecho, se han convertido en “uno de los escenarios en los que el chemsex se manifiesta” (Ministerio de Sanidad, 2020:18) y configura. La actualización al tradicional *chat gay* que incorpora el servicio de geolocalización incluido en el propio *smartphone* permitiría “la organización de reuniones de chemsex en domicilios

³³ Ya en 2006 se demostró que “la gran mayoría de los HSH (76%) usa internet para buscar parejas sexuales” (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009: 385).

³⁴ Existen numerosos estudios que presentan evidencias sobre “una gran cantidad de conductas sexuales de alto riesgo en HSH que buscan conocer parejas sexuales a través de internet” y que “concluyen que el uso de internet para buscar parejas sexuales debería ser considerado un potencial factor de riesgo para contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual”, entre otras cuestiones (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009:386).



particulares u otras zonas de reunión en apenas minutos y en cualquier ubicación geográfica, sin más requerimientos que la conexión a la red y la disponibilidad” de quien participa (Cabello y Troya, 2017:23). Así, como dijimos, muchos GBHSH utilizan estas App “buscar parejas sexuales con las que compartir sesiones o para comprar, vender o compartir sustancias” (Soriano, 2017:18), pero estas App también permiten, por ejemplo, para “crear redes entre subgrupos de HSH” que comparten el deseo de prácticas específicas y que, de otro modo, no podrían saber de ello o les resultaría mucho más complicado (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2009:385). El propio chemsex, el *bareback* o “realización de sexo anal sin condón de modo intencional entre hombres que no son pareja estable” (Rodríguez y Castillo, 2008:11), la práctica del *slamming* o “mantener relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas por vía inyectada” (Rodríguez y Castillo, 2008:24) serían algunas de estas prácticas específicas.

Otra de las novedades que incorporan las App de contactos con geolocalización para GBHSH sería la potencia de las mismas para “convertirse en un espacio virtual capaz de generar argot y retroalimentar códigos, fantasías y fetichismos vinculados al imaginario de la comunidad gay” (Ministerio de Sanidad, 2020:45), de modo tal que se ha configurado un lenguaje específico, en continuo cambio, en el que prima “lo visual sobre lo escrito” (Gómez, 2019:47), caracterizado por la “brevedad de los textos” y la expresión “lo más escueta posible”, en muchas ocasiones con mensajes “encriptados o camuflados, sobre todo si se hace referencia a drogas” (Ministerio de Sanidad, 2020:46). A través de este argot se hace referencia a las “prácticas y preferencias sexuales” que se proponen, a la “duración” del encuentro, la “intensidad” de las prácticas sexuales, la existencia o no de protección durante la o las relaciones sexuales o la forma en la que se suministran las sustancias, inyectadas o no (Ministerio de Sanidad, 2020:46). Este lenguaje, además, utiliza “los emoticonos”, que también permiten “comunicar diversos intereses sexuales, incluido el consumo de drogas” (Fernández-Dávila, 2018b:16)³⁵.

Cabría puntualizar dos cuestiones relevantes acerca del vínculo de las App de contactos GBHSH con geolocalización y la práctica del chemsex. Por un lado, hemos mencionado que las App son utilizadas para “buscar participantes” en las sesiones de chemsex y, sin embargo, para este mismo propósito, “se puede utilizar cualquier medio disponible” como, por ejemplo, WhatsApp y las “agendas personales” de quienes lo organizan y de quienes asisten (Fernández-Dávila, 2018b:16). Esto nos podría indicar, de hecho, que “el vínculo entre” las sesiones de chemsex y “las nuevas tecnologías”, más allá de buscar participantes como principal propósito, también tendría que ver con el morbo que produce, más aún bajo el efecto de las drogas, “mirar los perfiles hasta encontrar a alguien que te guste” o, dicho en otras palabras, “la búsqueda en sí misma” (Fernández-Dávila, 2018b:16). Por otro lado, suele analizarse y mencionarse Grindr como la principal App de contactos para hombres GBHSH y, ciertamente, “desde su surgimiento en 2009 se ha convertido en un referente” para este grupo (Gómez, 2019:40). Sin embargo, se ha señalado que no es precisamente esta App la más utilizada en relación al chemsex, tanto “porque tiene varias restricciones si no se paga una cuota para recibir todas las prestaciones”, como por la política concreta de la aplicación de “censurar y eliminar perfiles que mencionen buscar sexo sin condón (*bareback*), que hagan referencia a la venta de drogas o que se ofrezcan servicios sexuales” (Fernández-Dávila, 2018b:20). Se señala así específicamente la aplicación de contactos por geolocalización para GBHSH conocida como Scruff (Fernández-Dávila, 2018b:21).

³⁵ “El uso de ese argot, como ocurre en otros contextos sociales, reproduce numerosos estereotipos machistas, homófobos, serófobos y discriminatorios cuyo impacto genera opresión y vulnerabilidad. Así términos como “pasiva”, “tiene pluma”, “tiene el bicho” o “es un tío (referido a una mujer trans)” son frecuentes en este colectivo, afectando de manera especial a quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, como las personas trans, las personas con el VIH, o quienes practican chemsex” (Ministerio de Sanidad, 2020:37).



3.3.7. El circuito de ocio gay y el chemsex

Hemos visto hasta aquí cómo las App citadas cumplen un papel facilitador del auge del fenómeno del chemsex. Del mismo modo, se ha indicado que este papel es cumplido también por “la eclosión del circuito de los grandes eventos internacionales de ocio gay” (Ministerio de Sanidad, 2020:13). Este circuito de grandes encuentros y festivales de ocio gay se mueve alrededor de un calendario específico y compartido, y en grandes urbes (Madrid, Barcelona, Valencia) pero no sólo (son núcleos importantes Sitges en Catalunya, Ibiza, Torremolinos en Málaga, Maspalomas en Gran Canaria y Benidorm en Alicante, entre otros). En este circuito de ocio, por lo general, “el componente sexual ocupa un lugar central” (Ministerio de Sanidad, 2020:17)³⁶, en coherencia con el hecho de que “parte de la oferta de la industria de ocio gay”, -que comprende desde las “saunas y locales con cuarto oscuro” hasta los más actuales “clubes de sexo”, las fiestas privadas de sexo (Fernández-Dávila, 2018b:19) y el propio circuito de macro festivales internacionales gays- está hipersexualizada” (Ministerio de Sanidad, 2020:44). Como ejemplo, las propias imágenes y el tipo de productos de marketing utilizados para difundir” los festivales enmarcados en este circuito están caracterizados “por una importante carga sexual” (Ministerio de Sanidad, 2020:45).

Este punto es relevante si reparamos en el hecho de que España es una de las principales localizaciones del turismo internacional gay, así como del circuito de eventos señalado, por lo que este recibe turistas del propio país y de fuera del mismo -unos 7 millones de turistas extranjeros al año y un volumen de ingresos de 7.200 millones de euros- (Ministerio de Sanidad, 2020:66). No en vano, el orgullo LGTBIQ+ de Madrid es “el mayor evento europeo de celebración del orgullo” -celebrado en junio- y el festival Circuit de Barcelona “el mayor festival gay” de Europa (Ministerio de Sanidad, 2020:46) -se celebra en agosto-. El circuito de ocio internacional en el que España tiene un lugar destacado, además, va configurando un calendario diversificado³⁷, “haciendo más fácil atender varios eventos cada año” (Ministerio de Sanidad, 2020:84), más allá de la propia fecha conocida por ser el Día Internacional del Orgullo LGTBIQ+ (28 de junio), especializándose en subgrupos dentro del colectivo GBHSH. Esto implica que el colectivo GBHSH de nuestro país está “muy expuesto a tendencias de consumo de sustancias y de conductas sexuales que se dan en esta población a nivel internacional” (Ministerio de Sanidad, 2020:46), como por ejemplo las prácticas de chemsex. Pero, por otro lado, estaría revelando que estas prácticas no tendrían que darse únicamente entre personas españolas y residentes, sino que puede incluir aquellas que realizan quienes visitan el país (Ministerio de Sanidad, 2020:47).

Aragón no aparece como uno de los focos clave de turismo LGTBIQ+ en España. En todo caso, recientemente se ha observado una apuesta de algunas instituciones por promover este tipo de turismo en el territorio, al igual que otras zonas interiores del país que, tras la pandemia del COVID-19, han visto una oportunidad de crecimiento económico fomentando lo que se ha denominado como “turismo gay”. Es el caso del Ayuntamiento de Zaragoza que, a través de Zaragoza Turismo, ha definido en los últimos años su estrategia para “diversificar la oferta turística de la ciudad” en una

³⁶ Ya se expuso que el “sexo tiene un significado” relevante para muchos GBHSH, formando “una parte importante de sus vidas”, implicando “explorar el sexo y la sexualidad” propias, “experimentar con nuevas formas de disfrutar el sexo” o buscar el placer a través de determinadas prácticas sexuales, por ejemplo. De ahí que el circuito de macro eventos gay incluya el sexo como un elemento más (Fernández-Dávila, 2018b:18).

³⁷ En mayo comienza la temporada del circuito de ocio gay en Maspalomas y Torremolinos. El julio se concentra en Ibiza, Madrid, Barcelona, Sitges para llegar en septiembre a Benidorm e incluir varios festivales en diciembre, “de modo que el grueso coincide con el verano y la temporada alta de turismo”, pero llega hasta más allá (Ministerio de Sanidad, 2020:66).



“apuesta por la diversidad”, consolidando la ciudad como “un destino accesible, sostenible e inclusivo (turismo inclusivo, LGTB, etc.)” (Zaragoza Turismo, 2022:23). Las acciones propuestas o desarrolladas por ahora distan de aproximar Aragón o Zaragoza al circuito de grandes eventos que más arriba se expuso. En la actualidad, el Ayuntamiento de Zaragoza ha participado desde el año 2019 en el área LGTB+ de Fitur con un espacio propio y reconoce en el folleto elaborado para la promoción del turismo LGTBQ+ dos eventos significativos en la ciudad más allá del día del Orgullo: “los Juegos del Cierzo³⁸” (Zaragoza Turismo, 2022:23) y el festival de cine LGTB Zinentiendo³⁹. Igualmente, el consistorio refirió su intención de promover “la celebración del Día Internacional de las Familias” en el marco de la diversidad y nuevos modelos de “convivencia social y familiar” (Zaragoza Turismo, 2021) disponible en todas las oficinas de turismo. Del mismo modo, acogió en 2023 un congreso LGTB@work, organizado por dos importantes grupos hoteleros, dirigido a la implantación de la diversidad en las empresas.

III.4. Modelo de abordaje integrado del chemsex en España y recomendaciones

En este epígrafe revisamos el proceso de creación de los servicios de abordaje del chemsex desde entidades comunitarias e instituciones públicas en Europa y en nuestro país, así como las propuestas realizadas por voces expertas para cualquier procedimiento de abordaje y las discusiones actuales sobre la materia. Como trató de exponerse hasta aquí, el chemsex es un fenómeno que puede afectar al ámbito de las adicciones, las ITS, la salud mental, la salud física y la esfera social, por lo que cabe entender que cualquier propuesta de abordaje indispensablemente requiere partir de “una nueva mirada multidisciplinar” que involucre a diversos “perfiles profesionales y recursos -públicos, privados y comunitarios-” y contemplar “las razones que llevan a la práctica del chemsex y no solo aborde sus consecuencias”, así como los factores de vulnerabilidad (Pérez et al., 2020:5).

Es en las principales ciudades europeas, debido a la prevalencia del chemsex en el entorno urbano y de grandes urbes, donde se dan los primeros pasos de abordaje de algunas de las consecuencias negativas asociadas a estas prácticas, poniéndose en marcha en dos tipos de recursos principalmente: las clínicas de salud sexual e ITS y, por otro lado, los centros comunitarios para la promoción de la salud sexual, surgiendo así “las primeras respuestas de investigación y detección” (González et al., 2017:107). Será Londres la ciudad pionera en este proceso, siguiendo posteriormente otras como Manchester, Bristol, París, Berlín, Atenas o Ámsterdam (González et al., 2017:108). A través del análisis y la evaluación de este tipo de experiencias de abordaje que han conectado a las instituciones públicas con las entidades comunitarias, se ha podido establecer que “son la alternativa efectiva para la atención a [las personas usuarias]” y que, por otro lado, cuentan con una muy buena valoración de las mismas (Pérez et al., 2020:5). En este marco, existe a su vez la recomendación de organizar el abordaje del chemsex con arreglo a una profunda comprensión de “la realidad de cada escenario local y su conexión con el contexto global” (Ministerio de Sanidad, 2020:9) y contando con los recursos que ya están funcionando en cada territorio (Pérez et al., 2020:15), esto es, de organizar el abordaje del chemsex de forma aterrizada.

En España, los primeros problemas asociados a prácticas del chemsex comenzaron a ser detectados en torno a 2015 y 2016 en Madrid y Barcelona, a través

³⁸ Los Juegos del Cierzo es un evento deportivo LGTBQ+ organizado desde 2019 por la Asociación Deportiva Cierzo LGTB y que incluye competiciones amistosas y actividades culturales y de ocio, con la colaboración de la Diputación de Aragón y el Ayuntamiento de Zaragoza.

³⁹ En él, además de indicar los Juegos del Cierzo, hace referencia a Zinentiendo, Muestra Internacional de Cine LGTBQ que organiza cada año el colectivo Towanda.



de diferentes entidades tales como organizaciones comunitarias, clínicas de ITS y unidades de VIH que, desde entonces, dieron comienzo al desarrollo de “distintas iniciativas de promoción de la salud y apoyo psico-social” (Pérez et al., 2020:11), así como a “las primeras investigaciones y los primeros programas de intervención” (González et al., 2017:108). No es de extrañar que sea en estas ciudades donde arrancan las experiencias de abordaje en nuestro país, en la medida en que la prevalencia del chemsex en ambas Comunidades Autónomas es alta, como también lo es en destinos turísticos enmarcados en el circuito de ocio gay, tales como Sitges, Ibiza, Torremolinos, Maspalomas y Benidorm entre otros.

Volviendo al desarrollo del abordaje del chemsex en el territorio estatal, cabe destacar que fueron las entidades LGTBIQ+ las que desplegaron en “primer lugar los programas específicos de intervención para la acogida y atención de las personas que practican chemsex” en estas ciudades, como por ejemplo hicieron “Apoyo Positivo en Madrid y Málaga, Checkpoint y Stop Sida en Barcelona” (González et al., 2017:109). Así, si en 2017 tanto Barcelona como Madrid declaraban el chemsex como un problema de salud pública e incluían esta cuestión en sus planes de acción de adicciones, las entidades LGTBIQ+ articularon la respuesta que ya venían desarrollando los dos años previos y a la que se unieron algunas organizaciones de prevención de VIH y de atención a adicciones para que, finalmente, “las administraciones [reaccionaran], poniendo en marcha iniciativas, generalmente asociadas a la atención de consumos problemáticos” (Pérez et al., 2020:14). En este sentido, por un lado encontramos el ejemplo madrileño de la ONG Apoyo Positivo que, en 2016, lanzó el programa Sexo, Drogas y Tú⁴⁰ -en colaboración con la entidad Stop Sida y el Instituto de Adicciones- como “respuesta a la necesidad de acción inmediata surgida de la preocupación por la falta de recursos especializados para la atención” (González et al., 2017:110) de casos de chemsex problemáticos. El programa tiene como objetivos principales concienciar sobre el chemsex tanto a GBHSH como a profesionales del ámbito socio-sanitario y elaborar un “protocolo de atención especializada para los casos atendidos” (González et al., 2017:110). En Barcelona, por su parte, la ONG Stop Sida crea el Servicio chemsex Support, que fue pionero en todo el estado (Curto et al., 2020), con un equipo formado por profesionales de la psicología, trabajo social y agentes de desarrollo comunitario para “dar respuesta a las necesidades demandadas por [las personas usuarias] que acudían a la entidad” (Leyva-Moral, et al., 2023), convirtiéndose posteriormente en un servicio de alcance estatal. Ofrecen atención psicológica presencial o virtual, individual o en grupo y atención sociolaboral y forman en materia de chemsex tanto a profesionales como a personas usuarias, pasando estas últimas a formar parte del voluntariado y, así, ser agentes comunitarios entre pares. Además, la Agència de Salut Pública de Catalunya inició en 2020 el proceso de creación de una unidad de chemsex con cobertura para todo el territorio y, en 2021, después de un procedimiento de trabajo multidisciplinar, publicó el documento sobre el abordaje del chemsex en el territorio catalán, realizando propuestas de acción, agentes involucrados y otras propuestas de mejora (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2021).

Más allá de las entidades LGTBIQ+, se han definido como agentes esenciales para la prevención y atención de personas vinculadas al chemsex: los centros de atención de conductas adictivas; los centros de ITS; los servicios de enfermedades infecciosas y unidades de VIH; los equipos de salud mental; los servicios de urgencias hospitalarias; y los servicios de atención primaria (Ministerio de Sanidad, 2020:10). De hecho, para un adecuado abordaje del chemsex, se precisa del trabajo conjunto de todos estos agentes, debido a las diversas necesidades de atención que algunas personas vinculadas a contextos de chemsex pueden requerir y que, del mismo modo, pueden involucrar muy dispares áreas. Si bien es verdad, como veníamos exponiendo,

⁴⁰ Para más información sobre el programa, se puede consultar Curto, et al. (2019).



que el papel de las entidades LGTBIQ+ es fundamental en la medida en que son “recursos de referencia” para quienes puedan requerir información o apoyo derivado de sus prácticas de chemsex, siendo que “una parte importante de la prevención, del asesoramiento y de la atención psicosocial, se desarrolla desde el tejido comunitario” (Ministerio de Sanidad, 2020:10). Tanto el Informe del Ministerio de Sanidad como otros (Curto, 2020; Fernández-Dávila, 2017) defienden la presencia y trabajo de estas organizaciones en cuanto que permiten la canalización de la participación y las experiencias de las personas usuarias de chemsex para organizar los servicios, desarrollan la formación de pares como agentes de salud, etc. En todo caso, y como más adelante se desarrolla, es necesario definir los circuitos asistenciales que conectan a estas entidades con la red del sistema nacional de salud (Ministerio de Sanidad, 2020:10).

En estos momentos, están en discusión varias cuestiones respecto al abordaje del chemsex: “los procesos para definir puertas de entrada [de personas usuarias de chemsex] al circuito asistencial”, los propios tipos de “atenciones necesarias”, “los mecanismos de coordinación” entre agentes implicados, y que “falta por definir el modelo asistencial que se va a potenciar desde las administraciones responsables” (Pérez et al., 2020:14). A modo de ejemplo, se ha elegido la propuesta de convivencia de varios modelos que, a día de hoy, existe en Catalunya, en la que “coexisten centros de atención a las adicciones especializados en atender a la población diana” con equipos especializados que se desplazan “a los servicios habitualmente más usados por GBHSH que practican chemsex”, como son centros de ITS y entidades comunitarias y, por último, con “equipos de profesionales de entidades comunitarias” que asesoran a otros servicios en las cuestiones en las que tienen un menor conocimiento (Pérez et al., 2020:14). En este sentido, en el documento sobre el abordaje del chemsex en Cataluña se establecen, para cada una de las acciones de información, prevención selectiva, prevención indicada basada en enfoque de reducción de riesgos, detección y orientación, intervención y formación, los agentes -recursos, servicios y entidades ya existentes en el territorio- pertinentes que van a desarrollarlas (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2021). Es decir, se establece una red de actuación en el marco del chemsex tratando de definir los roles y actuaciones en cada ámbito (Pérez et al., 2020:15).

En todo caso, sí existirían coincidencias en cuanto a cuáles deberían ser las premisas generales en el abordaje del chemsex. Por un lado, se recomienda partir de “los recursos y a existentes” en cuanto a las entidades comunitarias y aquellos de la red asistencial pública, como “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” integrados a través de “una cartera de servicios específica para chemsex” (Pérez et al., 2020:15) elaborada ad hoc para cada Comunidad Autónoma. Se ha realizado una exhaustiva labor de recogida y exposición de recomendaciones de trabajo y propuestas de mejora para cada uno de los agentes involucrados en contextos asistenciales, tanto públicos como comunitarios en el documento de abordaje del chemsex elaborado por el Ministerio de Sanidad (2020:89-103). Estos recursos deben estar coordinados en una red de intervención que tenga asignadas funciones y actuaciones, así como “procesos y protocolos de abordaje” (Pérez et al., 2020:15). En otras palabras, debido a la pluralidad de agentes involucrados, “el trabajo en red es imprescindible” y para ello se ha sugerido “definir niveles de intervención, agentes y actuaciones diferenciadas” que establezcan “un circuito terapéutico” y una “atención integral con recursos” existentes, “sin duplicar dichas actuaciones y que permita identificar áreas de mejora” (Ministerio de Sanidad, 2020:77).



Otra de las premisas generales para un modelo de abordaje del chemsex, y relacionada con la necesidad de ofrecer una atención integral, es que se parta de una simplificación del circuito asistencial, estableciendo un modelo de abordaje integrado que permita “ofrecer varios tipos de atención en un mismo centro” (Ministerio de Sanidad, 2020:77). Se ha recomendado en este sentido establecer “consultas integradas, prestadas por parte de diferentes profesionales, en un mismo espacio” (Ministerio de Sanidad, 2020:72). Esta recomendación puede operativizarse a través de diferentes fórmulas propuestas. Por un lado, se puede establecer la fórmula de un “centro específico de atención (...) ubicado dentro o vinculado a una ONG o asociación LGTB, por presentar características particulares que este tipo de organizaciones ofrece (anonimato, discreción, privacidad, accesibilidad, etc.)” (Fernández-Dávila, 2017:15), además de contribuir a la eliminación de barreras de acceso y permanencia (Ministerio de Sanidad, 2020:80). Pero también se han definido fórmulas como “el acercamiento de profesionales de las adicciones a recursos que ya atienden a hombres GBHSH”, a los que esta población “suele acudir de manera rutinaria, como es el caso de los centros de ITS” (Ministerio de Sanidad, 2020:11) o las entidades comunitarias; o “un modelo más completo” que sería “la integración en un solo servicio de la mayor parte de estas atenciones (VIH, salud sexual, salud mental, adicciones, terapia psicosexual etc” (Ministerio de Sanidad, 2020:77), esto es, el establecimiento de un centro de referencia en el que exista un equipo multidisciplinar integrado por profesionales de la medicina, la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la educación social y la mediación en salud (Pérez et al., 2020:12). En Catalunya, de hecho, se ha establecido que estos centros de referencia para la intervención con personas usuarias de chemsex sean los Centros de Adicciones (CAS), que funcionan como los lugares desde los que se realizan las atenciones primeras y derivaciones, aunque “la puerta de entrada para ponerse en contacto con los y las profesionales para pedir atención puede ser diversa”, así como lo son “las intervenciones que pueden darse para abordar las complicaciones asociadas a las necesidades de salud” de quienes practican chemsex (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2021:22). De hecho, en el documento sobre abordaje de chemsex en Cataluña, se establecen los recursos asistenciales que “desempeñan un papel más destacado y frecuente en estas intervenciones”, así como los que “juegan un rol complementario” o, en su caso, un papel más “ocasional” (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2021:23).

El modelo de abordaje integrado, esté operativizado en la fórmula que sea deberá ,en todo caso, garantizar el anonimato y la confidencialidad de quienes se acerquen a él, así como mantenerse “libre de juicios” (Fernández-Dávila, 2017:15) y “eliminar prejuicios que puedan tener algunos profesionales de salud en relación con el sexo, las drogas y/o la diversidad sexual”, estableciendo planes de “formación específicos en competencias culturales LGTBIQ+” (Pérez et al., 2020:12) para los “servicios clave” (Ministerio de Sanidad, 2020:10). Por otro lado, se hace necesario “reducir barreras propias de la organización del sistema de salud” en materia de atención a GBHSH con usos problemáticos del chemsex que, además, “dificultan su acceso y adherencia a los servicios” (Ministerio de Sanidad, 2020:10) y, para ello, se han sugerido mecanismos como el establecimiento de una flexibilización de horarios, por ejemplo, en centros de ITS o de adicciones ya existentes (Pérez et al., 2020:12) o, recogiendo la voz de las propias personas involucradas en prácticas de chemsex, cuestiones como que no se aborde “el consumo de sustancias como “algo malo” (Fernández-Dávila, 2017:15).

En cuanto a los tipos de atenciones que un abordaje del chemsex requiere, se han descrito diferentes ámbitos de actuación. El *think tank* (comúnmente traducido al español como laboratorio de ideas) sobre el manejo de la práctica del chemsex organizado por la Cátedra Extraordinaria de Salud, Crecimiento y Sostenibilidad MSD-UIMP (Pérez et al. 2020) establece dos niveles de atención: por un lado, las acciones de prevención y, por otro, las propias vinculadas al ámbito asistencial. Por su parte, la



Agència de Salut Pública de Catalunya (2021) identifica las acciones relacionadas con la información, la prevención selectiva, la prevención indicada basada en la reducción de riesgos, la detección y orientación y la intervención. Ambas entidades hablan de la necesidad de establecer niveles de actuación, por ejemplo la prevención primaria dirigida a la población en general en materia de sensibilización sobre la homofobia y serofobia, una vivencia saludable de la sexualidad y la reducción de riesgos sobre usos de drogas recreativas (Pérez et al., 2020:12). La secundaria o selectiva, es decir, aquella dirigida a personas LGTBIQ+ que no practican chemsex pero “que pueden verse expuestas a factores de riesgo” (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2021:15), también dirigida a reducir la homofobia y serofobia interiorizadas, eliminar estereotipos dañinos acerca de la apariencia física o la actividad sexual, ocio alternativo, etc. (Pérez et al., 2020:12). La prevención terciaria o indicada tendría que ver con la promoción de la salud de las personas con usos problemáticos del chemsex y con la intervención directa, realizada por equipos profesionales multidisciplinares y con enfoques de reducción de riesgos (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2021:17) pero también centradas en la abstinencia (Pérez et al., 2020:12). En materia de detección y orientación, esto es, la intervención directa de profesionales sobre las consecuencias negativas del chemsex en las personas que lo practican, la Agència de Salut Pública de Catalunya, a su vez, define varios ámbitos o fases de actuación que tienen que ver con las acciones en situaciones de crisis, de chemsex problemático, de necesidad de derivaciones a otros servicios. En cuanto a la intervención, propiamente dicha, en la red de servicios públicos, se recoge la importancia de los servicios de drogodependencia, salud mental y salud sexual y se introducen las atenciones grupales, individuales, presenciales y en línea (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2020:23-24). Se definen también como “intervenciones más profundas y más estructuradas” que, necesariamente, deben estar dentro de un “circuito asistencial” dirigido por profesionales con especialización (Pérez et al., 2020: 15).

Las recomendaciones para definir el modelo asistencial y los procesos de atención también han sido desarrolladas (González et al., 2017) y recogidas (Ministerio de Sanidad, 2020; Soriano, 2020). En general, se prescribe que la atención sea “integral, personalizada y basada” en la propia persona usuaria, contando con el contexto cultural, y que parta “de las necesidades” de la misma, “tomando en consideración cuáles son sus prioridades y diferentes motivaciones, así como la aceptabilidad de las diferentes propuestas terapéuticas” (Ministerio de Sanidad, 2020:12). Se recomienda valorar el papel de las App de contacto con geolocalización como herramientas de atención y prevención y, además, “la realización de las pruebas de ITS al menos una vez al año en hombres GBHSH”, así como la consideración de la Profilaxis de Preexposición (desde ahora, PrEP) como “una herramienta a valorar desde la perspectiva de la reducción de daños” (Ministerio de Sanidad, 2020:10).



IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

IV.1. Algunos datos relacionados con la práctica del chemsex

La dificultad para conocer la dimensión cuantitativa de la práctica del chemsex exige la búsqueda de fuentes de información secundarias que nos aproximen a este objetivo. De este modo, en esta primera parte del análisis de resultados, vamos a revisar la evolución de cuatro indicadores significativos, por su relación con el objeto de estudio. En concreto, nos estamos refiriendo al indicador de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, el indicador de atención en urgencias hospitalarias por el mismo motivo, el número de contagios por infección de VIH y, finalmente, el número de contagios por otras ITS.

Además, la evolución en el tiempo de cada uno de estos indicadores nos aporta una mirada sobre la dirección de la tendencia. Respecto al primero, España ha consensuado un **indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas**, que forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del PNSD. Las Comunidades Autónomas notifican los inicios de tratamiento al Ministerio y organismo correspondiente que, a su vez, lo notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). Los datos recopilados sobre este indicador permiten de este modo realizar comparaciones entre CCAA y entre países en el ámbito europeo.

El indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas comenzó a funcionar en España en 1987, en las 17 Comunidades Autónomas, en el marco del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT). Se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad Autónoma en un año dado. Sólo se notifica la admisión a tratamiento en un centro por primera vez. Si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año y en la misma Comunidad Autónoma, sólo se considerará la primera admisión de ese año.

En Aragón, desde el año 2003 las UASAS notifican todos los inicios de tratamiento que se realizan en sus centros, mediante una hoja de recogida de datos. Las UASAS en funcionamiento en Aragón son las siguientes.

Tabla 3: *UASAS en Aragón distribuidas por provincias.*

Provincia Zaragoza	Provincia Teruel
UASA Hosp. Nra Sra Gracia	UASA Alcañiz
UASA Cinco Villas	UASA Cruz Roja Teruel
UASA Moncayo	
UASA Centro Solidaridad	Provincia Huesca
CMAPA	UASA Huesca
UASA Cruz Roja	UASA Barbastro-Monzón

Fuente: Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón.

En relación al tema que nos ocupa y basándonos en los estudios e informes llevados a cabo en años anteriores por distintas entidades y organismos avalados por el PNSD, se ha concluido en un listado de sustancias que se utilizan de manera habitual en la práctica del chemsex: GHB/GBL, mefedrona y otras catinonas, poppers, ketamina,



metanfetamina y otras anfetaminas, cocaína y MDMA.

A partir de los datos recogidos en estos centros notificadores durante el intervalo 2018-2022, desde la Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública se ha extraído el número de personas admitidas a tratamiento por consumo de las sustancias anteriormente mencionadas y que se relacionan con la práctica del chemsex, como sustancia principal motivadora de la admisión a tratamiento o como sustancia secundaria. Los datos extraídos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 4. *Número de personas en admisión a tratamiento 2018-2022*

SUSTANCIA	2018	2019	2020	2021	2022
GHB/GBL	0	0	0	0	0
Catinonas total	1	1	0	0	4
Catinonas sin especificar	1	1	0	0	0
Mefedrona	0	0	0	0	4
Poppers	0	0	0	0	0
Ketamina	5	5	5	2	11
Anfetaminas	149	167	128	207	162
Metanfetamina	3	0	1	0	0
Cocaína	229	316	246	365	430
MDMA	13	16	8	14	13
OTRAS					
TOTAL ADMISIONES A TRATAMIENTO	1.320	1.367	1.108	1.388	1.539

Fuente: Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón

A la vista de los datos que refleja esta tabla se observa que 2022 es el año con mayor número de admisiones a tratamiento de la serie. En este año 2022, la cocaína seguida de las anfetaminas y el MDMA son las sustancias identificadas como mayoritarias por este indicador de admisión a tratamiento desde las UASAS. Si nos detenemos y miramos aquellas sustancias relacionadas de modo más específico con la práctica del chemsex, tales como GHB/GBL, catinonas y entre ellas mefedrona, poppers, ketamina y metanfetamina, los datos registrados nos señalan que la ketamina y la mefedrona como sustancias con un crecimiento “significativo” en el 2022 respecto de los años anteriores aunque, en ambos casos, su porcentaje es bajo en el conjunto. En concreto la admisión a tratamiento por ketamina como sustancia principal representa el 0,7% del total del 2022 (1.539) y la mefedrona el 0,2%.

En conjunto, se puede considerar que un 0,6% de las personas que acuden a recursos de tratamiento de adicciones consumen sustancias relacionadas de manera específica con la práctica del chemsex, tales como GHB/GBL, catinonas y entre ellas mefedrona, poppers, ketamina y metanfetamina.

En el caso de sustancias menos específicas como la cocaína, las anfetaminas o el MDMA, se observa una tendencia a lo largo de los años **analizados** ascendente. En el caso de la cocaína el porcentaje sube del 17,3% en 2018 al 27,9% en 2022 y permanece relativamente estable en el caso de las anfetaminas y del MDMA.

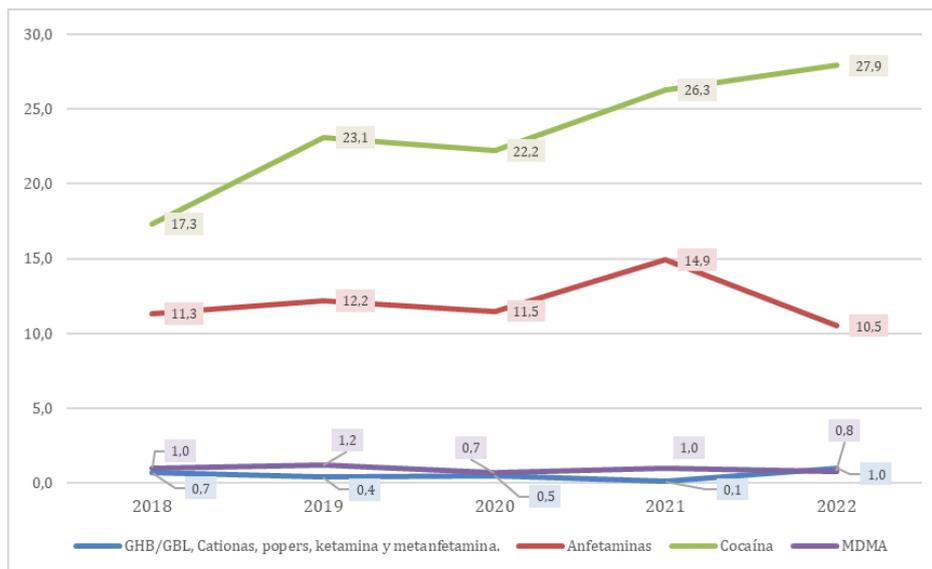


Tabla 5. Porcentaje de admisión a tratamiento según sustancia no específicas y año

SUSTANCIA	2018	2019	2020	2021	2022
GHB/GBL, Catinonas, poppers, ketamina y metanfetamina	0,7%	0,4%	0,5%	0,1%	1,0%
Anfetaminas	11,3%	12,2%	11,5%	14,9%	10,5%
Cocaína	17,3%	23,1%	22,2%	26,3%	27,9%
MDMA	1,0%	1,2%	0,7%	1,0%	0,8%

Fuente: Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón.

Gráfico 1. Evolución a tratamiento por sustancia-s (2018-2022)



Fuente: Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón

Lo más reseñable de este gráfico es el aumento tan acentuado de la cocaína como primera sustancia por la que se demanda tratamiento y que desde el inicio de la serie ha experimentado un aumento, con la excepción de la etapa del 2019-2020, que bajó levemente. De otra parte, también es significativa la acentuada bajada que se observa en la admisión a tratamiento por anfetaminas en el periodo 2021-2022 aunque esta sustancia sigue ocupando el segundo lugar de mayor demanda para inicio de tratamiento. El resto de sustancias se han mantenido estables y siguiendo a gran distancia a las dos mayoritarias. No obstante, se observa una ligera subida en el caso de las sustancias relacionadas específicamente con el chemsex en el intervalo 2021-2022.

Otro de los indicadores recogidos en el marco del PNSD en colaboración con las Comunidades/ciudades Autónomas, es el indicador de **atención en las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas**. Este indicador se define como el número de urgencias hospitalarias en personas de 15 a 59 años que han consumido de manera no médica sustancias psicoactivas de las recogidas como registrables por el PNSD.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, este indicador se recoge desde el año 2005, en referencia a las urgencias atendidas en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Esta recogida se realiza una semana al mes seleccionada desde el PNSD, por lo que no arroja datos absolutos de las atenciones durante todo el año, pero



sí sobre la tendencia que se puede observar a lo largo de periodos temporales.

A partir de los datos recogidos durante el intervalo temporal del 2018 al 2022, se ha extraído el número de personas atendidas que manifestaron consumo de sustancias relacionadas con la práctica del chemsex, habiendo sido estas sustancias las que motivaron la atención o no. Los datos extraídos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 6. Número de personas atención urgencia hospitalaria por sustancia y año

NOMBRE	2018	2019	2020	2021	2022
GHB/GBL	0	0	0	0	0
Catinonas	0	0	0	0	0
Catinonas sin especificar	0	0	0	0	0
Mefedrona	0	0	0	0	0
Poppers	0	0	0	0	0
Ketamina	0	0	0	0	4
Anfetaminas	20	20	15	18	35
Metanfetamina	0	0	0	0	9
Cocaína	20	18	23	25	45
MDMA	3	2	1	2	2
TOTAL URGENCIAS HOSPITALARIAS	145	166	170	206	229

Fuente: Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón

A la vista de los datos que se reflejan en esta tabla volvemos a identificar el año 2022 como el año con la cifra más alta, en este caso de atenciones en urgencias por consumo de sustancias psicoactivas. Respecto a las sustancias, centrándonos en 2022 y en las sustancias relacionadas directamente con la práctica del chemsex (tales como GHB/GBL, catinonas y entre ellas mefedrona, poppers, ketamina y metanfetamina) se observa que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza solicitando atención 4 personas que declararon consumir ketamina y 9 metanfetamina.

En el caso de sustancias menos específicas como la cocaína, las anfetaminas y el MDMA, se observa una tendencia ascendente en el caso de las anfetaminas, pasando del 13,8% en 2018 al 15,3% en 2022, y de la cocaína, que va del 13,8% en 2018 al 19,6% en 2022. No así en el caso del MDMA, que ha experimentado una ligera bajada, pasando del 2,1% en 2018 al 0,9% en 2022.

Tabla 7: Evolución del porcentaje que representan las sustancias detectadas en urgencias hospitalarias

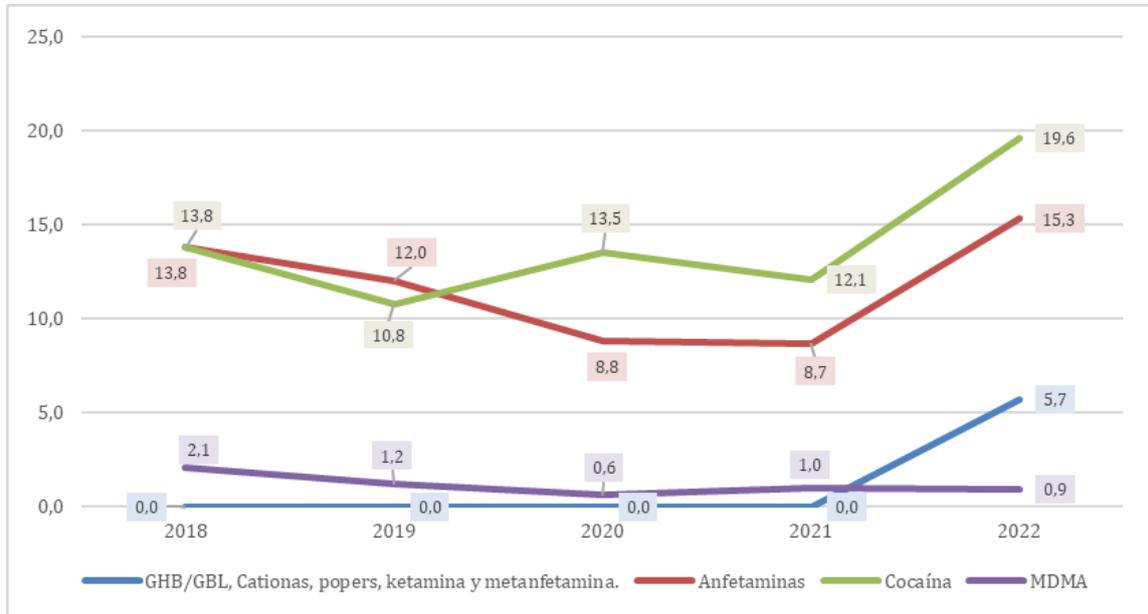
NOMBRE	2018	2019	2020	2021	2022
GHB/GBL, Catinonas, poppers, ketamina y metanfetamina.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%
Anfetaminas	13,8%	12,0%	8,8%	8,7%	15,3%
Cocaína	13,8%	10,8%	13,5%	12,1%	19,6%
MDMA	2,1%	1,2%	0,6%	1,0%	0,9%

Fuente: Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón



Si se analizan todas las sustancias en conjunto, la imagen arroja el siguiente gráfico:

Gráfico 2: Evolución urgencias hospitalarias por sustancias 2018-2022 (%)

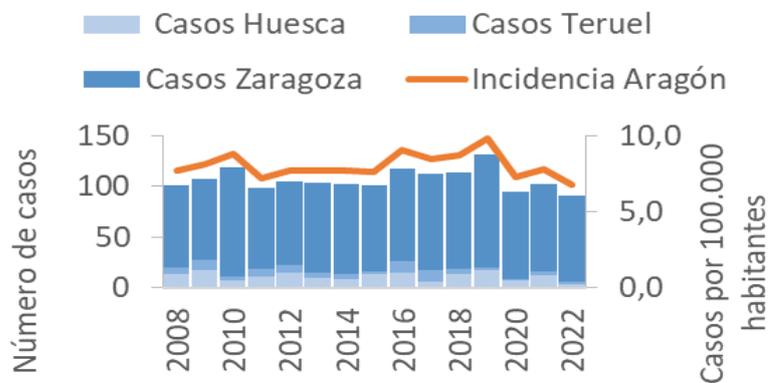


Fuente: Sección de Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón

Tanto la cocaína como las anfetaminas como el conjunto específico de sustancias que se vinculan directamente con la práctica del chemsex presentan un importante incremento en el periodo 2021-2022.

El tercer indicador que puede orientarnos sobre la dimensión cuantitativa de la práctica del chemsex en Aragón es el de los **nuevos diagnósticos de infección por VIH**. En 2022 se notificaron 91 casos de nuevos diagnósticos de VIH, con una incidencia acumulada de 6,8 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 3: Incidencia anual de nuevos diagnósticos de infección por VIH en Aragón, 2008-2022

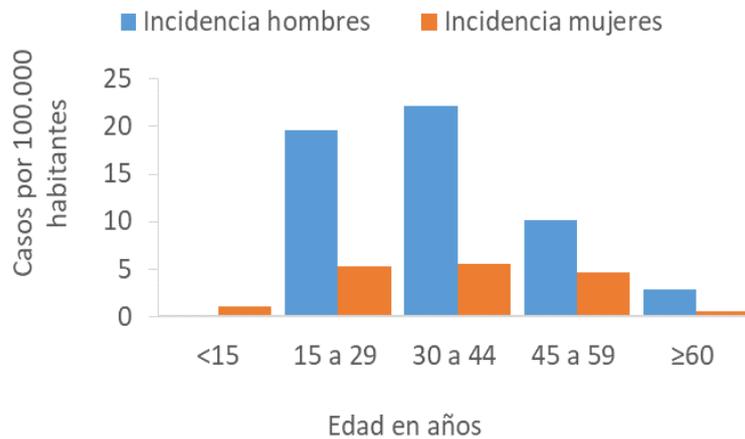


Fuente: Dirección General de Salud Pública, DGA



En el 76.9% de los casos fueron hombres y la media de edad en el momento del diagnóstico era de 39 años. Durante el año 2022 se notificó un caso en menores de 15 años. La incidencia en hombres fue más alta en todos los grupos de edad, excepto en el de menores de 15 años tal y como se muestra en el siguiente gráfico.

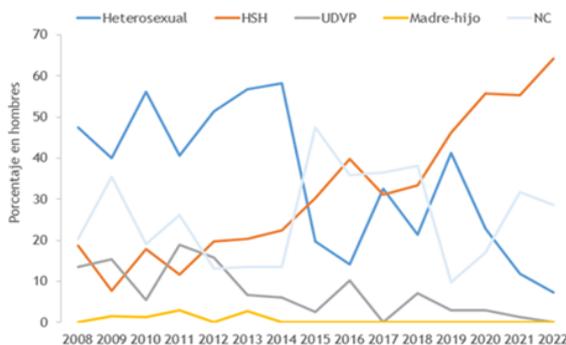
Gráfico 4: *Incidencia de infección VIH por sexo y grupos de edad, Aragón 2022*



Fuente: Dirección General de Salud Pública, DGA

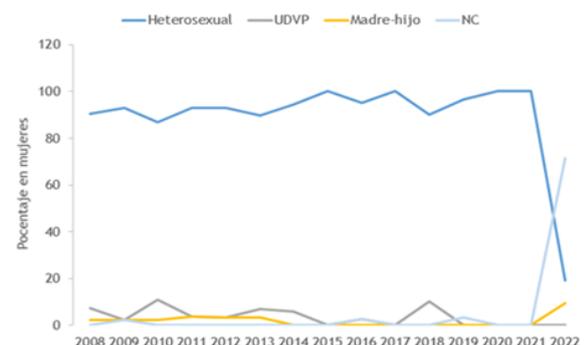
Atendiendo a la distribución por categoría de transmisión, en 2022 la práctica de riesgo homosexual entre hombres fue la más frecuente, con un 64.2%. En ningún caso fue usuario de drogas vía parenteral (UDVP). No se pudo constatar la categoría de transmisión en un 28.6% de los casos.

Gráfico 5: *Evolución de las categorías de transmisión de VIH, en hombres. Aragón 2008-2022*



Fuente: Dirección General de Salud Pública, DGA

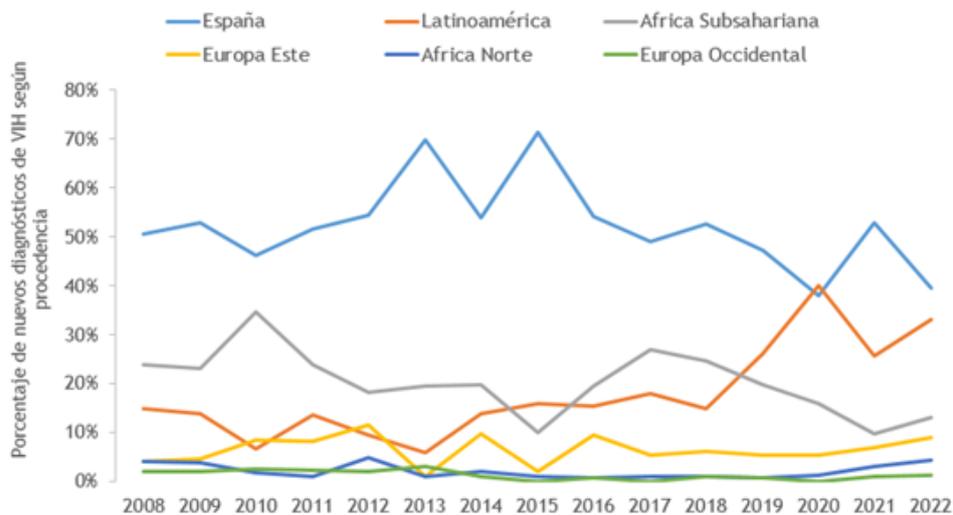
Gráfico 6: *Evolución de las categorías de transmisión de VIH, en mujeres. Aragón 2008-2022*



Respecto al lugar de procedencia de las personas diagnosticadas con infección de VIH, el siguiente gráfico muestra la evolución registrada entre los años 2008-2022.



Gráfico 7: Evolución lugar de procedencia 2008-2022



Fuente: Dirección General de Salud Pública, DGA

La procedencia española seguida de la latinoamericana son las mayoritarias. En el conjunto, la incidencia en población extranjera fue de 33,3 casos por 100.000 habitantes, mientras que la incidencia en la población española fue de 3,1 casos por 100.000 habitantes.

En general, la incidencia anual de los nuevos diagnósticos de infección por VIH se mantiene estable en los últimos 13 años, similar a la incidencia nacional. La incidencia de nuevos diagnósticos en hombres ha sido muy superior a la de las mujeres en este período (2008-2022) y para todos los grupos de edad, excepto en el de menores de 15 años. El patrón epidemiológico de transmisión fue mayoritariamente la vía sexual. Continúa la tendencia ascendente en la práctica de riesgo homosexual entre hombres. Además, a pesar de que la prueba del VIH es gratuita y confidencial, el porcentaje de diagnóstico tardío sigue siendo alto, más de la mitad de los casos en 2022.

Finalmente, el último indicador es el **número de infecciones de transmisión sexual recogido en el informe de vigilancia del VIH / SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en Aragón (2022)**. Según la información que contiene este informe, la Chlamydia ha sido la ITS más frecuente. Por sexo, se observa una mayor afectación de ITS en hombres que en mujeres, a excepción de la Chlamydia que es ligeramente más frecuente en mujeres, principalmente en mujeres jóvenes.

El mayor número de casos de ITS se detectó en adultos jóvenes, aunque con algunas diferencias según enfermedad. Así, el porcentaje de menores de 25 años es el más alto en los casos con infección de Chlamydia y el más bajo en sífilis.



IV.2. Chemsex en la red hospitalaria y en las unidades de atención a las adicciones

En los siguientes apartados se presentan los resultados obtenidos en el análisis de los cuestionarios distribuidos entre profesionales de servicios hospitalarios y UASAS.

4.2.1 Red Hospitalaria

Se recibió respuesta de un 68% de los-as profesionales consultados-as, en 9 hospitales de Aragón.

Perfil de profesionales consultados-as

Tal y como se ha recogido en el apartado de metodología, el 42,10% de quienes respondieron tenían entre 31 y 50 años, mismo porcentaje que en la franja de edad de más de 51 años. Los participantes menores de 30 años supusieron solo el 15,8% del total. En cuanto al sexo, el 42,1% eran hombres, frente al 57,9% de mujeres. En lo que respecta a la categoría profesional, un 84,2% eran profesionales de la medicina, un 10,5% de la enfermería, y un 5,3% del trabajo social.

Formación y/o conocimientos sobre chemsex

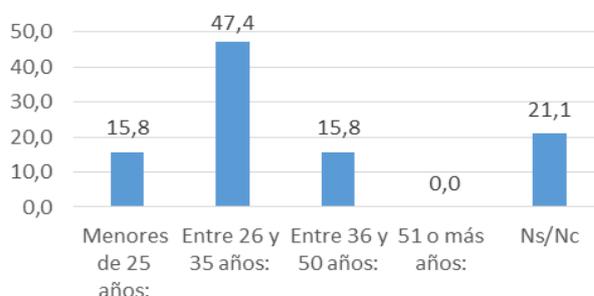
Un 84,2% de profesionales de hospitales consultados-as, ha manifestado contar con competencias culturales sobre la cultura sexual gay, y solo el 15,8% ha indicado que no las tiene. Además, un 68,4% ha expresado contar con formación específica sobre chemsex, frente al 31,6% que no la tiene. De entre quienes sí cuentan con formación específica sobre chemsex, el 84,6% la ha obtenido por su cuenta, y el 15,4% la ha obtenido tanto por formación facilitada en su centro de trabajo, como por iniciativa propia. En cualquier caso, el 63,2% de los-as profesionales participantes considera que deberían contar con más formación específica sobre chemsex.

Entre quienes creen necesario aumentar su formación, el 75,0% considera que esta debería centrarse en prevención y reducción de daños; el 58,3% en abordaje de adicciones y en el Fenómeno de chemsex en general; y un 50,0% opina que deberían recibir mayor formación sobre salud mental asociada a la práctica de chemsex.

Perfil aproximado de chemusers: Valoración del perfil del-la paciente que practica chemsex y acude a la consulta

A partir de su experiencia, los-as profesionales consultadas también han establecido un perfil aproximado de chemusers.

Gráfico 8: Chemusers por rango de edad atendidos-as en hospitales (%)



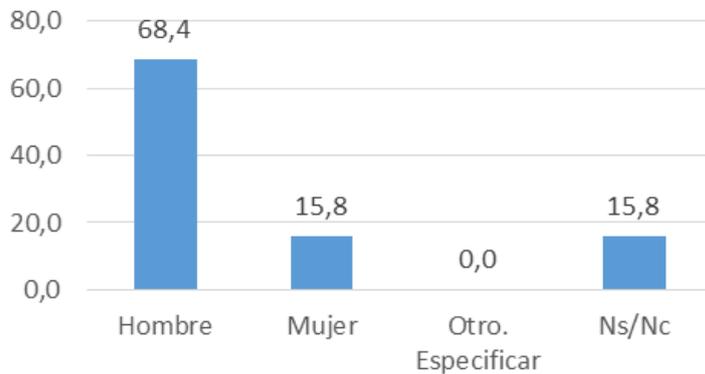
Fuente: elaboración propia.

Como se observa, el rango de edad más frecuente se encuentra entre los 26 y los 35 años, (47,4%). Más lejos se encuentran los rangos entre 36 y 50 años, y los menores de 25 (ambos con un 15,8%). Cabe destacar que el 21,1% de los-as



profesionales no han respondido a esta pregunta.

Gráfico 9: *Chemusers por sexo atendidos-as en hospitales (%)*

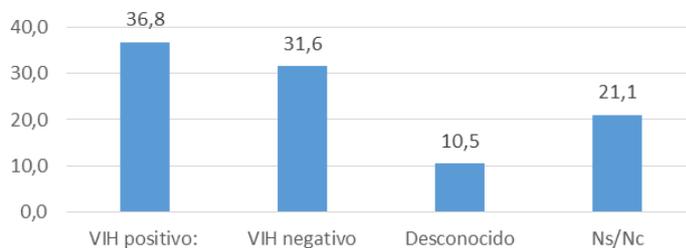


Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, la gran mayoría quienes practican chemsex serían hombres (un 68,4% del total). Las mujeres representarían únicamente el 15,8%, mientras que otro 15,8% de participantes no ha respondido a esta cuestión.

En lo que respecta a la nacionalidad, el 84,2% *chemusers* serían españoles-as, y los-as profesionales no han reportado otras nacionalidades. El 15,8% no ha respondido a la pregunta.

Gráfico 10: *Estado serológico chemusers atendidos-as en hospitales (%)*



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a su estado serológico, predominan las personas con VIH positivo (36,8% del total), si bien se encuentran muy igualadas con las personas VIH negativo (31,6%). Un 10,5% de profesionales ha expresado no conocer el estado serológico predominante de *chemusers*, y un 21,1% no han respondido a la pregunta.

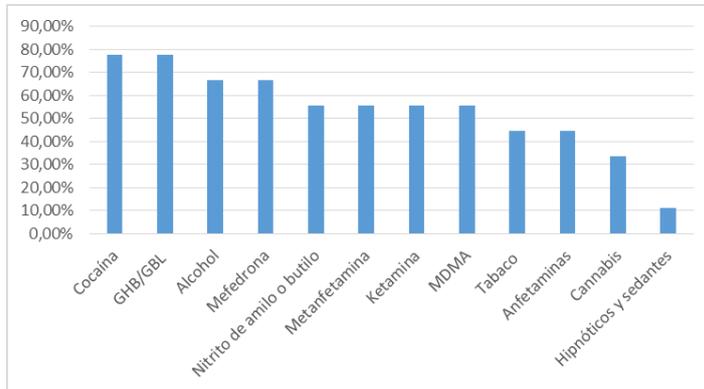
En relación al **consumo de sustancias**, la mayoría de *chemusers* (un 47,4%) únicamente las consumiría vinculadas a la práctica, mientras que el 36,8% las consumiría más allá de la práctica de chemsex. Un 15,8% de profesionales no ha respondido a la pregunta.

Entre ese 36,8% de *chemusers* que consumen habitualmente y más allá de sus prácticas sexuales, las sustancias más utilizadas son el cannabis, el GHB/GBL y la metanfetamina (un 42,8% cada una), seguidas del alcohol y la cocaína (un 28,6% cada una), y por último del tabaco, mefedrona, nitrito de amilo o butilo, anfetamina y MDMA (un 14,3% cada una). Los-as profesionales no reportan en este grupo consumo de



Hipnóticos y sedantes, ni de Ketamina.

Gráfico 11: *Sustancias consumidas en el contexto de la práctica por pacientes atendidos-as en hospitales (%)*

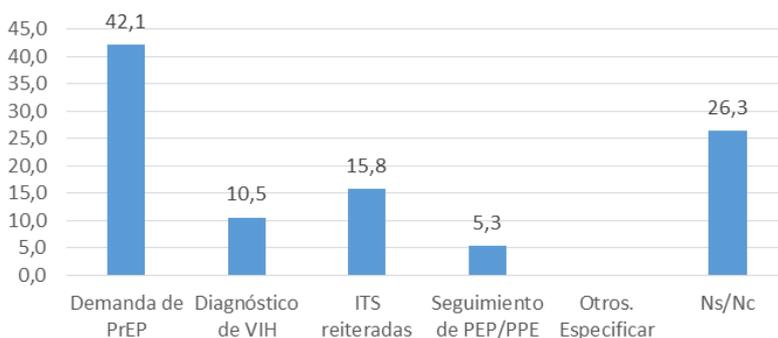


Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, entre quienes solo consumen cuando practican chemsex, las sustancias más utilizadas son la cocaína y el GHB/GBL (77,8%); seguidas del alcohol y la mefedrona (66,7%); el nitrito de amilo o butilo, la metanfétamina, la ketamina y el MDMA (55,6%); el tabaco y las anfetaminas (44,5%); el cannabis (33,4%); siendo los menos consumidos los hipnóticos y sedantes (11,2%).

Según la experiencia de los-as profesionales, el **motivo de consulta inicial** más frecuente es la demanda de PrEP (42,1%); ITS reiteradas (15,8%); el diagnóstico de VIH (10,5%) y por último, el seguimiento de PEP/PPE (5,3%). Cabe destacar que un 26,3% de los-as profesionales no ha contestado a esta cuestión.

Gráfico 12: *Motivo de consulta inicial (%)*



Fuente: elaboración propia.

También se ha consultado a los-as profesionales de hospitales si consideran que existe un **perfil o perfiles de personas que practican chemsex, pero que no suelen acudir a los servicios de salud**. Entre las respuestas afirmativas, los profesionales han apuntado a varios perfiles. En primer lugar, perfiles relacionados con las ITS, y fundamentalmente con el VIH. En este sentido, los-as profesionales apuntan a personas que no han contraído el virus y tienen poca percepción de riesgo de infección, aunque lo conozcan (algunos-as de los cuales toman la PrEP); o bien, personas con el virus del VIH, pero asintomáticas. En segundo lugar, personas vinculadas a problemas de adicción y poliadicción. En tercer lugar, identifican un perfil de practicantes de chemsex



entre la población trans que no acude a los servicios de salud.

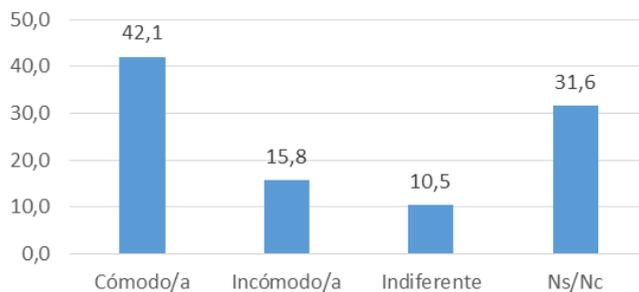
Abordaje del chemsex en el servicio

En primer lugar, la mayoría de profesionales de hospitales (57,9%) ha señalado que no existe un protocolo específico para abordar el chemsex en consulta, frente al 21,1% sí ha indicado su existencia. Un 21,0% de los-as profesionales se ha abstenido de responder a esta pregunta. También se ha consultado a los-as profesionales si preguntaban directamente a sus pacientes si practicaban chemsex. Un 63,2% ha respondido afirmativamente, mientras que solo un 5,3% han indicado que no preguntaban. El 31,6% de los profesionales no ha respondido.

Entre quienes sí preguntan directamente a sus pacientes si practican chemsex, un 58,3% lo hace de forma sistemática (a todos los-as pacientes), mientras que un 25,0% solo formula la pregunta cuando existe un motivo, como por ejemplo infecciones reiteradas.

En los casos en que el-la paciente comunica al profesional la práctica de chemsex, este-a puede optar por desarrollar diversas acciones siguiendo sus criterios profesionales. En estos casos, la mayoría de profesionales (un 63,2%), optan por informar sobre medidas de reducción de riesgos derivados de la práctica y un porcentaje bastante menor (26,3%) realizan intervenciones pedagógicas sobre chemsex. Cabe destacar que únicamente el 10,5% de profesionales deriva a otros recursos para complementar sus intervenciones.

Gráfico 13: ¿Cómo se siente cuando habla de chemsex con sus pacientes en el hospital? (%)



Fuente: elaboración propia.

Además, se ha preguntado a los-as profesionales sobre su grado de comodidad o incomodidad al hablar sobre chemsex con sus pacientes. Un 42,1% se siente cómodo-a, frente al 15,8% que expresa incomodidad, y al 10,5% le resulta indiferente tener esta conversación. Un 31,6% de profesionales no ha respondido a esta cuestión.

Entre quienes han manifestado incomodidad al hablar de chemsex con sus pacientes, han señalado que puede deberse a la falta de conocimientos para el abordaje y la aproximación a las dependencias; o bien al desconocimiento de la práctica en general.

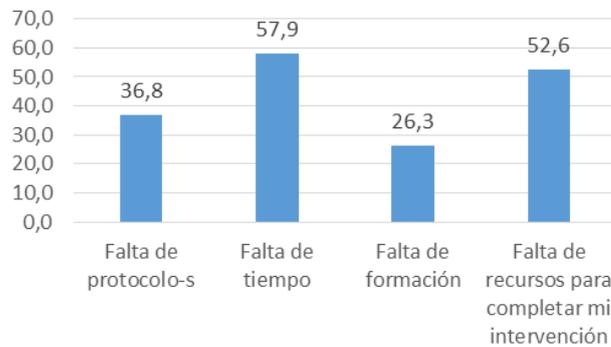
Por otra parte, cabe señalar que un 52,6% de los-as profesionales consultados-as manifiesta no conocer **recursos a los que derivar** para complementar su



intervención, frente al 15,8% sí los conocen.

Entre el porcentaje de profesionales que sí conocen recursos de derivación como complemento a sus intervenciones, el 66,6% señala derivar a recursos de entidades sociales (Asociaciones, ONG); mientras que el 33,4% no ha respondido a la pregunta.

Gráfico 14: *Carencias en la intervención en chemsex en hospitales (%)*



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, se ha preguntado a los-as profesionales **qué aspectos echan de menos a la hora de abordar el fenómeno del chemsex en sus intervenciones**. En primer lugar han señalado la falta de tiempo (57,9%); seguido de la falta de recursos para completar las intervenciones (52,6%). Además, en menores porcentajes han apuntado a la falta de protocolos (36,8%), y a la falta de formación (26,3%).

Los problemas de adicciones constituyen el **motivo mayoritario para realizar una o varias intervenciones complementarias** entre las personas atendidas que practican chemsex (un 84,2% de las intervenciones complementarias). Les siguen de lejos los problemas de salud mental (36,8% de las intervenciones complementarias). Es importante señalar además que una gran mayoría de profesionales indican que los problemas económicos y sociales no son causas frecuentes para una intervención complementaria (un 10,5%).

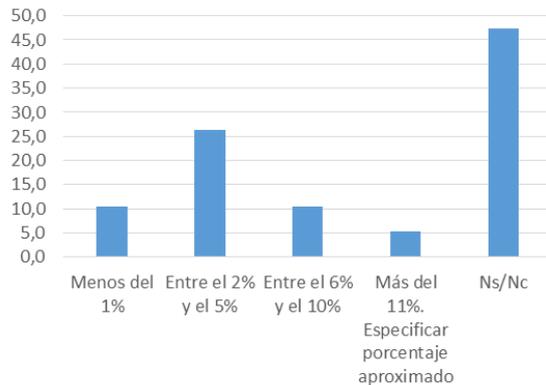
Valoración de la práctica de chemsex

Un 52,6% de los-as profesionales ha detectado un aumento de las prácticas de chemsex en los últimos años, si bien el 42,1% no se ha manifestado claramente en este sentido.

Entre quienes sí consideran que el fenómeno ha aumentado, se señalan algunos motivos fundamentales. Entre ellos estaría la reducción de la percepción del riesgo que supone el VIH-SIDA, en parte por encontrarse en el programa PrEP; el auge de las Apps de citas, redes sociales y páginas web específicas; la mayor facilidad de acceso a las sustancias; el menor nivel de salud mental y el aumento del descontento social, que impulsa ciertos tipos de experiencias nuevas y transgresoras; el aumento de la soledad y la necesidad de sentido de pertenencia a un grupo; e incluso el mayor nivel económico.



Gráfico 15: *Pacientes que practican chemsex en relación al total. Hospitales (%)*



Fuente: elaboración propia.

En cualquier caso, los-as profesionales señalan que el **porcentaje aproximado de pacientes que practica chemsex** se encontraría entre el 1% (un 10,5%) y el 2-5% (un 26,3%), Entre el 6-10% (10,5%), y en un menor porcentaje se señala que el porcentaje sobrepasa el 11,0% (5,6%). Un elevado porcentaje (47,4%) no ha respondido a esta pregunta.

Por otra parte, existe disparidad de opiniones entre a la hora de determinar el porcentaje de pacientes atendidos que practican chemsex y solicitan la PrEP. De este modo, un 21,1% de profesionales considera que la solicitan menos del 25%, o bien más del 76% de sus pacientes chemusers; mientras que el 5,3% piensan que los-as pacientes chemusers solicitantes de PrEP representan entre el 26 y el 50% del total. Cabe señalar que más de la mitad de profesionales (52,6%) no ha opinado al respecto. Además de todo ello, se ha consultado a los-as profesionales cuáles pueden ser, según su estimación y experiencia, las **causas más comunes de la práctica de chemsex**.

Algunas de las posibles causas expresadas guardan relación con la mejora de la satisfacción y duración de la actividad sexual, desinhibición o disminución del umbral del dolor. Se vincula también al fácil acceso a sustancias, así como con la búsqueda de diversión a través de experiencias nuevas, transgresoras y que comporten cierto riesgo. Otros-as profesionales señalan como posibles causas el deseo de pertenencia a un grupo para mitigar la soledad sentida, así como problemas relacionados con la salud mental, como la insatisfacción vital o las adicciones. Por último, apuntan también a la subestimación de los efectos físicos o psíquicos de la práctica, como el menor miedo al contagio de VIH por la utilización de la PrEP.

Por otra parte, en cuanto a las **posibles consecuencias de la práctica de chemsex**, los-as profesionales consultados apuntan a cuatro aspectos fundamentales. En primer lugar, el aumento de casos de ITS y del riesgo de contagio de las mismas, situación que en ocasiones mantendría a los-as *chemusers* en un estado de miedo y culpa. En segundo lugar, diversos problemas de salud mental, muchos derivados de la adicción (tanto a las sustancias, como al sexo). Entre estos problemas se encontraría la labilidad afectiva (cambios de humor), depresión, ansiedad, cuadros psicóticos y otras alteraciones psiquiátricas. Además, en algunos casos la dependencia a las sustancias derivaría en incapacidad para obtener placer de las relaciones sexuales sin chemsex, situación que, según algunos-as profesionales, puede derivar en baja autoestima y/o agresividad. En tercer lugar, algunos-as de los-as profesionales vinculan la práctica con posibles consecuencias sociales: aislamiento social, pérdida de redes familiares y de



amistad saludables, pérdida del empleo, o reducción de las relaciones sociales únicamente a entornos vinculados con chemsex.

Comentarios y propuestas de mejora

Por último, se han recogido algunos comentarios y propuestas de los-as profesionales consultados para mejorar las prácticas de atención al chemsex. Entre estas se encontraría un aumento del número de campañas informativas sobre información y prevención de los riesgos derivados de la práctica, tanto en términos de ITS, como de las posibles repercusiones físicas, sociales y mentales de la misma.

Además, señalan la necesidad de un abordaje multidisciplinar y con mecanismos efectivos, incluyendo la gestión de las posibles adicciones de las personas usuarias. En este sentido, muchos-as consideran que el chemsex es prácticamente desconocido todavía por gran parte de los-as profesionales, por lo que enfatizan la importancia de aumentar la formación al respecto.

Para todo ello, consideran fundamental un aumento de los recursos para atender el fenómeno de chemsex que, hasta el momento, algunos-as consideran insuficientes.

4.2.2. UASAS

En cuanto a las UASAS, se recibió respuesta de un 60,4% de los-as profesionales de nueve de los diez centros a los que se les hizo llegar el cuestionario.

Perfil de profesionales consultados-as:

Tal y como queda reflejado en la metodología, un 48,3% de los-as profesionales de UASAS consultados-as tenían más de 51 años, un 44,8% entre 31 y 50 años, y solo un 6,9% tenía menos de 30 años. Además, el 79,3% eran mujeres y el 20,7% hombres.

En cuanto a su categoría profesional, eran mayoritariamente trabajadores-as sociales (37,9%), seguidos de psicólogos-as (34,6%), médicos-as y enfermeros-as (10,3% de cada grupo profesional) y, por último, educadores-as sociales (6,9%).

Formación y/o conocimientos sobre chemsex

Al preguntar a los-as profesionales de UASAS sobre su formación y/o conocimientos en chemsex, un porcentaje mayoritario (93,1%) considera que sí cuenta con competencias culturales para comprender la cultura sexual gay, frente al 6,9% que valora lo contrario.

Sin embargo, el porcentaje de profesionales de UASAS que expresan tener formación específica sobre chemsex es más reducido, alcanzándose 58,6%, frente al 41,4% que no cuenta con ella. De este 58,6% de profesionales con formación sobre chemsex, mayoritariamente la han obtenido en su centro de trabajo (47,0%) o de forma mixta, es decir, tanto por su cuenta como facilitada por su centro de trabajo (35,2%), mientras que un 17,6% explica que se ha formado únicamente por su cuenta.

En este sentido, una amplia mayoría de profesionales de UASAS consultados-as, considera que deberían tener más formación sobre chemsex (66,7% del total). De ellos-as, un 69,6% opina que la formación debería enfocarse en el fenómeno del chemsex en general; un 52,2% en la prevención y reducción de daños; un 39,1% en el



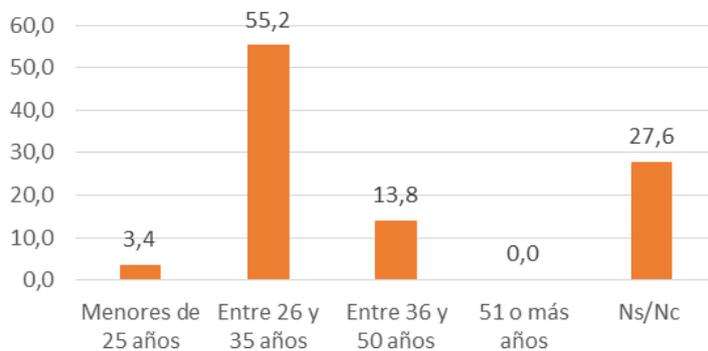
abordaje de adicciones, y un 34,8% en problemáticas de salud mental asociadas a la práctica.

Perfil aproximado de chemusers: Valoración del perfil del/a paciente que practica chemsex y acude al servicio.

Partiendo de su experiencia profesional, se preguntó a los-as profesionales de las UASAS por las características o perfil aproximado de las personas que practican chemsex y acuden al servicio.

De este modo, el rango de edad más frecuente entre *chemusers* se encontraría entre los 26 y los 35 años (55,2% del total). Le sigue el rango de edad entre 36 y 50 años (un 13,8%) y, por último, los-as menores de 25 años (solo un 3,4%). Cabe destacar que un 27,6% de profesionales consultados-as no ha respondido a esta pregunta.

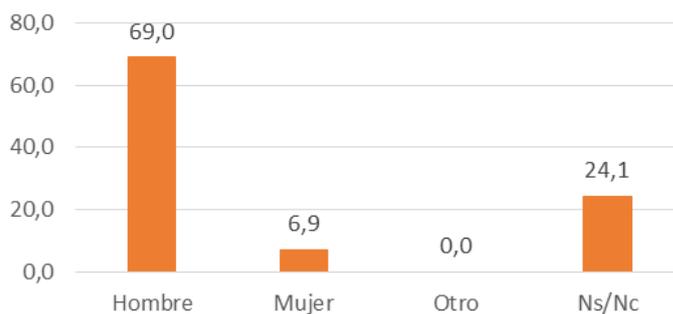
Gráfico 16: *Chemusers por rango de edad atendidos-as en UASAS (%)*



Fuente: elaboración propia.

En cuanto al sexo de los-as *chemusers* atendidos en UASAS, mayoritariamente son hombres (69,0%), frente a solo un 6,9% de mujeres. El 24,1% de profesionales consultados-as no ha respondido a esta cuestión.

Gráfico 17: *Chemusers por sexo atendidos-as en UASAS (%)*



Fuente: elaboración propia.

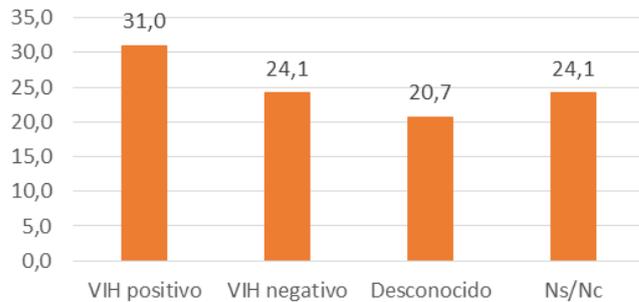
Por otra parte, según los-as profesionales de UASAS consultados-as, más de la mitad de *chemusers* atendidos son de nacionalidad española (un 51,7%), frente al



24,1% que son de nacionalidad extranjera externa a la UE. El 24,1% de profesionales consultados no ha referido ninguna nacionalidad en concreto.

En relación al estado serológico, predominarían las personas VIH positivo (31,0%), si bien cabe destacar que un 44,8% de las respuestas señalan no saber o no contestar a esta pregunta. Un 24,1% serían VIH negativos.

Gráfico 18: Estado serológico chemusers atendidos-as en UASAS (%)



Fuente: elaboración propia.

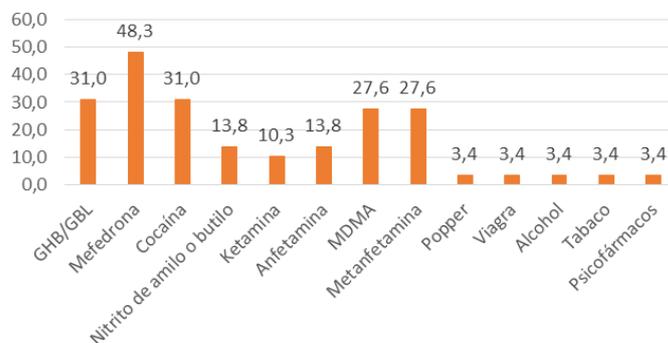
Además, según la experiencia de los-as profesionales de UASAS consultados-as, la **sustancia más consumida durante la práctica** serían la mefedrona (48,3%), seguida del MDMA y la metanfetamina (27,6% cada una de ellas). Les seguirían el

GHB/GBL y la cocaína (31,0% cada una de ellas), el nitrito de amilo o butilo y la anfetamina (13,8% en ambos casos), y por último la ketamina (10,3%). El consumo de

Un 37,9% de los-as chemusers atendidos en UASAS consume fuera de la práctica de chemsex. No obstante, un 41,4% de los-as profesionales han expresado que no saben o no contestan a esta cuestión.

otras sustancias como poppers, Viagra, alcohol, o psicofármacos se asocian en menor medida a la práctica de chemsex (un 3,4% cada una).

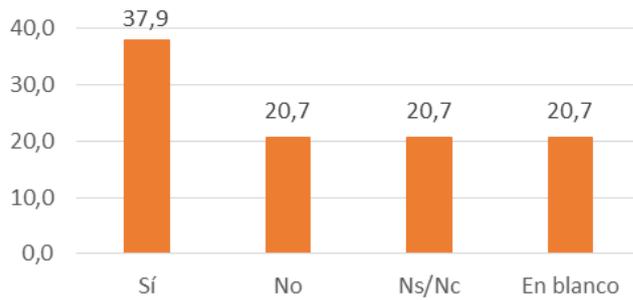
Gráfico 19: Sustancias consumidas en el contexto de la práctica por chemusers atendidos-as en UASAS (%).



Fuente: elaboración propia



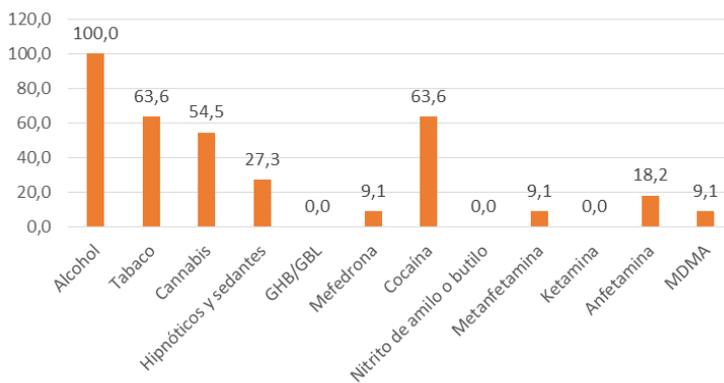
Gráfico 20: Consumo de sustancias fuera de la práctica por chemusers atendidos-as en UASAS (%).



Fuente: elaboración propia.

De entre quienes sí consumen fuera de la práctica de chemsex, el 100,0% consume alcohol, seguidos de tabaco y cocaína (un 63,6% cada sustancia), cannabis (54,5%), hipnóticos y sedantes (27,3%), anfetamina (18,2%) y, en menor medida mefedrona, metanfetamina y MDMA (un 9,1% cada sustancia).

Gráfico 21: Sustancias consumidas fuera de la práctica por chemusers atendidos-as en UASAS (%)



Fuente: elaboración propia.

Según la experiencia de los-as profesionales de UASAS consultados-as, casi la mitad los-as chemusers atendidos-as (un 48,3%) comenzaron la práctica tiempo después de haber iniciado su tratamiento por consumo de sustancias. No obstante, un 41,4% de los profesionales no saben o no contestan a esta pregunta. Además, los-as profesionales de UASAS identifican varios **perfiles de personas que practican chemsex** y no suelen acudir al servicio.

En primer lugar, personas que se inician en esta práctica y se encuentran en las primeras etapas de consumo. También quienes practican chemsex de forma muy puntual y no realizan un consumo habitual de sustancias. Algunos-as pueden utilizarlas para mantener relaciones sexuales poco habituales, como por ejemplo personas autodefinidas como heterosexuales que practican chemsex para mantener relaciones homosexuales. Además, consideran probable la existencia de un perfil trans, que puede o no estar vinculado al trabajo sexual, que no acude al servicio. Asimismo, hay quienes



consideran que la población migrante presenta más dificultades para acudir a los recursos y adherirse a los tratamientos.

Por último, varios-as profesionales expresan no tener información suficiente para contestar a esta cuestión, o directamente consideran que no existe un perfil específico de chemusers.

Abordaje del chemsex en consulta

En cuanto al abordaje del chemsex en consulta, se realizaron una serie de cuestiones a los-as profesionales de UASAS.

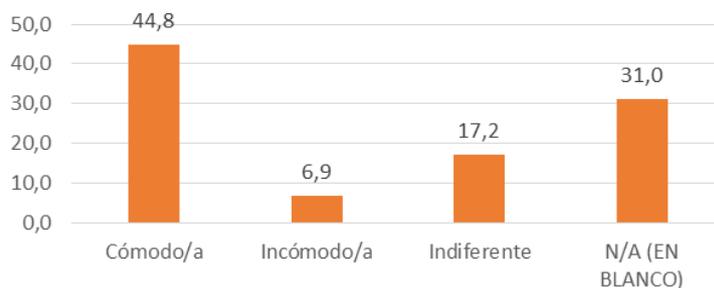
En primer lugar, sobre la posible existencia de un protocolo en los centros para abordar el chemsex, la gran mayoría de profesionales (55,2%) señala que no existe, si bien un 24,1% no ha respondido a esta pregunta, y un 20,1% afirma la existencia de protocolos.

Por otra parte, más de la mitad de profesionales de UASAS (55,2%) no pregunta a las personas que atienden en consulta si practican chemsex, frente al 27,6% que afirma hacerlo. Entre quienes sí preguntan, un 75,0% lo hace de forma sistemática, mientras que un 25,0% solo lo hace en caso de existir un motivo concreto, como infecciones reiteradas.

Cuando la persona comenta que practica chemsex, los-as profesionales de UASAS informan sobre medidas de protección de riesgos en un 44,8% de los casos, realizan intervenciones pedagógicas sobre chemsex en un 37,9% de las ocasiones y, en menor medida, derivan a otros recursos para completar sus intervenciones (solo en un 27,6% de los casos).

Además, realizan otros tipos de iniciativas, como intervenciones psicoeducativas para abordar las problemáticas psicosociales, valorar posibles problemas de salud mediante diferentes pruebas, o abordar las situaciones desde una perspectiva multidisciplinar.

Gráfico 22: *¿Cómo se siente cuando habla de chemsex con sus usuarios-as de la UASA? (%)*



Fuente: elaboración propia.

Un 44,8% de los-as profesionales de UASAS se sienten cómodos-as al hablar de chemsex con los-as pacientes, frente al 6,9% que manifiesta sentirse incómodo-a. A un 17,2% esta conversación les resulta indiferente. Destaca que el 31,0% de los-as profesionales no han respondido a esta pregunta. Entre quienes han manifestado

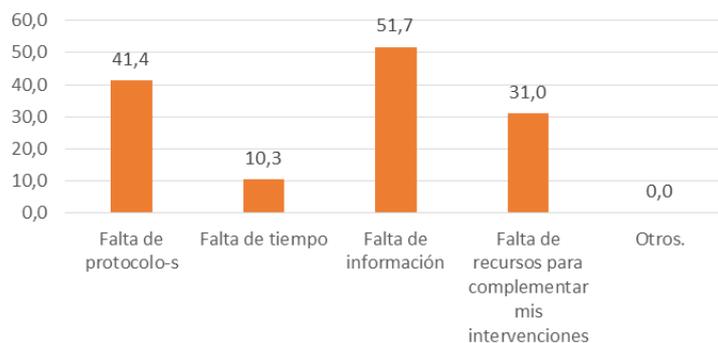


sentirse incómodos, se explica esta sensación por la falta de herramientas para abordar estas situaciones, o bien por dialogar sobre prácticas sexuales de manera explícita.

Además de todo ello, un 41,4% de los-as profesionales de UASAS consideran que conocen los **recursos a los que derivar** para complementar su intervención, frente al 34,5% que afirman no conocerlos. Un 24,1% no saben o no contestan a esta pregunta.

Entre quienes expresan conocer los recursos de derivación, un 58,3% señala que deriva tanto a recursos públicos como a entidades sociales (Asociaciones, ONG), mientras que un 25,0% señala que únicamente deriva a entidades sociales, y un 8,3% a recursos públicos.

Gráfico 23: *Carencias en la intervención en chemsex en UASAS (%)*



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las **carencias detectadas** por los-as profesionales de UASAS para un mejor abordaje del fenómeno chemsex, han apuntado mayoritariamente a la falta de información (51,7%), seguida de la falta de protocolos (41,4%), la falta de recursos (31,0%) y, en bastante menor medida, la falta de tiempo (10,3%).

Desde su experiencia, la **causa fundamental para realizar intervenciones complementarias con chemusers** son los problemas de salud mental (un 55,2%), seguidos de los de adicción a sustancias (41,4%). Sin embargo, los problemas económicos y sociales no se consideran causas tan frecuentes para una intervención complementaria (un 31,0% del total). Además, identifican otras causas para estas intervenciones complementarias, sobre todo a nivel sanitario (contagio de ITS, problemas sexuales), pero también social (trabajo con los problemas de desarraigo, o abordaje mediante grupos de apoyo).

Valoración de la práctica de chemsex

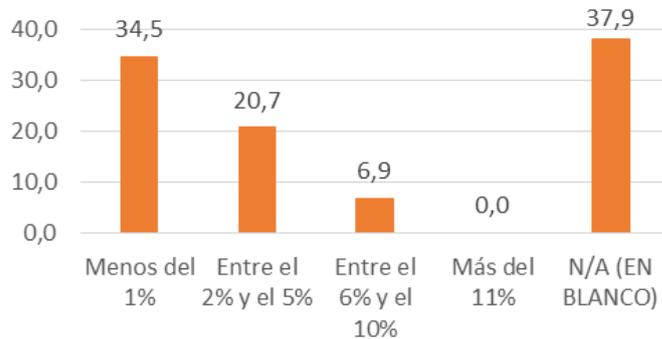
Un 37,9% de profesionales de UASAS manifiestan haber detectado un **aumento de chemsex en los últimos años**. No obstante, se destaca que un 41,4% no ha contestado a esta pregunta.

En cuanto a las causas de este posible aumento, se señalan la mayor difusión, popularización y accesibilidad a la práctica debido al uso de aplicaciones y redes sociales. También al aumento de la búsqueda de nuevas sensaciones de placer y superación de límites, bajo las que algunos-as profesionales consideran que pueden encontrarse elementos como el desarraigo, la soledad o la falta de pertenencia. Por



último, la falta de percepción del riesgo frente a ITS que puede implicar la práctica de chemsex, vinculada a ese consumo de sustancias estimulantes.

Gráfico 24: *Usuarios-as que practican chemsex en relación al total. UASAS (%)*



Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta a **qué porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento en la UASAS practican chemsex**, un 34,5% de los-as profesionales consultados-as consideran que los-as pacientes de chemsex representan menos del 1% del total, un 20,7% opinan que el porcentaje chemusers entre sus pacientes se encontraría entre el 2% y el 5%, mientras que un 6,9% de profesionales consideran que el porcentaje chemusers entre sus pacientes se encuentra en torno al 6,9%. Cabe señalar que el 37,9% de los-as consultados no tenían conocimiento sobre ello.

Por otra parte, desde su estimación y experiencia, los-as profesionales de UASAS apuntan varias **causas para la práctica de chemsex**.

En primer lugar, búsqueda de diversión, experiencias sexuales nuevas o mayor intensidad y duración del sexual, en ocasiones vinculada a una cierta presión de grupo para mantener “fiestas sexuales” o “erecciones sociales”.

En segundo lugar, falta de orientación y seguridad, o búsqueda de identidad sexual. En este sentido, algunos-as profesionales relacionan esta práctica con patologías de salud mental subyacentes, vinculadas a falta de autoestima, mala gestión emocional, poco o nulo control de impulsos o tendencias autodestructivas, en ocasiones derivadas de vivencias dolorosas sobre su orientación sexual. Estas situaciones han podido producirse ya en el entorno familiar, conduciéndoles a sentimientos de vacío o soledad. Además, en ocasiones han podido sufrir situaciones de abuso (dentro o fuera del entorno familiar).

Por último, cabe señalar que tres de los-as profesionales de UASAS consultados han expresado no haber tratado hasta el momento a ningún paciente que practicase chemsex.

También se ha recogido entre los-as profesionales de las UASAS su percepción sobre las **posibles consecuencias** de la práctica de chemsex.

En primer lugar, consecuencias físicas, entre las que se describe aumento del riesgo de contagio de ITS, problemas de erección y otras afecciones físicas derivadas de los consumos, como problemas neurológicos, cardiovasculares o respiratorios. En segundo lugar, consecuencias psíquicas y emocionales, identificándose adicciones, ansiedad, depresión y sentimientos asociados (como culpabilidad, vergüenza, tristeza, desmotivación, anhedonia, baja autoestima, desesperanza, sensación de pérdida de



control sobre la propia vida), o episodios psicóticos derivados. Otros síntomas pueden incluir alteración y/o pérdida de deseo e interés por una sexualidad al margen de chemsex, incapacidad de mantener relaciones sexuales sin consumo de sustancias, o escasa vinculación emocional y sentimiento de vacío tras la práctica.

Y, en tercer lugar, consecuencias sociales, como dificultades para mantener una pareja estable, impacto negativo en la vida familiar, social y laboral, generando problemas económicos y/o aislamiento. A todo ello, algunos-as profesionales añaden el riesgo de sufrir episodios traumáticos, como agresiones sexuales.

Comentarios y propuestas de mejora

Para finalizar, se han recogido sugerencias de los-as profesionales de las UASAS para una mejor atención a los-as chemusers.

Destaca la necesidad de una mayor formación e información sobre el fenómeno, proponiendo la celebración de encuentros interprofesionales con profesionales con mayor experiencia. Además, señalan que debería trabajarse con mayor intensidad en las causas y prevención del consumo, dado que en la actualidad la mayor parte de las intervenciones se realizan sobre las consecuencias. Por otra parte, se incide en la necesidad de preservar el anonimato de las personas que practican chemsex, especialmente en poblaciones pequeñas. Por último, se considera importante analizar la posible práctica de chemsex por parte de menores.

4.2.3. Principales similitudes y diferencias

Formación y/o conocimientos sobre chemsex

Tanto en USAS como en hospitales, una amplia mayoría de profesionales consultados-as (un 93,1% y 84,2% respectivamente) consideran que cuentan con competencias culturales para comprender la cultura sexual gay.

Además, el porcentaje de profesionales que expresan tener formación sobre chemsex es mayor en los hospitales (68,4%) que en las UASAS (58,6%). La mayoría de profesionales que sí cuentan con formación en chemsex en los hospitales, la han obtenido por su cuenta (un 84,6%), mientras que los-as de las UASAS han recibido esta formación mayoritariamente en sus centros de trabajo (47,0%), o combinando formación en sus centros con formación por su cuenta (35,2%).

Más del 60% de profesionales, tanto de hospitales como de UASAS, consideran que deberían tener más formación sobre chemsex (un 63,2% y un 66,7% respectivamente). Las formaciones más demandadas serían, en el caso de las UASAS sobre el fenómeno de chemsex en general (69,6%); y en el caso de los hospitales, sobre prevención y reducción de daños derivados de la práctica (75,0%).

Perfil aproximado de chemusers

Tanto en las UASAS como en los hospitales, el rango de edad de chemusers más atendido se encuentra entre los 26 y los 35 años. En las UASAS (55,2%) este rango de edad representa un porcentaje incluso mayor que en los hospitales (47,4%).

En cuanto al sexo, en ambos servicios el porcentaje de hombres chemusers se encuentra en torno al 69,0%, siendo algo mayor el porcentaje de mujeres en los hospitales que en las UASAS (15,8% y 6,9% respectivamente).

En relación a la nacionalidad, ambos servicios indican una presencia mayoritaria de chemusers españoles-as, si bien el porcentaje reportado es mucho mayor en los hospitales, donde representaría un 84,2% del total, frente al 51,7% de las UASAS. En



estas últimas, se detecta también la presencia de chemusers de fuera de la UE (un 21,4% del total).

Por otra parte, en ambos servicios se detecta un mayor número de chemusers VIH positivos (31,0% en UASAS, y 36,8% en hospitales), mientras que los VIH negativos representan un 24,1% en UASAS y un 31,6% en hospitales. Cabe señalar que, en ambos casos, más de un tercio de los-as profesionales han respondido no saber o no contestar por el estado serológico de los-as chemusers (un 44,8% en las UASAS un 31,6% en los hospitales).

En lo que respecta al consumo de sustancias, el porcentaje de personas atendidas que las consumen de forma habitual y fuera de la práctica de chemsex es similar tanto en hospitales como en UASAS, encontrándose en torno al 37%. Entre quienes consumen habitualmente, se registra sin embargo una diferencia en cuanto a las sustancias consumidas entre usuarios-as de los dos servicios. Así, mientras que entre las personas atendidas en hospitales destaca el consumo de cocaína, GHB/GBL, alcohol y mefedrona; en pacientes atendidos en UASAS es mayor el consumo de mefedrona, el MDMA y la metanfetamina, seguidas del GHB/GBL y la cocaína.

Por último, tanto en hospitales como de UASAS, los-as profesionales coinciden en identificar a la población trans como un perfil de chemusers que no suele acudir a los servicios. El resto de perfiles detectados difieren. De este modo, los hospitales identifican más perfiles relacionados con las ITS (personas que toman PrEP, personas con VIH asintomáticas), así como perfiles vinculados a la adicción o poliadicción. Por su parte, los-as profesionales de UASAS detectan más estos perfiles “invisibles” entre personas que se encuentran en las primeras etapas de consumo, personas que lo realizan de forma muy puntual sin que *interfiera* en sus vidas, o personas migrantes por su mayor dificultad de entrada y adherencia a los recursos.

Abordaje del chemsex

En cuanto al abordaje de chemsex en los servicios, en ambos casos, más de la mitad de los-as profesionales (un 55,2% en UASAS y un 57,9% en hospitales) han indicado la falta de protocolos específicos en sus centros para abordar el chemsex, si bien en ambos casos aproximadamente el 20% han optado por no contestar a esta pregunta.

Por otra parte, los-as profesionales de hospitales preguntan mayoritariamente a sus pacientes por su práctica de chemsex (63,2%), produciéndose en las UASAS la situación inversa (sólo un 27,6% formulan esta pregunta). No obstante, cuando sí preguntan, los-as profesionales de las UASAS abordan la cuestión de manera sistemática en mayor proporción (un 75,0%, frente al 58,3% de los-as profesionales de hospitales).

Según se recoge en los resultados, una vez que la persona comenta que practica chemsex, el porcentaje de profesionales que informan sobre medidas de reducción de riesgo derivado de las prácticas es mayor en los hospitales (63,2%) que en las UASAS (44,8%). No obstante, en el caso de las intervenciones pedagógicas sobre chemsex, son las UASAS las que las realizan en mayor medida (37,9%, frente al 26,3% de los hospitales). Las derivaciones a otros recursos para completar sus intervenciones son escasas en ambos servicios, especialmente en los hospitales (un 10,5%, frente al 27,6% de las UASAS).

Además de todo ello, tanto los-as profesionales de UASAS como los-as de hospitales expresan en su mayoría sentirse cómodos-as al hablar sobre chemsex con sus pacientes (un 44,8% y un 42,1% respectivamente). En los hospitales, el porcentaje



de profesionales que manifiestan sentirse incómodos-as es mayor (15,8% frente al 6,9% en las UASAS). En ambos casos, en torno a un 31% de los-as profesionales no han respondido a esta pregunta.

En lo que respecta a las causas para realizar intervenciones complementarias, mientras que los-as profesionales de hospitales apuntan a los problemas de adicciones como causa fundamental (84,2%), los-as profesionales de UASAS señalan los problemas de salud mental (un 55,2%). Los problemas económicos y sociales son las causas en las que se recoge menor porcentaje, especialmente en los hospitales (un 10,5%, frente al 31,0% de las UASAS).

En cuanto al conocimiento sobre recursos para realizar derivaciones en casos de chemsex, destaca la gran diferencia entre UASAS y hospitales. De este modo, los-as profesionales de UASAS manifiestan conocer estos recursos de derivación en un porcentaje bastante mayor (41,4%) que en los hospitales (15,8%). En cuanto a los recursos donde se deriva, en los hospitales se realiza mayoritariamente a entidades sociales como asociaciones u ONG (66,6%); mientras que, en el caso de las UASAS, se opta mayoritariamente por una combinación de recursos públicos y entidades sociales (58,3%).

Contrastan especialmente las diferentes respuestas entre servicios sobre las carencias detectadas a la hora de realizar un mejor abordaje de la práctica de chemsex. De este modo, en los hospitales se apunta mayoritariamente a la falta de tiempo (57,9% frente al 10,3% de las UASAS) y a la falta de recursos para completar las intervenciones (52,6% frente al 31,0% de las UASAS). Por su parte, las UASAS apuntan a la falta de información y protocolos (51,7% y 41,4% respectivamente). Cabe señalar que este último elemento, la falta de información y protocolos, también se señala como una carencia en la intervención para el 36,8% de profesionales de hospitales consultados-as.

Valoración de la práctica de chemsex

Se registra un mayor porcentaje de pacientes que practican chemsex en los hospitales (un 5,6% de profesionales llegan a señalar que más del 11% de sus pacientes practican chemsex, y un 26,3% indican que el 2-5% de sus pacientes lo practican). Sin embargo, en el caso de las UASAS, un 34,5% de profesionales consideran que los-as chemusers representan menos del 1% del total de sus pacientes, y solo un 6,9% de profesionales considera que este porcentaje asciende al 2-5% del total. Es importante destacar que, en ambos servicios, son numerosos los-as profesionales no saben o no contestan a esta cuestión (casi el 38% en las UASAS, y casi el 48% en los hospitales).

En cuanto al posible aumento en las prácticas de chemsex, son los-as profesionales de hospitales quienes lo han detectado en mayor medida (52,6% frente al 37,9% de las UASAS). Destaca que en torno al 40% de profesionales de ambos servicios han respondido no tener una respuesta a esta pregunta.

Entre quienes consideran que el fenómeno ha aumentado, en ambos servicios se coincide en señalar causas similares: Por una parte, la menor percepción del riesgo frente a ITS derivado de la práctica, en parte derivada del uso de la PrEP. También apuntan al aumento de la popularidad de redes sociales y Apps, o al aumento del deseo de experimentar situaciones nuevas y transgresoras, tras el cual en ocasiones puede encontrarse una sensación de soledad y de necesidad de pertenencia. Además, en el caso de los hospitales, se apunta al mayor nivel económico de los-as chemusers como posible causa del incremento de la práctica, al favorecer el acceso a las sustancias.



Por otra parte, en relación a las causas que motivan la práctica, en ambos servicios se señala el fácil acceso a las sustancias, la búsqueda de nuevas experiencias y mayor satisfacción sexual, la subestimación de los posibles efectos negativos de la práctica, o la búsqueda de paliar carencias como la soledad o la estigmatización derivada de su orientación sexual.

También coinciden en gran medida al enumerar las posibles consecuencias de la práctica de chemsex. A nivel físico, describen un aumento de las ITS y otras afecciones. A nivel psicológico y emocional, apuntan a un aumento de la ansiedad, depresión y aspectos relacionados, como tristeza, desmotivación, baja autoestima, cambios de humor, e incluso cuadros psicóticos. Además, indican una disminución de la vinculación emocional (tanto con otros chemusers como por las dificultades de mantener una pareja estable) y física (por la incapacidad de obtener placer sexual fuera de la práctica de chemsex). Por último, señalan posibles consecuencias sociales (como el aislamiento de su red de apoyo o el riesgo de pérdida de su trabajo), e incluso posibilidades de riesgo físico derivado de agresiones o abusos durante la práctica.

Se recogen por último varias propuestas de mejora en la atención de chemusers por parte de ambos servicios.

En primer lugar, un aumento de las campañas informativas sobre prevención y protección de los riesgos de la práctica a nivel físico, mental, emocional y social. En segundo lugar, un abordaje multidisciplinar, no solo de la gestión de las consecuencias de la práctica, sino también de las causas de la misma, y el análisis de la práctica en diferentes grupos de edad, incluidos-as menores. Para todo ello, sería fundamental garantizar el anonimato de los-as chemusers.

Por último, muchos-as profesionales de ambos servicios coinciden en explicar que el chemsex es un fenómeno casi desconocido, y señalan la necesidad de aumentar su formación, entre otros aspectos, mediante encuentros interprofesionales con colegas con mayor experiencia en el fenómeno. Para desarrollar todas las propuestas anteriores, sería necesario un aumento de los recursos.

IV.3. La mirada y el papel de las entidades del tercer sector

4.3.1. Aproximación al chemsex desde las entidades entrevistadas

En este apartado se introduce a las entidades que han sido entrevistadas, con especial atención a la vinculación que tienen estas con el chemsex: cuánto tiempo lleva la entidad trabajando sobre este tipo de prácticas, por qué ven la necesidad de trabajar sobre ello, si realizan actividades específicas sobre chemsex, qué miembros del equipo de la entidad intervienen sobre este tema, qué perfiles profesionales tienen y si cuentan con formación sobre chemsex.

Para la realización de este estudio se ha entrevistado a seis entidades sociales que, de alguna manera, tienen contacto con la realidad del chemsex. Todas ellas lo hacen desde ámbitos y abordajes distintos, por lo que la perspectiva que mantienen sobre el chemsex es muy variada entre ellas. Las entidades entrevistadas han sido: SOMOS LGTB+ de Aragón, OMSIDA, Centro de Solidaridad de Zaragoza, Consumo ConCiencia, Mucha VIHda y Centro Alba.

La **Asociación SOMOS LGTB+ de Aragón** se define como una ONG activista de igual a igual. En términos generales el equipo técnico está constituido por un



coordinador general, un director, dos técnicos-as de iguales y un responsable de comunicación. También participan personas voluntarias⁴¹.

De forma más específica, SOMOS LGTB+ de Aragón cuenta con el Servicio de Atención a la Salud Sexual, SexInform, a través del cual se presta atención y/o información general en materia de salud sexual y mental a personas LGTBI y, de forma más concreta, orientación o material preventivo en el caso de prácticas de riesgo, entre ellas chemsex.

El coordinador, que es técnico de salud sexual y prevención, se encarga de gestionar los programas y de hacer la acogida de las personas que acuden porque consideran que tienen un uso problemático de sustancias en el contexto del sexo. Asimismo la técnica de iguales, que está formada como técnica de salud y prevención trabaja con personas que practican chemsex, en particular se encarga de llevar proyectos con personas trans en general, realizar una prevención combinada y ofrecer información sobre todos los problemas relacionados con la salud y con la temática del chemsex. Ambos-as tienen formación en materias relacionadas con el chemsex a través del Instituto Carlos III y CESIDA. De hecho, SOMOS LGTB+ Aragón pertenece a la Coordinadora Estatal de VIH y Sida (CESIDA) y a la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más (FELGTBI+), desde donde conocen de primera mano estos temas.

Desde SOMOS LGTB+ de Aragón se detectó la necesidad de trabajar sobre chemsex hace unos 7 u 8 años, cuando comenzaron a realizar pruebas rápidas de Hepatitis C. A partir de estas pruebas, detectaron que dentro de un grupo de personas que practicaban chemsex (un grupo reducido que practicaba *slamming*) se detectaron cuatro casos positivos en Hepatitis C. Esta cuestión se trasladó a Salud Pública del Gobierno de Aragón, considerándose como una especie de alarma. A partir de entonces incluyeron un programa en las subvenciones de Salud Pública para trabajar el fenómeno del chemsex.

El trabajo que se realiza desde SOMOS LGTB+ de Aragón está basado en una perspectiva de reducción de daños, uso responsable de las sustancias, asesoramiento y acompañamiento. La información y asesoramiento se viene desarrollando a través del Servicio SexInform desde hace 7 años. En estos años han elaborado materiales sobre hipersexualización de los cuerpos, sobre los *chills* (o sesiones de chemsex), o sobre el estigma. También han realizado estudios de muestreo del consumo de sustancias pre y post pandemia de COVID-19 (comparando el posible incremento). Además, han colaborado en estudios a nivel estatal⁴².

Las personas voluntarias no trabajan directamente con las personas usuarias porque en esta atención se cuida el anonimato y la privacidad.

OMSIDA es una asociación de ayuda a personas con VIH que se creó hace 30 años. Tiene 3 grandes áreas de trabajo: 1) la atención a las personas afectadas por VIH, ya tenga VIH, familiares, pareja, etc.; 2) la prevención, tanto de VIH como de otras

⁴¹ Las personas voluntarias sobre todo colaboran en el reparto de material preventivo, en la realización de actividades y en mesas informativas. La entidad tiene un plan de formación para las personas voluntarias. Señalan que su lema es “de igual a igual”. Las personas que son atendidas en SOMOS se convierten en agentes de salud.

⁴² Colaboraron con el estudio “Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España” (Homosalud, 2021). <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemsex/estudios.htm>. Consultado por última vez el 19-03-24.



infecciones de transmisión sexual; y 3) la formación y sensibilización en la lucha contra el estigma.

La asociación cuenta con el centro ZUPI, Zentro de Información y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, donde se hacen pruebas rápidas de las seis infecciones de transmisión sexual más comunes y que más incidencia tienen: VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, gonorrea y clamidia. Además, en este centro se orienta sobre la PrEP, la PEP, el VIH y también sobre chemsex. El equipo del centro está formado por educadores pares para otras personas con VIH.

En estos momentos, OMSIDA no cuenta con ningún proyecto específico que incluya chemsex, aunque sí consideran que sería conveniente. No obstante, realizan un servicio de atención en estos casos. No hacen campaña específica porque no está incluida en los proyectos, y porque la cantidad de casos que se atienden son pocos, por lo que consideran que no se justifica la solicitud de una subvención o ayuda en este campo.

Llevan unos 4 años observando la incidencia del chemsex en usuarios con VIH. La ayuda se realiza desde educador par y posteriormente derivando siempre a la UASA o al CMAPA. Por su parte, desde el centro ZUPI se está observando porque al realizar la prueba hacen preguntadas intencionadas para detectar esta incidencia.

En lo que respecta a las personas del equipo que interviene en los casos de chemsex, se diferencia si son usuarios-as con VIH o afectados-as con VIH⁴³, o si son usuarios-as del centro ZUPI. Las personas usuarias de la entidad tienen acceso a servicios de psicología, trabajo social y educación social, mientras que en el centro de prevención ZUPI únicamente trabajan educadores, es decir, no se realizan derivaciones de una persona que practica chemsex que no tenga VIH a la sede (por el momento los casos son pocos, pero se cree que en el futuro será necesario ampliar el acceso, aunque no tengan VIH). La organización plantea las limitaciones del Centro ZUPI para la atención de los-as usuarios-as, ya que si no tienen VIH no pueden ser derivados-as a atención psicológica de la sede central, derivando en 68 estos casos a las UASAS.

En el momento de la entrevista, la entidad no cuenta con voluntariado para la atención de chemsex, aunque para la asociación sería una línea de trabajo deseable.

En el equipo actual de OMSIDA hay una persona que ha recibido formación específica sobre chemsex (curso del Instituto Carlos III), realizada a través de la entidad. Prevén que aparezcan oportunidades de formación en las que se incluyan a más educadores.

El Centro de Solidaridad de Zaragoza es la UASA del barrio de Valdefierro, perteneciente a la Fundación de Solidaridad Zaragoza-Proyecto Hombre. En esta UASA existen dos programas: por un lado, Altair, que incluye a las personas adultas que sufren problemas con psicoestimulantes (cocaína, speed, anfetamina, etc.); y por otro lado, el programa Tarabidán, de prevención y de atención a menores con problemáticas diversas, si bien atiende mayoritariamente problemáticas relacionadas con el consumo de cannabis. Intervienen con bastante amplitud a nivel familiar, formativo, educativo, de orientación, etc.

Por otra parte, cuenta con un programa de familias. Las familias también pueden participar en los procesos de las personas afectadas en ambos programas, Altair y Tarabidán. Hacen acompañamiento e intervenciones grupales para que la intervención

⁴³ Familiares o parejas sexuales de personas que viven con VIH-SIDA.



sea más global. En el caso de Tarabidán el trabajo familiar, en caso de haber familia, es asegurado mientras que en Altair solo si la familia lo decide.

El equipo del Centro de Solidaridad se compone de siete personas, formadas en psicología, trabajo social y terapia; una de ellas es la coordinadora. La mayoría de los casos de chemsex son atendidos por una de las personas del equipo, que es trabajador social con formación en terapia. No cuentan con formación específica en chemsex.

Aunque desde el centro no se realizan actividades ni campañas específicas sobre chemsex, se detecta que desde hace un par de años, si bien el número es variable en el tiempo, se está detectando un aumento de la atención a personas que practican chemsex.

Consumo ConCiencia es el programa de la Asociación de Reducción de Riesgos «Dos Dedos de Frente», destinado a prevenir el uso problemático de drogas, sean legales o ilegales. Se crea entre 2015 y 2016 pero se constituye jurídicamente como asociación en 2016⁴⁴.

El equipo de trabajo de Consumo ConCiencia está formado fundamentalmente por el coordinador, quien asume principalmente el trabajo de la asociación, pero también hay personas que colaboran de modo puntual, algunas de ellas contratadas por periodos de 2-3 meses sobre todo para colaborar con las redes sociales, diseño gráfico o realización de contenido audiovisual. En la actualidad colaboran unas 10-12 personas. Aunque la colaboración más habitual consiste en el acompañamiento a los festivales, donde forman parte del equipo que interviene directamente con los-as asistentes, también se desarrollan colaboraciones de profesionales formados-as en química, difusión de información, traducción de textos o respuestas a preguntas.

En lo que se refiere a la consulta o atención de personas que practican chemsex, o en sentido más amplio en cuanto al consumo de sustancias en contextos sexuales, es el coordinador quien fundamentalmente se encarga, pero otras personas que colaboran pueden cooperar en algún aspecto más concreto.

El trabajo desarrollado por Consumo ConCiencia incluye la generación de documentos informativos sobre sustancias, talleres con alumnado en centros educativos, con AMPAS, docentes, etc. El chemsex no es una línea de trabajo que hayan desarrollado específicamente, sino que forma parte de sus tareas en tanto que especialistas en drogas. Desde la entidad se explica que, al tratarse de un tópico que se repite en los medios y sobre el que la gente realiza consultas a través de las redes, vía telefónica o en los festivales, se requiere que desde Consumo ConCiencia estén al máximo formados-as para poder responder. Aunque no cuentan con formación específica sobre chemsex, desde la entidad señalan que el trabajo en reducción de riesgos exige formación continua, ya que surgen nuevas sustancias, nuevas prácticas, etc., lo cual requiere también actualización en las jergas y estar al corriente de lo mediático para poder responder a las preguntas más frecuentes. Por tanto, la formación en este caso consiste en conocer toda la gama de sustancias que se están manejando en el ámbito del chemsex, “si lo consideramos un ámbito diferenciado”. Para este conocimiento se consultan tanto materiales escritos como en forma de podcasts que están generando entidades de todo el Estado.

Desde Consumo ConCiencia no han realizado campañas específicas sobre chemsex. Han recomendado la página de *Chemsafe* para quien quiera consultarla.

⁴⁴ Sus referentes son asociaciones como Laget en Euskadi o de Energy control, o de Hegoak en Navarra ya desaparecida, pero Consumo ConCiencia se enfoca más en la educación.



También elaboraron el folleto “Sexo, Drogas y Rock and Roll”⁴⁵, pero no estaba destinado específicamente a chemsex, sino que se elaboró en un sentido más amplio, de consumo de drogas en prácticas sexuales o folletos informativos sobre sustancias.

En concreto, las consultas a esta entidad relativas a chemsex aumentaron a partir de 2019 y, aunque se interrumpieron por la pandemia de COVID-19, después se volvieron a reiterar. Consumo ConCiencia relaciona este aumento de las consultas con la intensificación de la atención prestada por parte de algunas entidades y medios de comunicación, estos últimos desde una visión alarmista y sensacionalista. En contraste con la visión más alarmista de los medios de comunicación, señala que el chemsex es un fenómeno muy minoritario estadísticamente.

Mucha VIHda es una entidad que se constituyó formalmente a principios de 2016 y que surge como continuación de otra, la Comisión Ciudadana Antisida. Cuando en 2015 esta Comisión se extingue, Mucha VIHda toma dos ámbitos de actuación: de una parte, el trabajo con personas con adicciones a sustancias y, de otra parte, con hombres que mantienen sexo con hombres. El primer ámbito se había trabajado desde su inicio en la Comisión, y el segundo resultó un tema emergente unos años antes de su extinción, dado el hecho de que el equipo se constituía y constituye por personas del colectivo GBHSH.

El equipo está compuesto por dos personas que trabajan *en calle* con personas adictas. En la intervención con hombres que practican sexo con hombres la entidad cuenta con una persona voluntaria con una larga trayectoria en la entidad, el director de la asociación, y con otras dos personas voluntarias que trabajan en educación de pares.

Aunque el equipo no cuenta con formación específica sobre chemsex, ha recibido información por parte de entidades especializadas fuera de Zaragoza, si bien se opina que podría ser oportuno ampliar su formación sobre el fenómeno, más aún si desde Salud Pública se considera que es algo a abordar.

La entidad no cuenta con un trabajo específico en relación al chemsex, sino que de forma transversal a sus ámbitos de trabajo detectan casos de hombres que mantienen prácticas sexuales ligadas al consumo de sustancias. Es decir, manejan un concepto más amplio, ya que en su experiencia se han detectado muy pocos casos de chemsex en sentido estricto. Por tanto, aunque el chemsex se considera como una parte de la realidad, desde la experiencia de esta entidad no ha requerido hasta ahora una línea de trabajo ni por motivos cuantitativos ni cualitativos.

El trabajo con GBHSH ya se realizaba previamente a la existencia de Mucha VIHda desde la Comisión Ciudadana Antisida. Además, la entidad considera que el consumo de sustancias siempre ha estado vinculado a estas prácticas sexuales, ya que el sexo es algo teóricamente vinculado al ocio y al placer, entre otros aspectos. Además, señalan que aunque en los años 90 solía vincularse el sexo al consumo de alcohol, con el paso del tiempo las sustancias consumidas ligadas a prácticas sexuales han ido variando.

La Asociación **Centro Alba** se creó en 1994 como proyecto de la Comisión Ciudadana Antisida, junto con el Gobierno de Aragón y el Ayuntamiento de Zaragoza. Nace con el objetivo de continuar manteniendo abierto el espacio ante la disolución de

⁴⁵ En primavera de 2021 publicaron en su web el folleto introductorio “[Sexo, Drogas y Rock and roll](#)”, en el que se hace un breve repaso sobre generalidades y algunas sustancias. En este folleto no se alude de forma explícita al chemsex, sino que se refiere al consumo de sustancias en prácticas sexuales de forma general: “La búsqueda de afrodisíacos idóneos es tan antigua como la humanidad” (p. 6 del folleto).



la Comisión Ciudadana Antisida. Este espacio se enmarca en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad y sobre todo, como “espacio seguro para realizar prácticas cercanas a la realidad”, (E5) tal y como afirman desde la entidad.

Se trabaja la salud sexual con mujeres que ejercen la prostitución en lo referente a la prevención de VIH e ITS. A partir de ahí, atienden las demandas de las propias mujeres en cuanto a la universalización de derechos: derecho a la salud, a la ciudadanía, a la vivienda, al trabajo, a la formación, etc. No obstante, el reparto de preservativos y los consejos preventivos también están disponibles para cualquier persona que acuda al centro.

Además, el centro tiene otra línea de trabajo. Se trata de un programa de salud comunitaria de apoyo a la higiene, que incluye un servicio de lavadoras y secadoras de ropa, dado que en el barrio existen muchas casas sin un espacio para colgar la colada en invierno, buscando además favorecer el ahorro energético. También acuden a este servicio personas que viven solas en habitaciones, o incluso personas transeúntes sin techo. Además, cuenta con un servicio de ropero y otro de duchas destinado a mujeres y sus hijos-as pequeños-as.

El equipo de trabajo está formado por cuatro personas las cuales todas ellas realizan todo tipo de tareas, entre estas tareas se encuentra la información, asesoramiento, intervenciones, resolución de gestiones o trámites que se necesiten y acompañamiento en diferentes situaciones.

En Centro Alba no se desarrolla una línea de actuación específica de trabajo con GBHSH, aunque sí hay hombres que acuden al centro a recoger preservativos. Algunos de ellos son trabajadores sexuales, y también ex trabajadores sexuales que los utilizan para uso personal⁴⁶. El contacto del Centro Alba con personas que consumen drogas para practicar sexo se produce con trabajadoras sexuales que realizan este tipo de práctica como servicios de pago, mujeres tanto cis como trans. La entidad considera que este tipo de práctica siempre ha existido y que, en general, la sexualidad y el consumo de sustancias es un *pack* que se produce de forma transversal a toda la sociedad. Como veremos, el tipo de sustancias consumidas, así como las circunstancias y motivaciones, aunque también variadas, mantienen diferencias con las prácticas de chemsex en un sentido más estricto.

El equipo no cuenta con formación específica en chemsex, pero sí en cuestiones relacionadas con la práctica, como formación en ITS, en VIH y en prevención y reducción de daños. Cabe señalar que consideran a las mujeres que acuden al centro como expertas, por lo que gran parte de la formación y aprendizaje se desarrolla a partir de la investigación-acción, facilitada siguiendo una política de puertas abiertas y espacio accesible. A todo ello se añade la autoformación que va adquiriendo cada miembro del equipo, la cual se comparte y se pone en común.

A la vista de las descripciones de las seis entidades, con especial atención a su aproximación al chemsex, cabe señalar que tres de ellas, SOMOS LGTB+ de Aragón, OMSIDA y el Centro de Solidaridad, tienen una línea de atención más vinculada a las prácticas de chemsex en sentido estricto. Mientras que las otras tres trabajan en atenciones relacionadas con consumo de sustancias en prácticas sexuales en un sentido más amplio, ya sea de forma más general (Consumo ConCiencia), con Hombres que practican sexo con hombres (MuchaVIHda) o con mujeres que consumen sustancias en servicios de pago (Centro Alba).

⁴⁶ En la actualidad están en contacto con unos 20 hombres, número que no consideran significativo en comparación con el volumen de atenciones que realizan.



Es por ello que el análisis del chemsex se centrará en las entidades que lo abordan de forma más específica, aunque también se contará con las aportaciones de todas las entidades para el análisis de cuestiones que atraviesan a todas, señalando tanto cuestiones comunes como diferenciales.

En la medida en que el chemsex en un sentido más estricto se vincula a GBHSH, resulta pertinente mencionar de nuevo que tres de las entidades cuentan con líneas de trabajo más específicas con esta subcultura de la comunidad LGTBIQ+: OMSIDA, SOMOS LGTB+ de Aragón y Mucha VIHda. Pero, además, tres de estas entidades también trabajan con personas trans: OMSIDA, SOMOS LGTB+ de Aragón y Centro Alba.

Finalmente, dentro de las consideraciones previas respecto a las entidades, cabe señalar que en algunos casos, las personas que trabajan en ellas forman parte de forma declarada del colectivo LGTBIQ+: SOMOS LGTB+ de Aragón, OMSIDA y Mucha VIHda. Por tanto, su aproximación al chemsex va más allá del conocimiento adquirido a través de las entidades, complementándose por su pertenencia a la comunidad LGTBIQ+.

4.3.2. Personas que practican chemsex atendidas por las entidades

Algunos datos sociodemográficos

Las prácticas de chemsex están fundamentalmente vinculadas a GBHSH lo que incluye también trabajadores sexuales.

La horquilla de edad de los hombres atendidos por las entidades es amplia, de forma mayoritaria tienen entre 25 y 40 años. Aunque también se indica que existe otro perfil de adultos mayores *-de la antigua escuela-* que tienen sus redes para practicar slam y diferentes perfiles de chicos jóvenes entre 18 y 40 años, que cada vez se van sumando más y consumiendo cada vez más drogas, van mezclando sustancias y se acaba generando una adicción.

Según SOMOS LGTBI+ de Aragón, la edad es un factor determinante en un doble sentido. Por un lado, en términos de socialización, ya que a medida que se avanza en edad los círculos se van cerrando y la gente intenta abrir círculos sociales por donde sea para evitar la soledad. Y por otro, en términos de consumo, ya que con el transcurso del tiempo se va avanzando en consumo de sustancias y también en experimentación de prácticas sexuales.

Las nacionalidades de las personas que practican chemsex con las que han tenido contacto las entidades son sobre todo además de española, de países latinoamericanos.

El Centro de Solidaridad comenta al respecto de los chicos que ha atendido, sobre todo de los latinoamericanos, que desde el principio ellos han tenido muy claro su homosexualidad, pero en su entorno, especialmente en la familia, han sufrido mucho rechazo y mucho maltrato. También señala que, aunque no es mayoritario, hay cierta tendencia en haber sufrido abusos sexuales.

Mucha VIHda apunta que, aunque en Zaragoza hay mucha población latina homosexual, no establece particular vinculación con las prácticas de chemsex/consumo de sustancias en prácticas sexuales, sino que en su experiencia se han encontrado un perfil más de nacionalidad española con alguna excepción.



La situación socioeconómica de las personas que acuden a las entidades es diversa en cuanto a formación y empleo. Según OMSIDA y el Centro de Solidaridad, las personas que practican chemsex que suelen atender tienen formación, incluidos estudios universitarios y trabajo, aunque el Centro de Solidaridad especifica que en el momento en que solicitan atención, ya se encuentran en una situación de crisis. Esta misma entidad explica que, cuanto más nivel socioeconómico tiene una persona, más le cuesta reconocer que tienen un problema: “si yo tengo un buen puesto, si yo soy licenciado, si yo tengo una vida muy bien montada, venir aquí a trabajar este problema me va a suponer mucha vergüenza, mucho miedo, mucho qué dirán, y es una cuestión que, que les cuesta” (E3), aunque también depende en qué nivel de consumo se encuentran.

SOMOS LGTBI+ de Aragón también menciona que en muchas ocasiones estas personas tienen pocos recursos, lo que los lleva a *trapichear* con drogas o a mantener relaciones sexuales con personas con las que no querrían por la necesidad de drogarse. También se indica que en el caso de jóvenes que no cuentan con recursos económicos regulares, acceden a las sustancias porque se lo financia otra persona, ya sea su pareja u otra persona que conozca de las sesiones de chemsex.

Trabajo sexual

Cinco de las entidades entrevistadas se refieren a la práctica de trabajo sexual entre las personas que atienden, y estas referencias son diversas en función de los perfiles de las personas atendidas desde cada entidad. La mayoría de estas referencias se vinculan con prácticas más específicas de chemsex en las que se pagan este tipo de servicios (OMSIDA, SOMOS LGTBI+ de Aragón, Centro de Solidaridad), pero otras se vinculan con un sentido más amplio de consumo de sustancias en prácticas sexuales en las que media el pago ya sean mujeres (OMSIDA y Centro Alba) u hombres (Mucha VIHda).

Entre los trabajadores sexuales se da un alto componente migrante. En concreto SOMOS LGTBI+ de Aragón señala que alrededor del 98% y entre quienes practican sobre todo lo que se encuentran es la soledad. Respecto a prácticas de chemsex indica que cada vez hay más mujeres trans trabajadoras del sexo que ofrecen este tipo de servicios, pudiendo permanecer hasta tres días sin dormir; cuando deciden parar es porque físicamente ya no pueden, o porque el estado de conciencia está muy vulnerado, y tras un par de días de descanso vuelven a practicar chemsex.

El Centro Alba apunta que las mujeres trans que acuden al centro son mayoritariamente migrantes, aproximadamente el 99,9% son extranjeras latinoamericanas (fundamentalmente brasileñas, venezolanas, peruanas, colombianas, y alguna boliviana).

Dos de las entidades señalan de forma más específica que, en el caso de trabajo sexual, el consumo habitualmente es inducido (OMSIDA) o bien responde a exigencias de la clientela (SOMOS LGTBI+ de Aragón). SOMOS LGTBI+ de Aragón también menciona la mayor facilidad para las personas trabajadoras del sexo para acceder a las sustancias.

Estado serológico

En lo que respecta al estado serológico de las personas que practican chemsex atendidas por las entidades, se da una tasa de positivos en VIH que oscila del 50% a casi el 100%.

Según SOMOS LGTBI+ de Aragón, al principio el usuario que acudía era una tipología muy específica, generalmente hombres con VIH que utilizaban el entorno del



chemsex como un espacio de socialización, porque se sentían aislados de la sociedad y sobre todo del colectivo, debido al estigma asociado al VIH. Tal y como explica esta entidad, a lo largo de estos años han ocurrido principalmente dos momentos que han influido en la práctica del chemsex. Por un lado, la implantación de la PrEP, que se valora de forma positiva ya “que facilita el hecho de que haya menos miedo” (E2). Y, por otro lado, la pandemia del COVID-19, que ha generado cambios en los hábitos de consumo. De forma previa a la pandemia la gente que salía de fiesta y se drogaba, habitualmente volvía a casa en el momento en que se acababa la fiesta y cerraba la discoteca. Sin embargo, en el periodo de pandemia, derivado del confinamiento, se ha tornado más común el consumo de sustancias en casas. Esto implica que los tiempos de consumo han aumentado, habiendo también menos control ya que no existe una vigilancia ni un horario de cierre. Además, ha provocado que los tiempos entre consumos sean mucho más cortos, ya que al realizarse en casa puede hacerse en cualquier momento, por ejemplo en el propio salón de la casa sin tener que acudir al baño y hacer fila, “y si antes te metías unas puntitas así, ahora son unas rallas así ¿no?” (E2). A esto se añade que la introducción de sustancias que antes no se consumían ha sido bastante fuerte en este periodo. En esta expansión del chemsex a través de la cual se han ampliado los perfiles también se apunta a un uso cada vez más extendido de las aplicaciones de socialización, con la finalidad de practicar chemsex. Aunque en la actualidad los perfiles resultan más variados, entre ellos se da una proporción altísima de GBHSH, entre quienes se encuentra un elevado número de personas con VIH y con situaciones personales en las que se dan diversas comorbilidades, como puede ser soledad, abandono y depresión.

Cabe señalar, tal y como especifica el Centro de Solidaridad, que en contra de los estigmas asociados a las prácticas sexuales más promiscuas o heterodoxas, los contagios de VIH no se dieron en prácticas de chemsex, sino que fueron con personas con las que mantenían relaciones de pareja homosexuales más *normalizadas*, que no lo habían comunicado, y recibir el diagnóstico de VIH supuso una crisis, trauma, periodo de duelo y de aceptación. En estos casos las personas han encontrado en el chemsex un espacio en el que sus miedos, rechazos y aceptación del VIH se canalizan a través del consumo y las prácticas sexuales.

Sustancias consumidas

De acuerdo con las entidades consultadas, las sustancias más habitualmente consumidas en las prácticas de chemsex son el GHB y la mefedrona (u otras catinonas sintéticas) (OMSIDA, SOMOS LGTBI+ de Aragón y Centro de Solidaridad). Según los casos atendidos, OMSIDA especifica que los hombres consumen principalmente mefedrona mientras que SOMOS LGTBI+ de Aragón señala que actualmente el GHB es la sustancia que más se consume, además es más barato, aunque lo habitual es consumir más de una sustancia. Igualmente apunta que el consumo también depende del coste, de las sustancias de que se dispongan, del contexto o del tipo de personas. No obstante, Mucha VIHda comenta que se ha detectado muy pocos casos de consumo de mefedrona, y apunta también que tiempo atrás el consumo de cocaína era más popular, pero en la actualidad se observa menos consumo de esta sustancia.

Se indican otras sustancias que son habitualmente consumidas, aunque normalmente en menor medida, sobre todo psicoestimulantes, según la entidad: metanfetamina y cocaína (OMSIDA), *tina* (metanfetamina) y *alfa*⁴⁷ (SOMOS LGTB+ de Aragón), *speed*, anfetaminas, MDMA... (Centro de Solidaridad).

⁴⁷ El *Alfa*, según explica SOMOS LGTB+ de Aragón, tiene la misma composición que la tina pero en la cual han modificado unas moléculas para que no sea considerada una sustancia ilegal. La *tina* es un alucinógeno anal muy fuerte que genera mucha dispersión entre la realidad y la fantasía y con la que siempre estás en



También es común que las sustancias mencionadas se combinen con vasodilatadores como la Viagra (OMSIDA, Mucha VIHda) y el popper⁴⁸ (OMSIDA, Centro de Solidaridad, Mucha VIHda).

OMSIDA señala que no conoce casos en Zaragoza de consumo de ketamina. SOMOS LGTB+ de Aragón sí habla del consumo de ketamina, sobre todo de sus riesgos cuando se combina con otras sustancias, si bien no especifica el nivel de consumo de esta sustancia entre quienes acuden a la entidad.

No se detecta que exista un consumo diferenciado de sustancias en función del poder adquisitivo de la persona que practica chemsex, ya que como se comentaba de forma previa, cuando la persona es muy joven otras pagan el consumo de sustancias (OMSIDA), o bien si una persona tiene adicción a alguna sustancia conseguirá la manera de acceder a ella (SOMOS LGTB+ de Aragón). En este sentido, SOMOS LGTB+ de Aragón explica que no se diferencia el consumo de sustancias según los perfiles, sino más bien la forma en que se suministran las sustancias y cómo se generan diferentes rituales en su consumo, así como variaciones en sus efectos dependiendo de la sensación buscada.

Sí se señala en gran medida una variación en el tipo de sustancias consumidas en el caso de las trabajadoras sexuales que consumen durante los servicios. Entre estos, la sustancia más habitual es la cocaína (además del alcohol y el tabaco) en las denominadas *fiestas blancas*, las cuales están mejor pagadas que otros servicios: “es una manera de obtener más dinero en menos tiempo” (E5). Además, los consumos permiten alargar los servicios. OMSIDA especifica que en muchas ocasiones el consumo en estos servicios es inducido por el cliente “para estar ahí en esa fantasía o ese *mood* que el cliente quiere que la chica esté en el mismo nivel de disfrute” (E1).

El Centro Alba indica que las sustancias consumidas en los servicios sexuales de pago son el alcohol y la cocaína, no han tenido conocimiento del consumo de sustancias como el GHB o la mefedrona, aunque sí pueda darse el consumo de pastillas de éxtasis o similares, y también de Viagra tanto en mujeres cis como trans.

De acuerdo con Consumo ConCiencia, en lo que respecta a prácticas de chemsex, hay una gama de sustancias muy asociadas, como es el GHB y otras sustancias vasodilatadoras como los poppers, pero sobre todo el GHB que tiene efectos de mucha mayor duración. Señala además que la metanfetamina tiene una prevalencia de consumo mínima en Aragón. Y también que está más de moda la mefedrona o la 3mmc⁴⁹, que es un análogo a la mefedrona, pero más fácil de conseguir a través de las páginas *legal highs*⁵⁰.

un estado psicótico. Es una sustancia que conlleva una adicción muy alta, mucho más de la que pueda generar la cocaína, aunque la sustancia más adictiva es el GHB

⁴⁸ El *popper* por sí mismo no sería una sustancia propia únicamente de chemsex, ya que su uso está muy extendido aún sin combinar con otras sustancias y su efecto es corto en el tiempo. Tal y como afirman varias entidades el uso del *popper* está muy extendido en la actualidad, incluso entre población más joven también para prácticas sexuales en un sentido más amplio y entre personas heterosexuales.

⁴⁹ También la 2mmc, que es otra catinona sintética.

⁵⁰ Su traducción literal significa subidón legal. Son sustancias psicoactivas legales ya que se comercializan bajo la etiqueta de “no apto para consumo humano” en forma de sales de baño, abono para las plantas, inciensos o limpiadores de pipas de agua, de tal manera que se evita pasar los controles sanitarios requeridos para el consumo humano. Se compran en internet en páginas web. <https://www.farmac.es/es/blog/drogas-recreativas-iii-legal-highs> Última vez consultado el 16 de marzo de 2024.



En cuanto a las sustancias asociadas al chemsex, Consumo ConCiencia señala que estas se encuentran en percentiles de uno por mil o menos de prevalencia de consumo. En algunos casos, no se cuentan con los datos porque encuestas oficiales como ESTUDES (Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanzas secundarias en España) o EDADES (Encuesta sobre consumo de alcohol y otras drogas en España de la población general de 15 a 64 años) no preguntan por estas sustancias, es decir, no hay datos sobre el consumo de catinonas. A duras penas existen datos de consumo de metanfetaminas, pero no hay datos de cuánta gente consume mefedrona en España, “en cualquier caso, poquísima” (E6). En Aragón, la mefedrona “ha entrado post pandemia” (E6). Era una sustancia que “prácticamente nadie conocía y nadie consumía y, partir de 2021, tenemos nociones de que ha entrado en Zaragoza y se consume muy minoritariamente, pero sí es cierto que hay gente que desde que ha tenido acceso a ella se ha convertido en su sustancia de elección y que ha mantenido el consumo por las características que tiene, básicamente” (E6).

Según Consumo ConCiencia el GHB se consume de forma muy residual en Aragón. La ketamina se consume muy poco en Aragón en comparación con otros territorios y países. Señala que en los festivales sí se consume más ketamina y que “hay un corredor del Ebro que va más o menos desde Pedrola hasta Mallén que, por algún motivo socio poblacional, se consume más ketamina que en otras partes. Y, de hecho, es mucho más frecuente. Pero, en el resto de Aragón, la ketamina se consume afortunadamente muy poco” (E6).

Hábitos de consumo: frecuencia, consumo dentro y/o fuera de las prácticas de chemsex

Solo el Centro de Solidaridad señala que el consumo de sustancias entre las personas atendidas se limita a las prácticas de chemsex, que no se da fuera de ese contexto. OMSIDA indica respecto al consumo de sustancias, que los (pocos) casos con los que han tenido contacto es variado lo más común es que el consumo sea habitual, no sólo en prácticas de chemsex. Esta misma entidad apunta que el inicio de consumo es casual “entran en una fiesta por casualidad o la pareja consume y le da para consumir. Yo no he visto ningún caso que digan «voy a probar esto». Es casualidad” (E1).

SOMOS LGTB+ de Aragón expone que los hábitos de consumo han cambiado: niveles de consumo mucho más altos, consumo de otros tipos de sustancias, todo tipo de población afectada. Sobre hábitos de consumo fuera y de forma previa de las personas que practican chemsex, refieren que aunque anteriormente la gente consumía sustancias de forma recreativa en el ocio y también el contexto sexual se ha consumido *poppers* y Viagra, perciben como cambio que muchas personas no salen de fiesta: “es que tú vas a los bares de ambiente, y los bares están vacíos porque la gente ya queda directamente en casa, o si están en los bares están esperando la hora para marcharse a casa porque a las 6 es cuando empieza la fiesta. O estás, cuando estás en casa con tus amigos tranquilo en casa, sentado en el sofá, ¿sabes? Ahí es cuando empieza la fiesta” (E2). Según SOMOS LGTB+ de Aragón, en este cambio de hábitos también se aprecia que ha aumentado la ansiedad al salir, ya que los bares de fiesta suponen un bombardeo de estímulos que generan ansiedad y que la gente expresa que, cuando llega a casa, es como llegar a un espacio seguro, donde además el consumo de sustancias se puede alargar durante varios días. En relación a los perfiles también comentan que las personas que practican chemsex podrían tener problemas de socialización con otras, y también podrían ser personas que consumían antes, pero que han dado un paso más en el consumo. En este sentido, reiteran que la pandemia ha generado un mayor uso de las casas para la socialización y, por tanto, para el consumo y las prácticas de chemsex. Esto puede permitir una mayor comodidad y un menor gasto en alcohol que se reemplaza en gasto en sustancias, “con lo que me gasto por ahí



tomándome cuatro cubatas me compro gramos” (E2).

El Centro de Solidaridad afirma que el consumo en las prácticas de chemsex “es totalmente protector, «consumo, me desahogo, y vuelvo otra vez a mi vida, y vuelvo a trabajar, y vuelvo en mi sitio, y vuelvo tal»” (E3). Aunque, en general, el consumo de sustancias tiene una fuerte dimensión de escape, “el formato de este consumo, todavía lo es más. Porque hay un espacio en concreto, una comunidad en concreto, unos códigos en concreto, unas aplicaciones en concreto, una droga en concreto, una enfermedad en concreto” (E3). A este respecto, los usuarios de chemsex comentan “«No, no, si yo me siento cómodo ahí, porque tengo VIH, que lo cogí fuera de estos mundos, pero como sé que ahí todo el mundo tiene, o hay PrEP o tal, pues yo aquí no tengo ningún problema...»” (E3).

Según la entidad Consumo ConCiencia, el consumo dentro y/o fuera de las prácticas sexuales se vincula más al potencial para generar dependencia y adicción de sustancias como la cocaína, el *crack* o la metanfetamina. De este modo, alguien que consume GHB solo para practicar sexo raramente lo consumiría para otra cosa; sin embargo, alguien que consuma meta para prácticas sexuales, probablemente también lo consuma para salir y experimentar la sensación de subidón, del mismo modo que la cocaína o incluso la mefedrona, “porque la mefedrona se está convirtiendo en la sustancia de elección para alguna gente, porque estas catinonas tienen efectos que algunas personas describen como muy equilibrados”⁵¹ (E6). Igualmente, es más fácil que alguien que pruebe la mefedrona o 3mmc en un contexto sexual, después la consuma también en otros ambientes festivos, como un festival o una salida de fin de semana.

Entre las trabajadoras sexuales se producen diferentes usos del consumo de sustancias asociadas a las prácticas sexuales. Según el Centro Alba, hay mujeres consumidoras que se pagan sus consumos con el trabajo sexual, mujeres que solo consumen en los servicios y, asimismo, mujeres que consumen en general y también en los servicios. Entre las mujeres que practican este tipo de servicios (con consumo de sustancias) se dan situaciones muy diversas, desde mujeres que desarrollan adicciones bastante graves que impiden que puedan sostener su vida cotidiana, hasta otras mujeres que no. Hay otras mujeres que realizan este tipo de servicios, que comparten *trucos* para tener un mayor beneficio en estos servicios, pero no acabar ellas *colocadas*. Señalan que este tipo de servicios comportan más riesgo para ellas, al poder darse situaciones violentas y realizarse en contextos nocturnos. Las propias trabajadoras sexuales señalan que en el momento que anuncian que están en Zaragoza y que van a realizar servicios sexuales de pago se ponen en contacto con ellas camellos para facilitarles las sustancias. También puede darse la circunstancia de que el cliente sea quien consume las sustancias con el permiso de la trabajadora sexual, pero que ella no consuma.

Desde el Centro Alba se apunta a que las mujeres trans trabajadoras sexuales que acuden al centro son mayoritariamente extranjeras latinoamericanas, aproximadamente el 99,9%, entre quienes el consumo, sobre todo en lo que respecta a la cocaína, está muy arraigado, “diría yo que en casi todas habrá consumos” (E5). Entre las trabajadoras sexuales que acuden a la entidad, el consumo se en menor medida entre las mujeres cis que entre las mujeres trans. De forma mayoritaria, las mujeres trans consumen tanto en los servicios (ya sea sugerido por el cliente o porque lo ofrecen

⁵¹ “Es decir, con un punto entactogénico, relativamente similar a la MDMA pero sin alcanzar el nivel, con un punto estimulante relativamente similar al de la anfetamina pero sin llegar a la anfetamina ni tampoco al nervioso a la contracción muscular, y similar al de la cocaína en términos también de estimulación y euforia, pero sin llegar a la cocaína” (E6).



como servicio) como a nivel personal, en espacios de ocio fuera de los servicios. Desde la entidad se relaciona el consumo con situaciones personales y familiares:

“En general las mujeres trans no tienen aquí familia a cargo, hijos a cargo eh, padres a cargo o tal, ¿no? Sino que están como más solas para salir adelante y para enviar dinero a sus familias, ¿eh? Que yo no digo que no tengan familias, porque yo creo que todas eh, mandan dinero a su familia de origen, ¿no? Y aquí, algo que cambia es que entre las mujeres cis mayoritariamente tienen aquí hijos a cargo, o allí, o allí y aquí. Entonces eso hace que también tienen como una vida más, eh, no sé si se puede llamar organizada, pero más al uso en cuanto a horarios, en cuanto tal... Porque tienen unos hijos que llevar al colegio, porque... Y eso limita ciertas prácticas o ...” (E5).

En las trabajadoras sexuales el alcohol está muy presente, también vinculado a la fiesta, aunque hay mujeres que se protegen minimizando o evitando este consumo para poder manejar mejor al cliente, lo cual se refuerza desde el Centro Alba.

Otros sujetos implicados en las prácticas de chemsex

Principalmente las personas que practican chemsex y que acuden a las entidades son hombres GBHSH, también mujeres trans trabajadoras sexuales como se ha señalado.

OMSIDA indica que conocen casos de personas trans que consumen en contextos de chemsex pero con las que tienen menos contacto, de hecho inciden en la falta de datos en lo que respecta a personas no binarias o trans, así como en lo que respecta a los estudios sobre VIH.

SOMOS LGTBI+ de Aragón explica que aunque la mayoría de personas implicadas en prácticas de chemsex son hombres que practican sexo con hombres (90-95% gays y bisexuales) el fenómeno crece y se expande, y conocen casos de mujeres trans y cis, también heterosexuales e incluso de hombres heterosexuales⁵². En este sentido, es preciso tener en cuenta que la práctica de chemsex está muy en relación a contextos de fiesta en las que se pueden encontrar grupos muy amplios de personas entre quienes existe diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales. También puede producirse la participación de personas no binarias:

“Vamos a ponerles las letras porque además si (...) hablamos de hombres que tienen sexo con hombres estamos invisibilizando las realidades del colectivo y esto (...) es una problemática del colectivo y tenemos que dejarlo claro, porque esto en el colectivo heterosexual no ocurre, me refiero, drogarnos, la gente se ha drogado toda la vida, ¿vale? Y esto que está ocurriendo ahí es algo que está ocurriendo del año 2010 a... ahora, ¿no? y se ha intensificado en estos últimos 4 años de una forma bastante, bastante fuerte” (E2).

Desde esta misma entidad se apunta que las sesiones de chemsex en realidad se desenvuelven en un marco muy normativo, de masculinización tóxica donde se establecen relaciones de poder.

Razones por las que acuden a la entidad

⁵² “Yo conozco casos en los que mujeres heterosexuales están yendo y tú dentro de tu pedo das otro paso en mantener prácticas sexuales con mujeres eh tal y gente heterosexual que... y hombres heterosexuales también” (E2). A lo que añaden respecto a la participación de mujeres “bueno, las que yo he visto es más mezclado, de mujeres trans con hombres HSH, hombres que tienen sexo con hombres, hombres bisexuales, bueno, un clásico, hombres gays con curiosidades” (E2).



Las razones por las que acuden a las entidades en ocasiones tienen una vinculación directa con las afecciones derivadas de las prácticas del chemsex y en otras surgen a partir de la demanda de algún servicio específico que ofrezca la entidad. En este sentido, dependen en gran medida de los servicios que ofrece la entidad y a qué población se dirijan.

En lo que respecta a razones por las que las personas que practican chemsex acuden a las entidades, dos de las entidades señalan (SOMOS LGTB+ de Aragón y el Centro de Solidaridad) que se relacionan con la percepción del chemsex como un problema, y con la pérdida de control de la situación, en el “momento que éstas se dan cuenta de que tienen un problema y que no lo pueden controlar” (E2), o, «...Tengo un problema, se me va de las manos, no puedo seguir así, necesito ayuda». En ocasiones, las entrevistas se han dado tras varios días de chemsex y periodos de descanso de 6-8 horas, en los que expresan «Oye, es que creo que tengo un problema...» (E3).

En este sentido, SOMOS LGTB+ de Aragón remarca la importancia de este paso: el darse cuenta de que se padece un problema, dado que la mayoría de personas en esas circunstancias no son conscientes de padecerlo. Es en el momento en que la persona admite su problema cuando se puede actuar para dar una solución; hasta ese momento no se escucha a las personas del entorno, amigos/as o familia, generándose rechazo y llegando incluso expulsar a esas personas de su vida.

En general, desde las entidades indican que admitir el consumo y adicción a las drogas es muy difícil (lo que es común a cualquier adicción) por lo tanto cuando piden ayuda ya están muy afectados. En concreto SOMOS LGTB+ de Aragón apunta que en el desarrollo de la problematización del consumo de sustancias en las prácticas sexuales hay un momento en que se afronta “que yo consumo drogas para tener relaciones sexuales o que yo no consigo más tener relaciones sexuales sin la droga” (E2). El hecho de plantearse esto actúa como detonante para solicitar ayuda.

Mucha VIHda explica, respecto a las demandas de las personas que entran en contacto con la entidad (aunque aclara que generalmente es el equipo quien se acerca a las personas en general), que alguno ha considerado que su consumo entraba en el terreno de la adicción pero no con nuevas sustancias, sino por ejemplo con cocaína. Pero, en general, las personas con las que tiene contacto la entidad consumen, pero no lo perciben como un problema, “si no que es algo, bueno, que está ahí, ellos disfrutaban de esa cosa, de esa experiencia, y ya está” (E4). Desde la entidad no se han encontrado con hombres que hayan desarrollado adicción a sustancias a partir de las prácticas de chemsex, aunque también señalan que transcurre mucho tiempo hasta que una persona reconoce una adicción.

Otras razones guardan más relación con servicios que ofrecen las entidades, de manera que, a partir de la demanda de estos servicios, en algunas ocasiones emergen problematizaciones en relación al consumo de sustancias vinculadas a las prácticas sexuales. En esta línea, OMSIDA señala que la principal razón por la que personas que practican chemsex acuden a la entidad es la prueba rápida, y en posteriores entrevistas en profundidad, de igual a igual y fuera de la prueba rápida, se detecta que en realidad estas personas estaban pidiendo ayuda. También señalan que en dos ocasiones el motivo de contacto con la entidad ha sido ofrecer información y ayuda sobre chemsex. En este sentido, el educador del centro ZIPI comenta que el último chico que se derivó al CMAPA, acudió para darle formación a él, poniéndose en contacto a través de las aplicaciones para ofrecer información de lo que ocurría en Zaragoza en ambientes de drogas. Él tenía problemas con la mefedrona, “lo que pasa es que estaba pidiendo ayuda a gritos. Necesitaba ayuda, pero bueno, era...” (E1).



Las razones por las que se consulta a Consumo ConCiencia sobre consumo de sustancias asociadas a prácticas sexuales son tanto el análisis de sustancias como solicitud de información, dependiendo de las sustancias, y sobre todo hay muchas consultas sobre mezclas y los riesgos que entrañan. Sobre el GHB muy a menudo se solicita información sobre los efectos bifásicos⁵³ de éste –“lo que la hace complicada de manejar” (E6)-, así como por la mezcla con alcohol u otras sustancias y los riesgos que entrañan. En estos últimos años, han llevado a la entidad mefedrona para analizar y también 3mmc. También los han llevado 6-APB (es un análogo de la MDMA que es un *research chemical*). Hace poco analizaron una supuesta mefedrona que en realidad era clorometcatinona (cmc). Hay gente que pregunta por la mezcla de GHB con sildenafil o con tadalafilo (medicamentos que aumentan el flujo sanguíneo durante la estimulación sexual) o estimulantes con Viagra o cualquiera de sus análogos o MDMA con Viagra. De ahí que en los folletos explicativos de diferentes sustancias incluyan la dimensión sexual ya que son preguntas recurrentes. La mezcla de Viagra con otros vasodilatadores puede generar bajones de tensión muy potentes. En el caso del GHB, insisten mucho porque la mezcla con alcohol es verdaderamente peligrosa, de ahí que invitan desde la asociación a evitarla y mucho más GHB con metanfetamina o ketamina. Según Consumo ConCiencia, la gente solicita análisis o pregunta sobre sustancias “porque se quiere cuidar”. Una conclusión es que “cuando a las personas le das herramientas para que cuiden, se quieren cuidar y las usan” (E6). En general, frente a una idea estereotipada, en último término las personas no quieren dañar su salud, sino pasarlo bien “y sin una mirada condescendiente, ni asimétrica, ni censora le das información, acude y no paran de preguntar” (E6).

El Centro Alba explica que, mayoritariamente, la gente que acude al centro lo hace por material preventivo, pero a medida que se va conociendo a las personas se van desvelando más realidades. Otra razón para acudir es porque han mantenido una situación de riesgo y están preocupadas, o incluso una agresión. Aunque también acuden porque necesitan complementar sus ingresos, para realizar alguna gestión administrativa digital o para el acceso a recursos como la justicia gratuita o al sistema sanitario.

Motivos que conducen al chemsex

Los motivos que conducen a practicar chemsex son variados: puede realizarse buscando aceptación en un determinado grupo, por problemas personales y psicológicos, o incluso timidez. OMSIDA señala que en el colectivo gay se generan grupos que están un poco más *apartados*, como los que *tienen mucha pluma* o *el gordito que tiene mucho vello*, “entonces, la persona para ser aceptada se acaba dejando llevar por ese mundo del consumo porque ahí no hay inhibición, yo me tomo lo que sea, me desinhibo y luego hago lo que sea... (E1).

Según OMSIDA, otra razón que puede conducir a practicar chemsex es el diagnóstico de VIH, ya que el contexto de desinhibición en circunstancias de no aceptación permite a las personas relacionarse sin tener que comunicarlo: “es como una especie de capa que te pones. La capa es el chemsex. Y aquí da igual lo que pase que nadie lo va a saber” (E1); “Yo sé lo que tengo, tengo VIH, estoy indetectable⁵⁴ en todo

⁵³ “Es un anestésico en dosis altas, pero como actúa tanto sobre la dopamina como de los receptores gaba, en una dosis baja tiene un componente un poquito más euforizante que relajante, o se puede llegar a un equilibrio, pero son dos curvas que se superponen a las 4 horas cuando se pasa vuelve la estimulación y por eso hay gente que se duerme, pero a las 4 horas se despierta, de hecho, hay gente que por narcolepsia les recetan, toma dos dosis por la noche, porque a mitad de noche se despiertan” (E6).

⁵⁴ El Hospital Clínico San Carlos ha coordinado en España un estudio multicéntrico internacional que ha demostrado que cuando una persona con VIH está en tratamiento antirretroviral y la carga viral es indetectable no hay riesgo de contagio por vía sexual.



mi tratamiento” (E1), lo cual no ofrece riesgos de contagio por vía sexual. Esta situación difiere cuando se mantiene una relación estable de pareja en la que resulta más necesario tener que comunicarlo, lo que puede implicar mayor riesgo social. Además, el diagnóstico de VIH puede favorecer la toma de contacto con el consumo de sustancias.

SOMOS LGTB+ de Aragón apunta que entre las personas que practican chemsex con las que tiene contacto se encuentran de forma habitual problemáticas como la falta de autoestima, problemas de seguridad, homofobia interiorizada, problemas de disforia corporal o problemas de proyección en sus trabajos.

En relación a los motivos para la práctica, el Centro de Solidaridad señala en la gran presencia de la sensación de desarraigo, de pérdida de raíces, de pérdida de espacio vital, en caso de personas extranjeras: “son gente que lleva un proceso migratorio a sus espaldas bastante complicado”, así como problemas de aceptación de su identidad y orientación sexual por parte de los demás. La práctica de chemsex proporciona un sentimiento de pertenencia, de grupo y de comunidad.

De manera análoga, el Centro Alba se refiere al sentimiento de vergüenza interiorizado -por el estigma- en las trabajadoras sexuales debido a lo que se dedican, que puede llevarlas a necesitar consumir para “llegar a hacer lo que me dé la gana con quien me dé la gana”, en definitiva, “para poder tener la sexualidad que creo que tengo que tener” (E5).

Por último, Según Mucha VIHda, entre los motivos que conducen a la práctica de chemsex se encuentran las sensaciones provocadas por las sustancias y las modas.

A quién no se está llegando y motivos

Por parte de las entidades se señalan diferentes perfiles a quienes no se estaría llegando en la intervención. Por un lado, OMSIDA apunta a personas de más edad: mayores de 40 a 60 años que consumen y practican chemsex, y no acuden a la entidad. No obstante, la entidad conoce casos de consumo de mefedrona en este grupo de edad.

El Centro de Solidaridad incide en que a la entidad no está acudiendo gente muy *normalizada, muy funcional*, con cierto nivel académico, económico, laboral, familiar, con un estatus. Igualmente se señala que desde la entidad se atienden a muchos perfiles, pero muchos de ellos “viene de grandes carencias”, “muy machacados, de exclusión” y “con multitud de problemáticas” (E3). “Hay gente que practica chemsex que lleva una vida «muy potente», incluso exitosa, y esa gente no llega a las entidades. Añaden a las personas trans “que entiendo que habrá, pero que dado el perfil, la problemática, las circunstancias y tal, todavía están en otro plan” (E3).

SOMOS LGTB+ de Aragón señala que hace falta mucha difusión, sobre todo a nivel institucional, por ejemplo, a través de los departamentos de Sanidad, ya que son las propias entidades las que en estos momentos desarrollan esta labor. Esto daría mayor visibilidad y facilitaría que las personas se identificaran con la práctica. Señalan que creen que hay perfiles a quienes no se llega desde la entidad porque la gente no se identifica o no reconoce estar en camino de padecer esa problemática, sino que lo perciben como algo normalizado. A este respecto comentan que “llegan unas personas que jamás en la vida se te habría pasado por la cabeza de que fueran a ser usuarios del chemsex” (E2).

Consumo de sustancias en prácticas sexuales (en un sentido más general)

Si se amplía el foco al consumo de sustancias en prácticas sexuales, según Consumo ConCiencia las sustancias más consumidas, en general, son el alcohol y, probablemente, la segunda el cannabis (E6). En los talleres que realiza esta entidad en



los institutos, las consultas sobre consumo de sustancias y prácticas sexuales son muy recurrentes, tales como “qué pasa si practico sexo borracha o borracho, que pasa si practico sexo habiendo fumado (...) Otra de las preguntas, no diré actuales, pero en casi todos los institutos, de chicos: ¿Por qué cuando consumo *speed* no se me levanta? ¿o consumo cocaína?” (E6). Mientras que en los institutos y centros preguntan mucho por el *poppers*, prácticamente nadie conoce el GHB.

4.3.3. Abordaje del chemsex en la entidad

DetECCIÓN Y ACTUACIÓN EN CASOS DE CHEMSEX

En este apartado se aborda cómo se detecta o cómo expresan las personas que practican chemsex y cómo se actúa desde las entidades cuando se revelan situaciones problemáticas en relación a estas prácticas.

En OMSIDA, dado que la prueba rápida es la principal razón por la que las personas acuden a la entidad es un momento clave para detectar la posible práctica chemsex, al realizarse un test de prevención que incluye preguntas como: si la persona ha mantenido relaciones sexuales con el uso de drogas, consumo de las sustancias más habituales, en su caso si se conocen las sustancias que está consumiendo, si mezcla diferentes sustancias, si conoce las interacciones entre ellas, si hace pausas o cuánto tiempo hace que no ha tenido sexo sin sustancias. Cuando una persona manifiesta abiertamente que ha practicado sexo con consumo de sustancias, se intenta hacer una intervención de *apertura de puertas*, ofreciendo información de lo que la persona necesite: de sustancias, de periodos de pausa, sobre el uso del preservativo, sobre la PrEP, etc. A medida que van percibiendo, asesoran sobre la práctica de chemsex. Tras esta conversación, la entidad expresa disponibilidad de ayuda para cuando lo necesite y hasta que la persona quiera volver. Esta intervención se hace desde un educador par y en caso de detectar un uso problemático de sustancias se deriva a la UASA o al CMAPA. Desde la entidad señalan que es complicado, porque personas que no conocen acuden al centro media hora para hacerse la prueba y en ese poco tiempo “tienes que ganártelo” (E1). A veces, también reciben llamadas al número de prevención, incluso han sido contactados por redes sociales.

Como se señalaba en apartados anteriores, el principal motivo por el que las personas que practican chemsex acuden a las entidades es porque no pueden controlar el consumo. En este sentido, SOMOS LGTB+ de Aragón señala que en este proceso de práctica problemática de chemsex, las personas cambian sus hábitos, dándose una despreocupación por todo y que, en un momento de lucidez y retrospectiva, se plantean “«¿qué estoy haciendo?»” (E2). Cuando se dan cuenta de que están teniendo problemas y se ponen en contacto con SOMOS LGTB+ de Aragón, es posible que la primera llamada se realice a través de un número oculto; la siguiente llamada se realiza ya sin ocultar el número, o también puede que todo el contacto se realice mediante correo electrónico. Desde la entidad comentan que se trata de un perfil muy parecido al de quien solicita información porque tiene VIH, señalando que comparten un estigma muy similar.

Tras la llamada de contacto, que habitualmente se realiza en “situación de desesperación”, desde SOMOS LGTB+ Aragón se concierta una cita, se facilitan y explican las de que disponen, se intenta percibir de qué manera podrían introducirlos en algún circuito -como puede ser el Centro Municipal de atención y prevención de las adicciones-. No obstante, en ocasiones expresarse es suficiente para ellos. En SOMOS LGTB+ de Aragón insisten en que, sobre todo, lo que es muy importante es poder hablar:



“El poder soltarlo qué les ocurre porque vivimos en un colectivo en el que nos falta, tenemos muchos problemas de socialización y de poder contar nuestros problemas, ehh, hemos vivido históricamente ocultando nuestra realidad, nunca hemos tenido nuestro momento para poder expresar lo que sentíamos porque sentíamos que nuestros sentimientos no eran tan válidos como los sentimientos de los demás, ¿no? Y una vez que hemos salido del armario nuestro entorno no validaba lo que sentíamos como validaban sus realidad porque bueno, pues, pues es que esos maricones no sé, pues ya encontrarás otro, total al día siguiente estás follando con otro, entonces claro, te encuentras con estas, con estas, ¿no? pues eh, eh, bullying que has sufrido en el colegio, pues el trauma de haber pasado ehhh, una transición en países de Sudamérica, lo que son, no es un riesgo para tu salud si no un riesgo para tu vida, el tiempo que llevas ehhh, haciendo un proceso de transición y de repente al cabo de los años, esa transición te está ocasionando problemas de salud, ¿no? Y que la única manera que tienes de, de, de, evadirte de todo eso es con el consumo de sustancias y pues hay personas que tienen VIH que son personas migrantes, que la soledad de las personas migrantes, eh, pues es que hay muchos, hay muchos, y, y, y eso esos muchos de esos la mayoría de las veces se transversalizan, ¿vale?” (E2)

Desde esta misma entidad también se señala que, de un tiempo a esta parte, reciben llamadas de familiares preocupados-as, cosa que antes no pasaba.

El Centro de Solidaridad indica que, cuando estas personas contactan con la entidad, suelen expresar el motivo por el que llaman, pero, si no, siempre se pregunta desde la entidad, ya que necesitan saber qué perfil están atendiendo. De hecho, en la primera conversación ya se preguntan cuestiones para ir perfilando la atención. En concreto, para identificar al usuario de chemsex, se pregunta sobre el tipo de sustancias que consume; la gente de primeras no lo dice, pero cuando se van reiterando las preguntas acaban contestando y si, por ejemplo contestan que consumen mefedrona, ya salta la alarma, así que se prosigue: “«Ah, mefedrona, vale... ¿y en algún tipo de entorno en concreto?» o «¿has tenido prácticas sexuales de riesgo?» y la gente lo dice” (E3). Según la experiencia de la entidad, los chemusers lo suelen decir, no se andan con tapujos.

Esta entidad indica que la mayoría de quienes acuden por motivos relacionados con la práctica de chemsex suelen ser derivados por psicólogos-as privados-as, por lo que normalmente acuden habiendo realizado un proceso terapéutico previo en el que ha emergido la problemática en relación a la práctica de chemsex.

Según el resto de entidades las personas que acuden a estas expresan que practican chemsex o que consumen sustancias en prácticas sexuales a partir de consultas específicas sobre sustancias o bien a partir de conversaciones sobre información o asesoramiento de medidas de prevención o reducción de daños de consumo de sustancias o de prevención de ITS. En caso de ser necesario se acompaña o deriva a recursos especializados. En este sentido, todas las entidades remarcan la importancia de que estas conversaciones se desarrollen de forma abierta, no invasiva, desde el respeto, sin prejuicios, juicios ni tapujos para facilitar la expresión.

Por último, cabe señalar que de las seis entidades entrevistadas, cinco parten de una perspectiva de reducción de daños en cuanto al consumo, mientras que en una los tratamientos son libres de drogas, de no consumo, aunque cuentan con que las recaídas pueden formar parte del proceso de tratamiento.

Motivos por los que se requiere una intervención complementaria



OMSIDA indica que en casos en que se ha precisado una intervención complementaria, los motivos principales han sido sociales, ya que en muchas ocasiones la toma de conciencia se produce cuando se han perdido amistades, ya no existen relaciones, o bien por problemas laborales, dado que en ocasiones la práctica también puede afectar al trabajo.

SOMOS LGTB+ de Aragón apunta que la falta de control del consumo puede derivar en diferentes problemáticas, que pueden requerir una intervención complementaria relacionada con la higiene, el trabajo, la conciliación familiar o con un abandono completo.

En una línea similar, el Centro de Solidaridad señala que si el paciente acude “destrozado”, “deslavazado” previamente a profundizar en la problemática a tratar en psicoterapia, se han de abordar cuestiones como hábitos de salud, higiene, o estabilidad. No obstante, indican que lo habitual es que los pacientes que acuden a la entidad y mantienen el contacto con esta ya tengan estos aspectos cubiertos. También ha habido casos que han estado en tratamiento y han tenido una recaída muy potente y se ha derivado al ámbito sanitario -ya sea atención primaria o a urgencias- con ingreso si es necesario para recuperación porque para poder hacer o continuar un trabajo psicoterapéutico se requiere un mínimo de estabilidad. Asimismo, en caso de ser necesario el tratamiento, este se completa con derivación a otros recursos.

Por último, en el caso de Mucha VIHda, expresan no haber tenido que realizar ninguna intervención complementaria en este tema. Centro Alba realiza en estos casos intervenciones complementarias de todo tipo, entre ellas, muchos acompañamientos y seguimientos de acceso y tratamientos médicos. En cuanto a Consumo ConCiencia, es una asociación destinada a prevenir el uso problemático de drogas, es decir, tiene un enfoque preventivo, no asistencial, por lo que en caso de ser necesario se ofrece información y en su caso de deriva.

Dificultades para acceder e intervenir con personas que practican chemsex

Tanto OMSIDA, SOMOS LGTB+ de Aragón, como el Centro de Solidaridad, coinciden en señalar la dificultad de reconocer las problemáticas relativas al consumo de sustancias, lo que provoca que las personas lleguen a las entidades en un estado avanzado o crítico, dificultando el tratamiento, seguimiento y adherencia.

En cuanto a las personas que practican chemsex que acuden a la entidad, OMSIDA señala dos problemas: por un lado que cuando buscan ayuda el proceso de consumo vinculado a la práctica de chemsex están bastante avanzado, o bien que cuando contactan se trata de una persona que no conocen - “ese es el gran problema” (E1)-, lo cual dificulta el acercamiento. Este acercamiento también es complicado aunque en los test que completan durante la prueba rápida que han practicado sexo con metadona, anfetamina, cocaína, o cannabis (aunque hayan rellenado todas las casillas). El acercamiento es complicado y es por esto que las personas que se han atendido por chemsex son pocas.

Respecto a las dificultades de acercamiento, y por tanto de intervención, desde esta misma entidad comentan que se puede dar la situación de que personas que practican chemsex tengan un “bajón”, se sientan vulnerables y susceptibles, busquen algún tipo de ayuda y acudan al Centro Zipi donde se mantenga una conversación con ellas. Aunque esta conversación en la que se trate la mezcla de sustancias, las medidas de reducción de riesgos y daños, pueda ser importante para esa persona en ese momento puede darse que regrese a su casa pero al llegar un fin de semana vuelve a la práctica y no acuda ya de nuevo a la entidad, tal vez pasado un tiempo para hacer una prueba rápida.



En estos procesos de acompañamiento, cuando las personas están dispuestas a dar el paso, se les deriva a la UASA o al CMAPA. No obstante, señalan que este paso es complicado, y llegar a reconocer “sí, necesito ayuda” es muy difícil, requiere horas. De hecho indican que hay alguna persona a la que *han perdido*, que la práctica de chemsex, dado que le había afectado tanto que había derivado en problemas de salud mental y trataba a las personas de la entidad como enemigos, como que le estaban controlando o que “yo no necesito eso” y al final lo acabas “perdiendo” (E1). En cualquier caso, en estas circunstancias, en la entidad “se dejan las puertas abiertas”, e incluso transcurridos meses, trata de mantenerse el contacto telefónico y seguir mostrando la disponibilidad de la entidad para cuando “haga falta” (E1).

Admitir el consumo y adicción a las drogas es muy difícil (lo que es común a cualquier adicción), por lo tanto cuando la persona pide ayuda ya se encuentra muy afectada. Aunque es un momento en que las personas “están más sensibles y es fácil darle la vuelta” (E1), también se señala que a medida que se va avanzando en el proceso, la persona se retrae porque se siente controlada o que teme que se sepa que consume, o cuáles son sus prácticas. Como ejemplo ilustrativo de la fragilidad y dificultad en la intervención con estos casos, comentan una situación en la que, ya teniendo los papeles de la derivación a la UASA, un chico dijo “«no, no, no, que yo ya voy mejor que solo tomo GHB para dormir». Claro, es que imagínate en qué estado estaba el chaval, mientras él no dé el paso y no puedes forzar, es que no puedes forzar” (E1).

SOMOS LGTB+ de Aragón destaca la importancia de que la personas que acuden a la entidad den el paso de darse cuenta de su problema y su incapacidad para controlarlo. Es este momento cuando se puede actuar para dar una solución. En este sentido, aunque en la entidad cuentan con mecanismos de detección de uso abusivo de sustancias o de adicción, “no estamos en la potestad de invadir la privacidad del usuario, tiene que empoderarse y sí le explicamos cómo es la problemática, que puede, no sugerimos sino que hablamos desde primera persona, desde el yo y bueno, yo haría esto. Hablamos de los recursos que tenemos y quizás por ahí exista una concienciación de lo que cada uno va pasando pero... hay que primero, el usuario tiene que determinar que tiene un problema y reconocerlo” (E2).

Apuntan además que no les corresponde juzgar o poner en valor si la sustancia es un problema o no, sino que valoran que se esté haciendo o no un buen uso de la misma, así como el buen uso (o no) de los métodos de prevención, de manera que la perspectiva de intervención es siempre desde una reducción de daños y de consumo responsable. Puede darse un consumo y una práctica de chemsex de forma responsable, pero en lo que se incide desde la entidad es, precisamente, en el uso problemático del chemsex y la reducción de daños.

Esta misma entidad señala que se da una especial dificultad para acceder a personas migrantes, ya que entre ellas hay otro nivel de conciencia cultural, que los lleva a no creer en el sistema, que no validen la ayuda social ofrecida por las entidades o por las instituciones “porque allá pues por bien o por mal digamos no creemos en las instituciones. Y aquí es difícil si no hay una persona par, si no se habla con empatía de lo que es la realidad no se puede llegar al empoderamiento, y aun así es muy difícil trabajar con público, la mayoría son trabajadores sexuales y nada como consecuencia es que el mismo trabajo también se ve envuelto en una práctica del chemsex porque los clientes también piden, solicitan, exigen el consumo a las trabajadoras y trabajadores sexuales” (E2).

Una dificultad general para las personas que practican chemsex que menciona



SOMOS LGTB+ de Aragón es que Zaragoza es una ciudad pequeña, por lo que, a veces, incluso resulta costoso acudir a realizar la prueba rápida por la cuestión del anonimato, problemática que aumenta para consultas sobre las prácticas de chemsex.

El Centro de Solidaridad apunta a que las personas que practican chemsex que acuden a esta, de forma mayoritaria, solicitan ayuda muy tarde. En ocasiones, las entrevistas se han producido tras varios días de chemsex y periodos de descanso de 6-8 horas en los que expresan “«Oye, es que creo que tengo un problema...»”. Esta dilatación en el tiempo para solicitar ayuda es común en las adicciones - “el tema del orgullo” (E3)-, se da una gran dificultad en reconocer que “se les ha ido de las manos” y en pedir ayuda. “Por eso tardan tanto, y por eso vienen tan con el agua al cuello, y por eso cuesta todavía más la adherencia” (E3). Explican también que, entre los usuarios de chemsex atendidos, se da poca adherencia, les cuesta mucho acudir, hay mucha reticencia al tratamiento y una elevada tasa de abandono. De hecho, en el centro en los dos últimos años se ha dado el alta terapéutica a dos personas, mientras que los demás “se han perdido por el camino, han mejorado pero ya no han querido seguir”. A veces, han acudido en dos ocasiones y no han vuelto, en otras han acudido durante tres meses pero, finalmente, ha habido una crisis y han desaparecido. Se insiste en que son perfiles con mucho orgullo, con mucha dificultad a la hora de reconocer y de pedir ayuda, de ahí que a nivel emocional uno de los trabajos que hacen desde la entidad es ayudar a gestionar y entender sus emociones.

Práctica de chemsex y atención a personas fuera de Zaragoza ciudad

En cuanto a la práctica de chemsex en Aragón en el medio rural, hace unos años se solía contratar una habitación en la que se organizaban fiestas convocadas desde las aplicaciones de socialización, más que en casas. Pero también se conoce además que se practica en la ciudad de Huesca, que en otros lugares de la provincia se usan pisos y chalets a los que acude gente de la comarca. Por otra parte, se comentan zonas próximas a macrodiscotecas en las que hay tendencia a la circulación de sustancias y a la práctica de chemsex como continuidad de la fiesta. Una de las entidades refiere que le cuesta mucho trabajar en Teruel. No cree que el chemsex no exista allí, pero imagina que las prácticas se trasladarán a Valencia, y que, de ser así, “vaya tela” (E2).

Aunque la mayoría (cinco) de las entidades consultadas realizan su trabajo en Zaragoza ciudad, el ámbito de actuación de muchas de ellas es Aragón, por lo que también acuden personas de la provincia de Zaragoza, Huesca y Teruel.

En cuanto al acceso a recursos como la PrEP o las pruebas rápidas, las personas del medio rural o de otros municipios de Aragón suelen acudir a Zaragoza, porque especialmente en localidades pequeñas, la privacidad con los-as médicos-as de atención primaria se puede ver comprometida y desconfían. También ocurre esto mismo en relación a las UASAS ya que, aunque se encuentren distribuidas en las tres provincias y, en principio, se recomienda la más cercana a la localidad en la que reside la persona que requiere atención, puede ocurrir que esa persona prefiera trasladarse a Zaragoza, porque se sienta más cómoda, por una cuestión de vergüenza o porque haya probado otras UASAS y no le haya funcionado.

Además de las atenciones presenciales comentadas, se ha de tener en cuenta que con muchas de las entidades se puede establecer contacto telefónico, a través de emails, de las aplicaciones, de otras redes sociales o formularios de sus páginas webs, de manera que estas consultas o demandas se pueden realizar desde cualquier territorio.

Qué se echa en falta a la hora de abordar el fenómeno del chemsex



Desde las entidades se señala que a la hora de abordar el chemsex echan en falta formación, prevención, sensibilización, especialización, recursos, financiación y coordinación. A este respecto también se alude a la puesta en valor tanto del trabajo realizado desde las entidades que trabajan con el colectivo LGTBIQ+, como la consideración hacia el propio colectivo.

Así pues, se remarca la necesidad de formación sobre chemsex (SOMOS LGTB+ de Aragón y Centro de Solidaridad) y sensibilización (SOMOS LGTB+ de Aragón). Sobre todo, se incide en la necesidad de formar a profesionales y a futuros-as profesionales en la realización de sus estudios, para que el trato de hacia las personas usuarias o pacientes sea más cercano, sin estigmas ni prejuicios. En las prácticas de chemsex se imbrican estigmas y prejuicios asociados al consumo de sustancias, pero también prejuicios dirigidos al colectivo LGTBIQ+ y a su sexualidad –“nuestra sexualidad es sexualidad de marcianos”-, y estigmas que se (re)producen incluso dentro de la propia comunidad LGTBIQ+. A esto se añaden los discursos de odio y el sensacionalismo de los medios de comunicación, induciendo y criminalizando prácticas sexuales (E2).

También se pone de relieve la importancia de la prevención, sobre la cual se incide en que ha de considerar la diversidad de sujetos implicados: a quienes van a institutos y a quienes no, a las personas migrantes, a trabajadores-as del sexo, etc. Es decir, incluir a personas que, habitualmente, están invisibilizadas (E2).

Asimismo, se subraya que se necesitan más recursos en general (E3) y, de forma más específica, para abordar el chemsex (E2 y E3). Se vuelve a incidir en que los tiempos de espera para acceder a los centros de adicciones son largos, lo cual resulta problemático cuando una persona está desesperada y tiene que esperar (E1).

La ampliación de recursos es precisa tanto para la sanidad pública, como para las entidades, con el objetivo de evitar retrasos para las pruebas de ITS por falta de recursos (E2). A esto se añade la necesidad de que se legisle para facilitar la realización de pruebas de cribado de manera libre, así como para poder trabajar de manera comunitaria. Desde luego, inciden en que para todo ello se requiere financiación (E2).

Se pone de manifiesto que a la Administración le ha costado bastante “reconocernos” y tener en consideración tanto el trabajo realizado desde las entidades, como la población objeto de las atenciones (colectivo LGTBIQ+). Aunque perciben que la Administración ha tomado consciencia del trabajo que realizan las entidades, teniéndolo mucho más en cuenta y que se “están poniendo las pilas”, señalan que, para solucionar un tema de salud pública como el chemsex, se han de abordar muchas cuestiones, “tocas muchos puntos”. Se reclama a las instituciones que en la intencionalidad de trabajar el chemsex tomen en consideración para empezar “los recursos que nosotras necesitamos” (E2).

En este sentido, la puesta en valor del trabajo que se realiza no solo ha de ser simbólica sino también material, de modo que para realizar atenciones adecuadas resulta indispensable financiación. También se refieren a las condiciones en las que se encuentran las personas que ofrecen las atenciones, ya que, en gran medida, se trata de empleos en precario no remunerados. En este sentido, exponen que el dinero de las convocatorias debería tener en cuenta la inflación, ya que las cuantías de las mismas no aumentan, pero sí el coste de la vida. Esto, explican, pone a las entidades en una situación complicada por la cual, si suben los salarios de las personas contratadas por la entidad, estas se ven obligadas a reducir las horas de atención, lo cual repercute en una peor atención a las personas usuarias y, por tanto, “necesitamos más recursos económicos y ... añadir perfiles... a la asociación y que puedan atender a los usuarios



perfiles específicos, especializados del colectivo” (E2). Especifican, además, que necesitan profesionales de psicología, trabajo social y educación social que ayuden a realizar estos itinerarios, y también psiquiatras, “pero se podría trabajar directamente desde la entidad todo este tema” (E2).

Aunque desde la entidad pueden establecer programas, ofrecer nociones en reducción de riesgos, repartir material preventivo, atender, comprender incluso en un diálogo de par a par a alguien con quien ha practicado también chemsex pero no cuentan con una atención psicológica, psiquiátrica ni de orientación. Reclaman la necesidad de que la atención que se provea desde la entidad pueda contar con un circuito especializado distinto al que existe, ya que no consideran que la situación vaya a solucionarse tratando estos casos sin atender a su especificidad vinculada al colectivo LGTBIQ+, “Tenemos que aprender a disfrutar de nuevo de nuestra sexualidad, de una manera diferente, sin el uso de sustancias, que eso no es ninguna tontería y tenemos que solucionar muchos problemas que han surgido y que es lo que nos ha llevado a esto, ¿no? Entonces, tenemos que saber, y por eso necesitamos gente que esté formada en psicología afirmativa LGBTI y luego, y que conozca la realidad del colectivo” (E2).

Finalmente, se apela a la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación que requiere el abordaje del chemsex, ya que aunque es muy importante la atención médica ha de ir de la mano de la social (E2).

4.3.4. Trabajo en red y colaboración con entidades públicas y privadas

Vías de acceso y contacto de la entidad

Las principales vías de acceso de las personas que practican chemsex a OMSIDA son las redes sociales, Instagram particularmente, y a través del contacto que se establece cuando las personas acuden a esta para hacerse la prueba rápida. Estos casos no se derivan desde otras entidades, sino que han acudido por motu propio. Igualmente, señalan el caso de personas con VIH con quienes ya estaban en contacto, que han dado un cambio en su vida, introduciéndose en prácticas de chemsex. Esta misma entidad también realiza trabajo en aplicaciones de socialización gay, pero de forma no invasiva, es decir, no interactuando con perfiles directamente ya que, además, se puede dar la situación que como es habitual el cambio de nombres, se interactúe con la misma persona en diversas ocasiones, lo que puede saturar a las personas tras los perfiles. Hubo un tiempo en el que sí entraban en el perfil como visita, para que vieran que habían entrado desde el perfil de la entidad, pero cambiaron de proceder porque llegaba a generar malestar: “¿por qué me estás visitando tantas veces?”. A esto se respondía que ofrecían preservativos gratis, pruebas rápidas gratuitas o asesoría pero “no generaba buen rollo” (E1). De aquí que se cambiara de fórmula, y en la actualidad esperan a que sea la gente por iniciativa propia quien se comunique con la entidad. Han realizado campañas de prevención y ofrecimiento de servicios en las aplicaciones, pero en la actualidad no las desarrollan.

SOMOS LGTB+ de Aragón señala que la mayoría de primeros contactos de las personas que practican chemsex se realizan por vía telefónica. Aunque habitualmente es la persona afectada quien llama en primera persona, reciben cada vez más llamadas de personas del entorno el a persona que practica. Esta entidad también cuenta con otras vías de acceso, como el correo electrónico, las apps de contacto por geolocalización u otras redes sociales como WhatsApp. También se puede acudir de forma presencial al centro.



Para acceder al Centro de Solidaridad, la gente habitualmente llama y se le realiza una serie de preguntas a través de las cuales se recogen los datos básicos. En ocasiones son derivados por su médico-a; en otras ocasiones llaman por iniciativa propia y, a veces, llama la familia; pero, en principio, son las propias personas afectadas las que hacen la demanda a través de una llamada telefónica o acudiendo de forma presencial al centro. Si manifiestan que tienen un problema con el consumo de mefedrona o de GHB relacionado con el chemsex, se atiende en el mismo centro y, normalmente, se encarga de estos casos la misma persona.

La principal forma de acceso a las personas usuarias de chemsex por parte de Mucha VIHda es a través del acercamiento presencial a espacios de socialización de GBHSH, como pueden ser los locales de ambiente o los espacios de *cruising*. En cuanto a los locales, explica que, antes, había más con cuartos oscuros, pero estos espacios han tendido a desaparecer, “están de capa caída” (E4), aunque siguen manteniéndose las saunas. Respecto a los bares de ambiente gay, refieren que la intervención es complicada, fundamentalmente por la música, pero dejan carteles y, en muchas ocasiones, preservativos. En los lugares de *cruising* les resulta más fácil encontrar espacios en los que poder conversar con los hombres, aunque sea de forma breve, y repartir material preventivo. En las zonas de *cruising* no han encontrado consumo de sustancias, ni están encontrando jeringuillas, como sí está ocurriendo en otras ciudades como Barcelona⁵⁵. En el último año, también han conocido sex-shops con cabinas donde se producen encuentros furtivos. La intervención en estos espacios resulta muy perturbadora, por lo que no se realiza intervención directa, pero sí se reparten preservativos en las cabinas. De manera que, aunque no especifican el espacio concreto en los que se han conocido casos de personas que practican chemsex, es a través de estas vías por las cuales establecen contacto con las personas usuarias.

Finalmente, el Centro Alba indica que, además del boca oreja como principal vía por la que la gente acude al centro, a veces se producen derivaciones de trabajadoras sociales o del Centro Fogaral (Cáritas), para que las personas que practican accedan a material preventivo. Pero la mayoría de las mujeres que van al centro por primera vez lo hacen acompañadas de otra mujer, ya sea porque son compañeras de piso, o porque han venido a Zaragoza “a hacer una plaza” (E5) y le han dicho que en el centro reparten preservativos; entonces, es habitual que acudan de dos en dos.

Derivaciones a otros recursos

Las principales derivaciones se realizan a recursos del ámbito sanitario, ya sea a centros médicos de atención primaria o a hospitales. En cuanto a estos últimos, se suele derivar a prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, o bien a urgencias en caso de haberse expuesto a situaciones de riesgo. En cuanto a problemas de adicciones, se derivan a las UASAS.

OMSIDA realiza la mayor parte de las derivaciones a las UASAS y al CMAPA. Para la PrEP, ofrecen dos opciones para derivar: al-a la médico-a de atención primaria o a hospitales. Señalan que, aunque antes derivaban tanto al Hospital Miguel Servet como al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, este último suspendió el servicio ya que tuvieron “problemas con la enfermería que lo llevaba y la demora ya estaba en seis meses” (E1). Este año (2023) se ha generado mayor lentitud para citas, es decir, mayor demora para la PrEP.

⁵⁵ En el proceso de elaboración de la presente investigación se asistió a las Jornadas formativas: chemsex un fenómeno socio-cultural organizada por SOMOS LGTB+ de Aragón en la que también participó la ONG Stop Sida. Esta ONG informó que en zonas de *cruising* de Barcelona se estaban encontrando jeringuillas, de ahí que se preguntara por esta cuestión en el caso de las zonas de *cruising* de Zaragoza.



La PrEP se empezó a suministrar en hospitales en 2019, al principio en Zaragoza en 30 días estaban empezando el tratamiento, la demanda fue aumentando pero el servicio de PrEP desapareció a principios de 2023. A partir de ese momento las derivaciones se realizan al Hospital Miguel Servet y a atención primaria. No obstante, con respecto a esta última señalan que en algunas ocasiones se desconoce la PrEP, lo cual genera muchos problemas. La entidad llamaba a enfermería para concertar una cita, y posteriormente les facilitaron un correo electrónico para las derivaciones, pero el correo se bloqueó y ya no podían derivar directamente al hospital, por lo que debía realizarse a través del-la médico-a de cabecera. Esto generó tensiones, ya que tuvieron problemas con médicos-as que desconocían la PrEP -este desconocimiento se da también en la actualidad- hasta que el médico de OMSIDA tomó la iniciativa de hablar con profesionales del ámbito de la salud, lo que permitió que se realizara un protocolo, a partir del cual el médico de OMSIDA deriva al Hospital Miguel Servet. De este modo, en la actualidad desde la entidad se realiza una derivación interna al médico y él deriva al Hospital Miguel Servet.

En lo que respecta al trabajo en red con otros recursos, desde SOMOS LGTB+ de Aragón valoran que en la sección de infecciosos con la que trabajan hay profesionales bastante concienciadas que acuden a eventos y congresos donde se tratan cuestiones relativas al chemsex y en los que coinciden con ellas. Esta entidad señala que en el Hospital Lozano Blesa hay una consulta semanal para tratar infecciones de transmisión sexual que atienden a las personas que derivan desde la entidad. Aunque antes trabajaban también con el Hospital Miguel Servet en la actualidad no mantienen comunicación.

Desde SOMOS LGTB+ Aragón se encargan de hacer el cribado, no realizan diagnósticos, de manera que desde la entidad derivan a personas al hospital, y para ello cuentan con un protocolo de derivación. En SOMOS realizan la prueba rápida de VIH, de hepatitis C y facilitan la prueba a personas que quieren hacerse la prueba de sífilis. Valoran de forma muy positiva la consulta que abrieron en la que hay dos enfermeras “que son súper activistas, y su vocación va... pero más allá de lo, de la remuneración y tenemos buen contacto con ellas. Ahí se nos ha hecho muy fácil la derivación y de hecho que cuando llamamos siempre de parte de SOMOS, ellas ya conocen el nombre, ya saben cómo hacer, ya saben cómo agendar, quién viene, la burocracia en la documentación como la tarjeta sanitaria es más fácil porque bueno, esos temas también telita” (E2).

Respecto al acceso a los recursos, señalan que están saturados, aunque cuando llaman desde la entidad a los centros de salud se les da prioridad porque ya se ha hecho un trabajo previo. Mantienen mucha comunicación y sinergia porque “tenemos muy claro que somos compañeras” y que trabajan de manera conjunta. Trabajan con dos centros de salud diferentes. Mantienen reuniones para mejorar, trabajar sinergias y protocolos que han funcionado.

El Centro de Solidaridad apunta que la principal derivación a recursos externos para completar la intervención se da sobre todo al servicio público de salud si se necesita un ingreso u otro tipo de atención médica. En caso de colaboración con entidades privadas, a veces trabajan con asociaciones como Towanda⁵⁶, con asociaciones más especializadas en cuestiones de orientación e identidad sexual, e incluso con psicólogas privadas especializadas en estas materias.

⁵⁶ Colectivo por la diversidad afectivo-sexual.



Los principales motivos por los que se deriva a otros recursos son los derivados del deterioro físico y mental. No obstante, la entidad señala que no suele darse derivaciones en estos perfiles, ya que normalmente cuando se estabilizan suelen estar bien, y que sobre todo se deriva por cuestiones relacionadas con la salud física. No obstante, si la persona después del tratamiento quiere realizar un proceso más profundo, indagar más en su historia o en su vivencia y ya no consume, se le recomienda acudir a o un-a psicólogo-a privado-a, orientador-a o a alguna asociación especializada como Towanda.

El Centro de Solidaridad comenta que en conversaciones con los chicos que han atendido por chemsex, ellos dicen que espacios de atención sanitaria como urgencias u otros servicios de atención sanitaria funcionan muy bien. Relata que hace poco un chico contaba que en el hospital “le atendieron de maravilla” (E3), tanto en urgencias como en la planta de infecciosos donde estuvo ingresado, le curaron, le cuidaron, “le dieron la vida porque se moría” (E3). Los chicos atendidos también comentan que necesitan espacios en los que puedan hablar, en los que se pueda atender lo emocional, lo psicológico, el por qué, no tanto la consecuencia sino las causas, pero que hay pocos espacios para ello. Y se sorprenden mucho cuando acuden al centro y hablan de su vida, de cómo están, de qué les pasa, de qué los lleva al consumo, de qué no, de qué es lo que les duele y es lo que sobre todo más agradecen, poder entender su historia y por qué han recurrido a esas prácticas.

En lo que respecta a las adicciones, Mucha VIHda tiene relación con otros recursos, y puede haber diferentes estadios en relación a la adicción. Hay personas que han dejado de consumir y acuden a Mucha VIHda a modo de soporte emocional, otras que están en programas sustitutivos de metadona, pero aun así realizan algún consumo. En caso de realizar una derivación o precisar de un programa de metadona, se hace al Centro de Solidaridad o a la UASA del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Dificultades detectadas en el trabajo en red con otras entidades e instituciones

En cuanto a atención primaria, las entidades señalan diversas dificultades que encuentran las personas que practican chemsex. Por un lado, la cuestión de poder expresar con el-la médico-a cuestiones relacionadas con el sexo o la sexualidad, por el estigma y los prejuicios. A este respecto, OMSIDA nombra esta dificultad como la más común en este ámbito, “que no se da, que es difícil y que cuesta” (E1). Esta complicación puede venir dada por sentimientos de vergüenza y/o protección de la intimidad como puede ser el caso de GBHSH casados con mujeres, pudiendo compartir médico-a con ella, e incluso con sus hijos-as. Esta estigmatización también es indicada por Mucha VIHda que, apunta además que, a pesar de todos los avances del país, hay ideas muy enraizadas, por lo que mucha gente no va a explicitar determinadas cuestiones con sus médicos-as de cabecera.

Por otro lado, y de forma más concreta, se subraya el desconocimiento que hay entre profesionales de la atención primaria sobre chemsex (SOMOS LGTB+ de Aragón) y sobre la PrEP, lo que genera muchos problemas (OMSIDA). Sucede lo mismo en el caso de la vacuna del papiloma humano: aunque se supone que en el caso de los GBHSH existe un protocolo, hay problemas para acceder a él (OMSIDA).

Además, se han encontrado problemas en urgencias cuando se solicita la PEP ya que “en algunos casos se deniega, por la práctica de riesgo que considere el médico” (E1) pero también “hay un despiste en la administración de todo el tratamiento” (E1) de la PEP, el cual consiste en la toma de una pastilla diaria durante 28 días que se ha de empezar a suministrar en las 72 horas posteriores a la práctica de riesgo, cuanto antes mejor. En urgencias normalmente entregan un pack de tratamiento para 3 días, de modo



que deberían volver a pedir cita médica para continuidad y seguimiento del tratamiento, pero en su lugar muchos toman las pastillas solo durante esos 3 días, y posteriormente acuden a las revisiones, pero esa administración de tratamiento no es válida.

Aunque hace bastante tiempo que SOMOS LGTB+ de Aragón no deriva a nadie por tratamiento post exposición, sí refieren malas experiencias similares a las mencionadas por OMSIDA tanto en la reticencia de su suministro como en la administración del tratamiento cuando derivaron por esta razón. En este sentido señalan que en muchas ocasiones que todo el trabajo que están haciendo las entidades de lucha contra el estigma, de homofobia interiorizada, de no criminalizar las prácticas sexuales, de culpabilización de las personas en el hospital “te lo tiran al suelo, entonces ahí es que a parte al personal sanitario hay que formarlo también en cuestiones psicosociales” (E2). Alguien fuerte y empoderado, tiene recursos para enfrentar estas situaciones, pero quien no los tiene “se queda hundido en la miseria y no se dan cuenta de que lo único que consiguen con eso es que dejen de ir a (...) los centros sanitarios” (E2). Según un estudio que realizaron hace unos años el 20% de las personas participantes en el mismo intentaban evitar los centros sanitarios y los hospitales, dado el trato que recibían por el hecho de tener VIH, “pues con esto ya ni te cuento” (E2). En los servicios de emergencias “castigan a la gente” (E2). Ponen el ejemplo de un usuario de la entidad que practica *slam* y fue a urgencias porque tenía el brote de ansiedad “y me dijo «me trataron malísimo, me trataron muy mal» (...) «Y cuando ya había expuesto que había practicado slam, que me he metido esto, lo otro, pero inmediatamente invalidaron todo lo que yo dije y me sentí malísimo»” (E2).

SOMOS LGTB+ de Aragón problematiza que no haya recursos especializados en chemsex y que el personal profesional del ámbito sanitario no tenga formación, “los únicos departamentos que conocen algo el asunto y es porque se lo encuentran son los departamentos de infecciones de los hospitales, en especial el Miguel Servet y el Clínico” (E2).

Comentan que desde las instituciones hay intencionalidad de trabajar, pero no hay recursos como tal para esta problemática. Así, se incluye dentro de la consulta de infecciosos creada para tratar las demás ITS, pero no existe ningún recurso que esté enfocado solo al chemsex. A pesar de la buena valoración de algunas de las profesionales en este ámbito, en muchas ocasiones se encuentran con falta de interés o de perspectiva por parte de las administraciones, ya que “no tenemos unos centros especializados donde se pueda atender de forma integral como existe en Cataluña o en Madrid” (E2). Además, en Zaragoza “los médicos en esa consulta detectan casos pero no pueden hacer nada, las enfermeras en consulta detectan casos pero no pueden hacer nada, cuando hay ingresos detectan casos pero tampoco pueden hacer nada porque simplemente no saben qué medicar...” (E2).

En este sentido expresan: “tenemos centros donde se trata la drogodependencia pero es que, a mí lo que yo consuma por venopunción no es la misma que la de un heroinómano, ¿no? entonces eh, ni la situación social, ni el riesgo de exclusión, ni todo lo que, ni los círculos, ni el apoyo social, ni el apoyo familiar es el mismo, entonces ahí nos encontramos con cosas que son delicadas” (E2). Apuntan que en Zaragoza no existe un recurso que sea conocido ni generalizado (como puede ser Drassanes en Barcelona o Sandoval en Madrid) al que la gente pueda acudir libremente, de forma anónima, porque la gente no lo conoce si no le derivan desde la entidad. En sentido, señalan que no existe en Aragón ningún-a psiquiatra que tenga nociones básicas de chemsex: “a veces es un poco complicado tener que explicar que es un fenómeno aparte porque no es solo consumir sustancias, sino que conlleva muchas más cosas, ¿no? Todo esto y el hecho de que solo se dé entre hombre y entre trabajadoras del sexo mujeres trans pues es un, no es casualidad es porque vienen muchas cosas y al cabo



de los años cuando vas creciendo van saliendo cositas, ¿no?” (E2) No solo es una cuestión de conocimiento, también de disposición: “yo entiendo que los médicos, a nadie nos gusta que digan qué tenemos que hacer (...) pero la realidad es que nosotras somos las que trabajamos directamente con el colectivo y sabemos cuáles son las necesidades” (E2).

En lo que concierne a las entidades públicas que tratan las adicciones, también se encuentran muy saturadas, los tiempos de espera son muy largos y desconocen el fenómeno del chemsex, limitando la perspectiva al tratamiento del consumo de sustancias: “ y aquí el problema no es la sustancia, los problemas son otros y tenemos que abarcar porque si lo único que hacemos, si vamos a las sustancia pues solucionaremos el problema seis meses, pero volveremos a los problemas de raíz sin solucionar” (E2).

Desde el Centro Alba en lo que respecta a la adicción a sustancias señalan que la mayor dificultad es qué orientación dar, es decir, qué recurso puede ser el indicado para estas personas. Apuntan además la gran pérdida que supuso el cierre de la Comunidad terapéutica de El Frago, recurso del Gobierno de Aragón, que disponía de un acceso bastante fluido. Aunque existe el CMAPA o las UASAS, la principal dificultad con la que se encuentran se produce cuando una persona dice “«necesito ya un sitio, necesito salir»” (E5). Explican que se producen dos problemas: por un lado, “hay personas que para plantearse dejar la adicción eh, necesitan salir de su contexto, porque en su contexto no se ven capaces” (E5) y en la actualidad no existe ningún lugar en Aragón al que puedan ir, especialmente para personas sin recursos que incluso no tienen casa. Y por otro lado, al igual que otras entidades mencionaban, se da el problema de la demora, “pues igual de 2 o 3 meses” (E5) para acceder a las UASAS.

También refieren que el protocolo para llegar a la consulta de infecciosos con algunas personas es complicado “desde que tiene la tarjeta sanitaria, luego el médico de familia, luego el médico de familia te manda allí, de allí a la farmacia hospitalaria, (...) a veces en el hospital pues las preguntas que se hacen, pues no... no se comprenden mutuamente” (E5). A pesar de esto, “la principal dificultad en infecciosos es cuando no hay adhesión al tratamiento (...) porque hay personas que tienen dificultades de adhesión a un tratamiento porque tienen muchos problemas” (E5) ya que no todas las personas tienen la capacidad de asumir un tratamiento crónico. “Ahí es donde hemos tenido más dificultad: en la comprensión un poco más amplia de aquellas personas que no tienen adhesión al tratamiento” (E5).

En términos generales, según el Centro Alba, dificultades en nuestro sistema de “salud tenemos todas por la situación en la que está el sistema”, pero “si además no hablo bien castellano, no sé explicarte muy bien qué es lo que me pasa, o no me atrevo” (E5) estas dificultades aumentan. Si además la persona que intenta acceder tiene un estigma asociado se añade otra dificultad.

Finalmente, cabe destacar que la mayoría de las entidades atienden a personas migrantes, por ejemplo en SOMOS LGTB+ de Aragón, el 50%, y que el acceso a la sanidad de éstas va a estar condicionado por su situación administrativa y el derecho generado para la atención médica.

Formaciones sobre chemsex a personal sociosanitario

La única entidad que realiza formaciones destinadas a personal sanitario específicas de chemsex es SOMOS LGTB+ de Aragón, aunque OMSIDA también ha realizado jornadas abordando este tema. El Centro Alba realiza formación a personal sociosanitario en relación a perfiles con los que trabajan y en contra del estigma asociado, temas que no siendo específicos de chemsex tienen cierta relación.



En lo que respecta a formación de chemsex para personal sociosanitario, desde SOMOS LGTB+ de Aragón consideran que resulta muy necesaria, de hecho realizaron el 15 de noviembre de 2023 (semana siguiente a la realización de la entrevista) la “Jornada formativa: chemsex un fenómeno socio-cultural” dirigida a personas del sector sanitario, estudiantes y agentes del tercer sector. También tenían previsto realizar una formación *online* específica sobre chemsex, en la que se profundice más y que también estará dirigida a personal sanitario.

Por otra parte, no realizan formaciones a personal sanitario, si bien cada año OMSIDA organiza las Jornadas Relación Paciente VIH y Personal Sociosanitario y en el año 2022 contaron con una sesión formativa por parte de Raúl Soriano, consultor y formador en chemsex. Consideran necesaria la formación para profesionales del sistema sociosanitario, sobre todo en lo que respecta al estigma y los prejuicios.

Todas las entidades que atienden de forma más específica casos de chemsex perciben la necesidad de formación sobre este tema, “sobre todo por el tema del estigma y de los prejuicios”, tal y como afirma OMSIDA.

Otras entidades como el Centro Alba y Consumo ConCiencia también realizan formaciones a personal de centros sanitarios en el caso de la primera y de Programas Especializados de Adicciones⁵⁷ (PEAs) en el caso de la segunda en relación a cuestiones vinculadas con el chemsex, si bien no son específicas sobre el fenómeno.

4.3.5. Valoración de la práctica de chemsex

Volumen de personas que practican chemsex que acuden a las entidades

En primer lugar, se ha de señalar que no es posible conocer el número exacto de personas que practican chemsex que han acudido a las seis entidades contempladas en la presente investigación, ya que la mayoría de ellas no cuentan con un proyecto específico en esta materia, y por tanto no tienen un registro de las personas que han sido atendidas por este motivo, a excepción de SOMOS LGTB+ de Aragón⁵⁸.

En cuanto a las tres entidades que atienden más específicamente casos de chemsex, OMSIDA a lo largo de 2023 atendió a unos seis usuarios por este motivo, SOMOS LGTB+ de Aragón a 98 usuarios-as, lo que supone un 33,91% de los usuarios-as totales que recibieron atención sobre salud sexual (289)⁵⁹ y el Centro de Solidaridad señala que en el momento actual de la entrevista eran entre ocho y diez usuarios, un 10-15% de la población atendida desde el centro, y que en los dos últimos años han atendido entre 20 y 30 personas por esta razón.

Respecto al resto de entidades, en Mucha VIHda se conocieron alrededor de 35 casos de este perfil, lo cual no significa que se realizase una intervención. Aunque no se puede especificar un porcentaje respecto al total de personas con las que ha tenido contacto la entidad, ésta indica que es muy pequeño: “estaríamos hablando de un cero coma” (E4). Desde esta asociación también se señala que hay algunas sustancias con las que posiblemente se produzca más ocultación que, por ejemplo, el *poppers* cuyo

⁵⁷ Estos programas están vinculados a los servicios sociales de algunas Comarcas y ayuntamientos aragoneses

⁵⁸ Es por este motivo que las cifras referidas por las entidades respecto al 2023 se refieren hasta el momento de la entrevista, es decir noviembre de 2023, excepto en el caso de SOMOS LGTB+ de Aragón que se refieren al año 2023 completo.

⁵⁹ Es relevante resaltar que desde el inicio del año 2024 (hasta mediados del mes de marzo) SOMOS LGTB+ de Aragón ha atendido a 79 personas usuarias de chemsex.



consumo se verbaliza más, siendo consumido por 5-6% de los usuarios.

Desde el Centro Alba se apunta que bastantes mujeres de las que atienden consumen sustancias en los servicios sexuales ofrecidos, y que en el caso de las mujeres trans la mayoría consumen es estos servicios. Ha de tenerse en cuenta que a la entidad acuden más mujeres cis y que entre ellas se da una mayor de diversidad.

Por su parte, Consumo ConCiencia en relación a chemsex en un sentido más estricto y/o sustancias generalmente más vinculadas a estas prácticas recibió 30-40 consultas en el 2023 sobre todo por redes sociales, “si contamos festivales algo más, porque en los festivales sí que nos preguntan más, oye y la mefedrona, oye el GHB, oye el poppers” (E6). Este tipo de consultas suponen un 5-10% del total. En lo que se refiere consultas sobre el consumo de sustancias en contextos sexuales en un sentido más amplio, que incluiría las realizadas también en los institutos, señala que se dan infinidad de este tipo de consultas.

Aumento en los últimos años y posibles motivos

En cuanto a la evolución del chemsex, prácticamente todas las entidades consultadas señalan que se ha producido un aumento de la práctica y/o de las personas a las que han atendido o que han consultado en relación a esta.

De este modo, OMSIDA ha detectado un aumento de las personas con quien tienen contacto que practican chemsex, aunque explican que este aumento lo han detectado por las respuestas que realiza la entidad cuando las personas acuden a hacer la prueba rápida, pero no en las atenciones. Entre los motivos de este aumento, apuntan a las sensaciones que provoca el consumo de las nuevas sustancias, asociadas al chemsex, generándose el problema cuando se produce tolerancia y posterior adicción.

SOMOS LGTB+ Aragón realiza un registro propio de las atenciones relacionadas con chemsex efectuadas desde la asociación, según el cual las atenciones han aumentado un 700% desde hace 7-8 años. Además del aumento, señalan que están recibiendo llamadas de auxilio de familiares, algo que antes no sucedía. Es decir, ha habido un aumento de las atenciones, pero además éstas se generan en un momento más crítico. Aunque, tal y como explican no se puede saber el volumen de población que practica chemsex, sí que indican que en un fin de semana pueden encontrarse de siete a nueve pisos diferentes en los que se practica, pudiendo participar en cada uno de ellos unas y de media en cada uno de estos unas diez personas de media, lo que sumarían unas 100 personas por fin de semana. Puede haber personas que lo practiquen de forma continuada o de manera casual, o bien gente que se encuentre de paso, por tanto no es posible conocer una cifra exacta.

Según esta entidad, el motivo principal del aumento del chemsex es que se han generado espacios de socialización diferentes y se ha normalizado el consumo de sustancias en casa. En las discotecas había mayor precaución o respeto y trataba de ocultarse el consumo, ya fuera por parte del personal de seguridad o de otros grupos de personas. Ahora sin embargo se consume en otro contexto, en el que además de se produce un alto de nivel de rotación, al no tratarse de un grupo constante durante toda la noche y toda la mañana, si no que se va sumando gente que consume cualquier sustancia y puede compartir con otros, de manera que se puede tener acceso a cualquier sustancia en cualquier momento. Señalan que la pandemia tuvo mucha repercusión en la forma de socialización del colectivo LGTBIQ+, sobre todo en GBHSH y mujeres trans. De forma previa ya se reunían para hacer las sesiones, pero no se daba tanto una connotación ligada a prácticas sexuales con consumo de drogas, porque también estaban espacios de socialización seguros, como las discotecas o las saunas. Pero con las restricciones sanitarias y de uso de espacios de socialización derivadas de



las mismas, “hizo que la gente volviera a su casa, las comodidades, allí mismo iban los camellos a llevar las drogas ...” (E2).

Igualmente, inciden en que Zaragoza es un lugar de paso, sobre todo para las trabajadoras sexuales, que están en la ciudad durante una o dos semanas. Muchas vienen con esas prácticas aprendidas de otras comunidades autónomas y las replican allá donde van “y, claro, la exigencia de donde van y el desarrollo de las prácticas es alto también, y eso también suma” (E2). Actualmente ven en las páginas de trabajo sexual de chicos que un 40%-50% no viven en Zaragoza, están de paso y el trabajo también les exige el consumo de sustancias más allá del fenómeno del chemsex.

Aunque no se nombran de forma específica como motivos del aumento del chemsex, en los últimos años en Aragón y más concretamente en Zaragoza, SOMOS LGTB+ de Aragón menciona dos cuestiones que han podido contribuir a la expansión de la práctica del chemsex. Por un lado, que Zaragoza es una ciudad en la que el ambiente LGTBQ+ es muy pequeño, por lo que muchas personas van ciudades como Madrid y Barcelona, en las que hay fiestas para GBHSH en general y para prácticas de chemsex en concreto. Y por otro lado que “en tiempos Zaragoza, como es un punto de encuentro entre muchas ciudades que son muy grandes, aquí en Zaragoza se hacían quedadas para practicar chemsex, ¿vale? Venía gente de Madrid, de Barcelona” (E2).

Tanto OMSIDA como SOMOS LGTB+ de Aragón destacan también los cambios producidos en la comunicación en las aplicaciones de socialización en torno a prácticas de chemsex. A lo largo del tiempo también ha cambiado la difusión/publicitación de las sesiones de chemsex en las aplicaciones de socialización, antes existían aplicaciones específicas para las sesiones y ahora no. Ahora se convocan las sesiones en las aplicaciones de socialización gay como puede ser Grindr, Uapo o MachoBB, en el caso de personas que practican sexo sin preservativo. Estas aplicaciones permiten un contacto más directo que el que se produce en un bar: “no pierdes tanto tiempo, van al grano” (E2). Indican que en la evolución del chemsex ha cambiado mucho el lenguaje o la terminología utilizada, cómo se habla, los emoticonos que se utilizan. “Hoy en día todo el mundo escribe con emoticonos lo que quieres, lo que deseas, lo que ofreces sin escribir una letra. Todo con emoticonos” (E1). Desde OMSIDA han observado que en Aragón se ha normalizado mucho en las aplicaciones “lo de la fiesta del *cerdeo*, la gente ya no se oculta como antes” (E1). Antes se hablaba en los chats privados pero actualmente ya el nombre del perfil sugiere prácticas concretas en torno al chemsex, lo que se está haciendo, lo que se quiere, lo que se están buscando.

El centro de Solidaridad habla de aumento pero no de motivos, mientras que Mucha VIHda apunta a la difusión y las modas como motivos para el aumento que se está dando. Consumo ConCiencia también señala aumento coincidiendo con la atención al tema por parte de algunas entidades y de los medios de comunicación.

Slamming: práctica, especificidades de riesgos y de medidas de reducción de daños

En cuanto a la práctica del *slamming*, se observa mucha diferencia entre las diversas entidades. Mientras que tres de las entidades entrevistadas (Centro de Solidaridad, Centro Alba y Consumo ConCiencia) indican que no han atendido a ninguna persona que practicase *slamming*, ni han recibido ninguna consulta al respecto, dos señalan un porcentaje muy minoritario, y una de ellas expone que de los 35 casos de consumo de sustancias vinculadas a prácticas sexuales entre GBHSH de los que ha tenido constancia⁶⁰, uno consumía este tipo de sustancias de forma inyectada y una de las entidades estima que de las personas que practican chemsex con las que ha tenido

⁶⁰ De estos 35 casos de los que ha tenido constancia aclara que no significa que haya intervenido en ellos.



contacto la entidad aproximadamente la mitad practican *slamming*. Esta última entidad explica que la frecuencia con la que se realiza esta práctica es muy variable, ya que hay personas que lo hacen de manera puntual. Sin embargo manifiesta que esta vía de suministro de sustancias tiene una capacidad de “atraparte” mucho más alta que otras vías, “en el momento de darte un pinchazo no darte un segundo es difícil, eso lo que conlleva también es que consumes mucha más sustancia” (E2). De hecho, es uno de los principales riesgos del *slamming* que también señala OMSIDA ya que esta vía de consumo genera de forma más rápida tolerancia las sustancias ya que el efecto de estas es más rápido que sin son esnifadas de manera que el cuerpo va a necesitar más dosis, de ahí que la adherencia y las adicciones se produzcan de forma más rápida a través del *slamming*.

Desde SOMOS LGTB+ de Aragón, señalan que en la práctica del *slamming* se da un componente de edad, porque supone dar un paso por todo lo que significa de parafernalia y lo que significa visualmente. Indican que también existe un contexto de vergüenza en torno a esta práctica, de manera que las personas que lo practican se unen en grupos específicos donde esa vergüenza no se da. En estos grupos existe la figura de la persona que sabe inyectar, que puede ser una persona del ámbito sanitario, un enfermero que sabe poner una inyección y esta persona es muy valorada, “es el amo”. A todo esto se suma la erótica que pueda suponer “ponernos un pincho juntos”. Aunque se dé un componente de edad, el perfil puede ser variable ya que en una sesión pueden coincidir personas de más de 40 años con otras en la veintena, éstas últimas aprendan a practicar *slamming* y luego lo practiquen por su cuenta y se llega a generar una adicción inyectarse en un contexto no sexual. “Y que hay gente que tiene pocos escrúpulos, entonces, si tú eres un niño de 20 años y acudes a mi casa y te introduzco dentro del mundo del *slam* ya eres mío. Ahí entramos ya en cuestión de posesión, relaciones de poder...” (E2). Mucha VIHda, en relación al consumo de sustancias inyectadas, también señala la edad como factor determinante aunque no específicamente en relación a las prácticas de chemsex.

Apunta SOMOS LGTB+ de Aragón que no se puede olvidar la soledad, ya que el *slamming* se puede utilizar también para saciar ansiedades y practicarlo uno solo en casa porque ha llegado un punto que no se quiera socializar con absolutamente nadie. Se puede llegar al punto de estar todo el fin de semana solo en casa drogándose y masturbándose.

OMSIDA comenta que el *slamming* entre la población GBHSH generaba rechazo, una especie de tabú, por lo que hasta hoy en día no se hablaba. Una persona puede expresar que practica chemsex pero que diga que consume sustancias inyectadas es más complicado, pero los daños que ocasiona son visibles ya que mucha no “se sabe pinchar” y se estropean las venas o se producen heridas y se puede saber a partir de ahí, pero admitirlo es complicado.

Los principales riesgos de la práctica del *slamming*, según OMSIDA, además de generar mayor adherencia y posibilidad de adicción, tienen que ver con compartir la jeringuilla⁶¹, en este sentido sería el contagio de Hepatitis C pero también las lesiones en los brazos debido a las inyecciones.

En cuanto a medidas de reducción de riesgos específicas para practicar *slamming*, SOMOS LGTB+ de Aragón señala como esenciales las carteras repartidas, kits para la práctica del *slamming*. Estas carteras son estuches de goma eva de diferentes colores para que las personas usuarias puedan identificar el suyo propio, pudiendo poner su nombre y evitar así compartir el material. El contenido de estas

⁶¹ Apuntan a un desconocimiento del pasado de la heroína.



carteras es: suero, la goma, toallitas de alcohol, rulos, jeringuillas, lubricantes y preservativos. También destacan que es importante que la gente que practica *slamming* sepa inyectarse, para que no se creen abscesos, heridas, quemaduras, ni se estropeen las venas. Igualmente, otras medidas en las que insisten mucho son el control de los tiempos, la hidratación, no mezclar sustancias y tener una persona conocida de referencia que sepa a dónde van. Y en el caso de que a alguien “le dé un chungo” contar con nociones de primeros auxilios y llamar al 112.

Solicitud de la PrEP y de la PEP

Un porcentaje muy elevado de las personas que practican chemsex atendidas en las entidades solicitan la PrEP como medida de prevención para reducir las probabilidades de contraer el VIH. Tres de las entidades que trabajan con GBHSH y que han atendido de forma específica casos de chemsex, como son OMSIDA, SOMOS LGTB+ de Aragón y el Centro de Solidaridad, señalan que muchos, la mayoría sino casi todos utilizan la PrEP.

Mucha VIHda, que también trabaja con GBHSH, no sabe cuántos de los hombres que practican chemsex utilizan la PrEP, pero cree que existe una relación entre el consumo de sustancias y la predisposición a utilizar la PrEP.

Aunque dos de las entidades se muestran explícitamente favorables a la PrEP y promueven su uso, desde otras se muestra alguna reflexión. Una de las entidades se muestra precavida sobre el uso de la PrEP, ya que no se conocen los riesgos para la salud que se puedan producir a largo plazo, aunque supone que habrán sido estudiados por el Ministerio y las entidades correspondientes. Considera que se trata de una medida sobre la que ofrecer información y recomendar la consulta profesional médica al respecto, pero de la cual no va a promover su uso. En este sentido apunta que, aunque ha evolucionado y mejorado, la medicación del VIH ha tenido siempre unas consecuencias “de aúpa”.

En cuanto al uso de la PrEP por parte de las mujeres, el Centro Alba indica que es muy poco: “aunque están recogidas dentro del Plan de Prescripción de la PrEP, pero las mujeres no lo están demandando, quizá alguna información, pero no la demandan (...) porque usan el preservativo” (E5). No obstante, en el caso de que las mujeres plantearan situaciones como “«bueno mira, es que yo (...) no voy a usar preservativo en mis servicios (...) porque si no, no me como un roscó», entonces ahí entraríamos en, en este tema” (E5). Pero, “mientras las mujeres sigan apostando por el preservativo”, siga habiendo una adhesión al preservativo, “nosotras no vamos a generar la demanda de la PrEP” (E5). En este sentido, exponen que se da cierta perversión en la publicitación general de la PrEP, sin tener en cuenta como es el caso señalado de adhesión al preservativo por parte de las mujeres, “porque estás dejando de hacer otras cosas que hay que hacer. Porque lo que las mujeres necesitan [enfatisa] son campañas que vean sus clientes de la utilización del preservativo. Y entonces, tendría que haber en el Centro de Salud eh, mensajes, anuncios, con hombres o con lo que sea, que tomen una cierta conciencia los clientes y los hombres de la utilización del preservativo” (E5).

Pero el Centro Alba también explica que existe un perfil de algunas mujeres cis y muchas mujeres trans que no tienen adhesión al preservativo: “vienen de sus países de origen con prácticas sexuales sin uso de preservativo: porque no eran asequibles, porque costaban mucho dinero, porque no tenían al alcance (...) Creo que son diferentes colectivos” (E5). Con todo, se plantean el dilema de que la PrEP “es medicarme con lo que me medicaría si ya estuviera contagiada (...) son preguntas, son dilemas (...) no es que queramos negar oportunidades a las mujeres, ¡ni mucho menos! No les queremos negar la información, y hoy por hoy estaría bien saber cuál es el formato desde el que se accede” (E5).



A diferencia del uso de la PrEP, entre las entidades se menciona menos el uso de la PEP, aparte de lo señalado en cuanto a las dificultades para el acceso a la misma y a su tratamiento completo. De hecho SOMOS LGTB+ de Aragón sí explicita que hace mucho tiempo que no derivan a nadie por tratamiento post exposición.

Desde el Centro Alba, exponen que apenas tienen referencias porque han conocido muy pocos casos de uso de PEP por parte de mujeres, aunque los dos recientes casos de los que tuvieron conocimiento estaban satisfechas y habían recibido información adecuada. En este sentido, el mayor problema del tratamiento post exposición es llegar a tiempo, ya que ha de tomarse en las 72 horas posteriores a la exposición al riesgo. Sí matizan que, hablando con las mujeres que habían usado la PEP, “«Bueno pero, sabes qué, que solo está pensado para el VIH y con otro tipo de infecciones y...» «Bah, pero que yo me hago mi analítica...»” (E5). De ahí que señalen desconcierto “de a ver qué va a pasar, porque: «Ah, pero ya me hago mi analítica...» Ya, pero la analítica no evita que te contagies, la analítica (...) te dirá si tienes o no tienes...” (E5).

Mayores problemáticas desde la perspectiva de salud física, mental y aspectos sociales

Las entidades señalan una multiplicidad de problemáticas que pueden derivarse de la práctica del chemsex relacionadas con la salud mental, físicas pero también sociales, socioeconómicas y de otra índole. Mientras que hay entidades que inciden en que las mayores problemáticas de los casos atendidos han sido efectos sobre la salud mental y la situación socioeconómica, que se ve muy afectada (OMSIDA), señalan que en primer lugar se producen problemas de adicción y socio-laborales, y en aproximadamente un año aparecen los problemas de salud e ingresos hospitalarios. Otra explica en que las consecuencias para la salud son sobre todo físicas (Centro de Solidaridad).

En cuanto a la salud mental, se señalan las siguientes sintomatologías: manías persecutorias⁶², síndrome de pánico lo que genera miedo a salir a la calle, y paranoias (OMSIDA), pensamientos suicidas, ansiedad, depresión o conductas depresivas, a lo que se suman comorbilidades del colectivo LGTBIQ+ (SOMOS LGTB+ de Aragón). SOMOS LGTB+ de Aragón expone que no hay diferencias de las afecciones generadas por una práctica problemática de chemsex, especifica que el consumo de sustancias en prácticas sexuales incrementa todavía más las carencias emocionales previas a estas prácticas lo que puede derivar en cuadros de esquizofrenia, déficit de atención, falta de empatía, paranoias, sensación de persecución, brotes psicóticos e incluso suicidios. Sin embargo, sí que apuntan que la interseccionalidad de ser migrante puede agravar mucho más las afecciones generadas por el chemsex, además de por ser personas, en su caso, racializadas, por determinadas situaciones que puedan estar pasando como no tener documentación, carecer de recurso habitacional, ejercer trabajo sexual, enviar dinero a su familia, pagar la deuda generada en el proceso migratorio y antes estas situaciones no saber qué hacer⁶³.

⁶² Desde OMSIDA comentan que en estos casos ven a los profesionales como enemigos, en concreto hablan del caso de dos chicos que se fueron de Zaragoza, posteriormente supieron que siguen consumiendo en el lugar en el que se encuentran actualmente y que el motivo de la huida no fue dejar el consumo sino que se sentían controlados.

⁶³ Mucha gente acaba en situación de calle, conocen a personas usuarias que están con brotes psicóticos y algún caso en el que se ha convertido en algo familiar ya que la hermana que también es trans practica chemsex y *slam*, ambos/as migrantes y sin documentación. En estas situaciones es muy compleja la intervención y saber a dónde derivar, qué hacer y cómo.



Esta misma entidad explica que el consumo de droga conlleva que la capacidad de empatía se merme - “sea cero”- “te importa una mierda la gente, te importa una mierda el mundo, te importa una mierda tú mismo, tu trabajo, tu familia, y... y nos encontramos, pues bueno, pues con eso, con gente que al final pues se, no van a trabajar porque se pegan un pipazo y se te pasan tres días pronto” (E2), especialmente con sustancias como la *tina* o el *alfa* con las que el tiempo pasa volando. A este respecto se indica que los grupos de chemsex se configuran como un grupo de intereses en los que la “sorodidad es cero” (E2), en los que por encima de la interacción está la necesidad “lo que te va a generar el momento, lo que quieres de ese momento, y de esa persona” (E2). Se han dado situaciones en la que una persona ha tenido una sobredosis, “ha doblado”, “han llamado al 112, han cogido la ropa y se han marchado y han dejado la puerta de casa abierta. Y bueno, pues si tarda la ambulancia es problema de ellos, y si han estado luego 5 días entubados con coma inducido...” (E2).

A diferencia de las otras entidades, el Centro de Solidaridad declara que aunque entran en una especie de depresión no se psicotizan, no tienen brotes psicóticos y son capaces de *aguantar*.

En lo que se refiere a consecuencias físicas pierden peso, están muy debilitados con aspecto de muy enfermo, con ojeras y palidez. También se dan contagios de ITS, y OMSIDA señala que posiblemente la más común sea la sífilis aunque es complicado establecer esta vinculación, según el Centro de Solidaridad como muchos utilizan la PrEP “se sostienen” (E3).

SOMOS LGTB+ de Aragón señala que también pueden darse otras patologías derivadas de consumos abusivos como el caso que menciona -conocido- de personas que han practicado *fisting* en un estado de no percepción del dolor, en el que el alcance la penetración ha podido romper el colon y, al no poder repararlo quirúrgicamente, se ha necesitado recurrir al uso de una bolsa de ostomía de por vida.

En cuanto a las consecuencias del consumo de sustancias, en concreto de GHB, SOMOS LGTB+ de Aragón advierte que provoca sobredosis -la gente dobla- y en Zaragoza ha habido muertes por ello, pero no se han catalogado como consumo en chemsex, sino que se han calificado como suicidios. También señalan que “tenemos usuarios que han acabado en el hospital intubados porque claro con el G, tu organismo se te olvida hasta de respirar, llega un momento que la inconsciencia es tal que se te olvida” (E2).

Respecto a las consecuencias sociales que se derivan de la práctica problemática del chemsex, OMSIDA, como ya se ha indicado, pone énfasis en la situación socioeconómica, que se ve muy afectada. Sin embargo, el Centro de Solidaridad explica respecto a los casos atendidos que aunque en ocasiones conlleva una pérdida del trabajo incide que una de las consecuencias que observan es que “se disocian”, “son capaces de llevar una vida muy funcional” y “una vida muy oscura”, una doble vida de trabajo y fiesta. Hay casos en los que se encuentran en una crisis “brutal”, que tiene que parar “y se les va todo” o acaban en un ingreso, pero lo más habitual con lo que se encuentran es que aguantan mucho y llevan una doble vida. De hecho, esta entidad apunta que las mayores problemáticas sociales se dan en relación a la familia, que queda completamente destruida.

En términos de socialización y como se ha expresado en relación a la salud mental también, otras de las consecuencias sociales que se dan es en relación a las pérdidas de amistades.



SOMOS LGTB+ de Aragón señala que muchas veces también se dan abusos en las prácticas de chemsex aunque de eso no se hable⁶⁴. Los riesgos para la salud y problemáticas derivados de la práctica del *slamming* más específicamente se abordan en el epígrafe previo específico sobre esta práctica.

Medidas de prevención y de reducción de daños

En SOMOS LGTB+ de Aragón señalan como medidas de prevención y reducción de daños utilizadas por las personas que practican chemsex conocer las sustancias, las mezclas de sustancias y también que la persona avise a alguien de su entorno dónde va a estar.

Sobre todo, es importante el conocimiento de las sustancias y los efectos de las mezclas de las mismas. Por ejemplo en cuanto al GHB, se ha de tener cuidado porque tiene un grado de adicción muy alto y la gente *dobla*. Se recomienda que se pruebe la sustancia poco a poco para ir conociendo el efecto y midiendo las dosis, en el caso del GHB (chorri) se suministra en botes, en el caso de un bote⁶⁵ nuevo conviene primero probar una varilla porque no se sabe lo fuerte que puede llegar a ser. También es aconsejable que si una persona acude a una casa de otra persona y le invitan a consumir estar delante cuando está sirviendo la varilla.

Se ha de tener mucho cuidado con la mezcla de sustancias estimulantes con depresoras y evitar mezclar sustancias depresoras, de ahí la expresión popularizada en el entorno del chemsex “chorri y keta, colchoneta”, ya que la mezcla de estas dos sustancias depresoras puede “tumbarte”.

En cuanto a material preventivo cabe recordar las carteras para *slamming* reseñadas en el apartado específico sobre esta práctica.

De acuerdo con SOMOS LGTB+ de Aragón, hay personas que siguen este tipo de orientaciones y otras que no, también indican que en las propias *chemparties* hay personas que forman a otras, que actúan como agentes de salud y, que incluso, hay camellos que forman, que dicen cómo hacer, cómo fumar la metanfetamina en condiciones o que no compartas la jeringuilla. En cuanto a las medidas de prevención, aunque se ponen en práctica, con el consumo de sustancias se distorsiona mucho la percepción de la realidad, “es que hay gente que ha salido por, con problemas de venopunción, con unas heridas, y con unas marcas, de ir al hospital y luego no se acordaban de qué han tenido esas marcas” (E2) y gente que no se acuerda de absolutamente nada de lo que ha pasado en toda la noche.

Igualmente, desde SOMOS LGTB+ de Aragón, inciden mucho en las políticas de cuidado y en las políticas con las amistades a través de la cuales se controlan unas personas a otras.

En general, las entidades que trabajan con GBHSH señalan que como medida de prevención de las ITS, el uso del preservativo ha ido descendiendo, dándose un alto uso de la PrEP. A este respecto en OMSIDA observan la ausencia del uso de

⁶⁴ Alude a una reciente experiencia que se contó en unas jornadas “hubo una chica que vino de Barcelona que trabaja, una chica trans que trabaja allí en un programa de support de chicas trans, trabajadoras del sexo y ella manifestaba que se día había atendido a una chica que había estado en un contexto sexual pero llevaba 3 días drogada y no sabía qué le había pasado, cuántos le habían follado, si había usado preservativo porque había estado con un cliente pero después se había ido a un chill y acudió, tuvieron que auxiliirla porque no sabía si se había tomado la medicación para la PrEP o no, entonces... también es que se manejan muchas interseccionalidades dentro del mismo chemsex” (E2).

⁶⁵ Al GHB se le denomina “chorri” porque viene presentado en frascos con cuentagotas (biberones) aunque también puede presentarse en botellas de mayor tamaño.



preservativos, el escaso uso se da en general en los GBHSH atendidos por la entidad⁶⁶, se les recomienda el uso de la PrEP.

Según Mucha VIHda “la prevención clásica de ITS está en caída”, “se está usando menos el preservativo”, al respecto se pregunta “no sé muy bien cuál es la responsabilidad que tenemos entre todos” (E4). Desde su punto de vista, la gente que consume la PrEP ignora otra serie de enfermedades de transmisión sexual “que campan a sus anchas” (E4). En este sentido, la transmisibilidad de las enfermedades de transmisión sexual también tiene que ver con determinadas prácticas, como la frecuencias y diversidad de personas con las que se mantenga relaciones sexuales, pero indica que se trata de una cuestión muy compleja y que una cosa es cómo se aborda en un grupo de “expertos” el abordaje de estas situaciones y la definición de estrategias, y otra cosa en cómo se vuelca al público en un mensaje preventivo. En relación a la PrEP, indica que su uso no está aún muy generalizado, pero que como haya una demanda creciente hay riesgos de que se bloqueen los servicios de infecciones para pacientes con VIH que lo necesiten.

Consumo ConCiencia tanto respecto a las drogas como al sexo, además de palabras clave “respeto y protección”, insiste en que “el conocimiento es un factor de primer orden, no el único, a veces no el principal, porque obviamente muchos factores contextuales o ambientales influyen tanto o más, dependiendo de la sustancia de la persona y de las circunstancias, y determinados consumos. Hay determinadas personas que llegan a consumos, por circunstancias vitales que tienen poco que ver con que sepa o no sobre la sustancia, pero el conocimiento siempre es un factor de protección en mayor o menor medida” (E6). En el caso del chemsex, una persona que se encuentra en un entorno de ocio sexual “y si lo distinguimos de otras problemáticas vitales que no tiene por qué tener, porque no tiene por qué estar asociado a ningún tipo de gente en riesgo de exclusión (...) el conocimiento es de primer orden y el conocimiento incluye el análisis de las sustancias” (E6). Por tanto, apunta como medidas de reducción de riesgos informarse, consultar, analizar, utilizar materiales estériles, incluidos los rulos, no compartir las vías de suministro y usar un preservativo para cada una de las personas con las que se tienen relaciones sexuales.

En lo que se refiere a las medidas de preventivas y de reducción de riesgos utilizadas por las personas que practican chemsex o consumen sustancias durante las relaciones sexuales, Consumo ConCiencia señala que cuando distribuyen material, las personas lo utilizan: “cuando les das rulos los usan y me los piden”, “les damos suero para que se limpien las fosas nasales después de esnifar, las usan, les damos preservativos” (E6). Además, cuando se conoce o se tiene acceso, se usan los servicios de análisis como medida de reducción de daños, “la gente, insisto, cuando le das medios y te conocen y saben que hay sitios que pueden acudir para esto acuden” (E6).

Por su parte, el Centro Alba indica que la inmensa mayoría de mujeres que ejercen la prostitución a las que atiende, utilizan como medida para la prevención de ITS el preservativo. De hecho recalcan el papel de estas mujeres como agentes de salud y prevención: “no sabemos cómo estaría el VIH si ellas no se hubieran puesto las pilas (...) también son las que señalan [a los clientes] «Oye, ¿qué tienes ahí? Haz el favor de mirarte eso»” (E5). En definitiva, las mujeres que ejercen la prostitución se preocupan por cuidarse, el problema suele ser con el cliente o con las relaciones afectivo sexuales en las que se trabaja la negociación del uso del preservativo. En términos de medidas de seguridad también apuntan que cuando “hacen una salida”, informan a alguna

⁶⁶ Según los datos recogidos por la entidad en la memoria de 2022, “es preocupante el gran descenso en el uso del preservativo y un mal uso del mismo, un 37,84% responde que no lo usan o lo usan mal”. Estos datos se refieren a GBHSH atendidos, no específicos de chemsex.



persona. En lo que respecta al control de las sustancias, también señalan que es mejor que sea propia para conocer lo que se consume.

El Centro Alba señala que es importante que las mujeres cuiden su salud. Respecto a cuidados relativos a la salud sexual, desde el centro, además de la realización de revisiones médicas y ginecológicas, promueven el mensaje de no colocar esponjas, “porque las esponjas dan muchos problemas (...) porque se te queda un trozo dentro, no te enteras, eh... acabas yendo a urgencias para que te saquen eso y tienes una infección de la pera” (E5). Mantienen una perspectiva integral de prevención que incluye “«Mírate también cómo estás por dentro para que tú estés fuerte, para no aceptar los servicios sin condón porque si llevas 5 días que no te has comido un euro y viene alguien que te dice sin condón, será más fácil que caigas ahí»” (E5), es decir, “no tener que aceptar cualquier cosa en el trabajo sexual”. En esta misma línea, desde el Centro Alba también se intenta favorecer la obtención de unos ingresos básicos, ya sea a través del Ingreso Mínimo Vital (IMV) u otro tipo de prestaciones económicas, para que puedan “tener un colchón” y “que no tengan que aceptar cualquier cosa” (E5). Además, se trabajan en aprender a poner límites: “decidir previamente lo que estás dispuesta a hacer y lo que no estás dispuesta a hacer” (E5).

4.3.6. Propuestas de mejora para abordar el chemsex

A continuación se exponen las propuestas de mejora realizadas desde las diferentes entidades.

OMSIDA indica que sería importante realizar campañas informativas sobre chemsex desde la perspectiva de reducción de daños desde Salud Pública, para conocer las sustancias, los efectos secundarios de estas, los efectos de la mezcla de sustancias, y también sobre la salud mental.

En cuanto a la información, se señala la importancia de dar a conocer cómo actuar “en el caso de que le pase algo a alguien, qué se debe hacer, a quien llamar, que se puede hacer en ese momento por la persona” (E1).

En lo que respecta a la atención médica, es necesario que quienes practican chemsex puedan contar con que “el médico está allí para ayudar, que el médico no va a criticar, no va a juzgar. Que el médico está allí para ayudar, para salvarle la vida, al fin y al cabo” (E1). En este sentido se requiere que desde la atención médica se transmita confianza, generando un espacio seguro, porque “con el médico no se habla de sexo”, “Y lo que no habla no existe. El médico no va a tener conocimiento nunca del fenómeno del chemsex si la persona no habla o empieza a normalizarlo. Entonces, la persona que no habla, no tiene conocimiento, no busca tampoco. Porque si yo acudo a una consulta por una problemática de consumo y no hablo de lo que practico por mis propios miedos, yo no puedo, incluso, ayudar al profesional sanitario” (E1). Como educadores de personas con VIH, hacen preparación de consultas para explicar a la médica o médico lo que está tomando, si fuera necesario cambiar el tratamiento, interacciones, retrovirales, dialogan con el chaval para poder abordar en consulta para aprovecharla y sacar lo máximo posible, “tienen que ir preparados porque si no...” (E1).

Asimismo, de acuerdo a la opinión de OMSIDA respecto a la salud mental, es preciso apoyo psicológico.

SOMOS LGTB+ de Aragón percibe la necesidad de desarrollar leyes y políticas específicas en materia de prevención para todo el colectivo LGTBIQ+. De hecho,



recuerdan que en la Ley 18/2018⁶⁷ se especifica la necesidad de hacer políticas de prevención de VIH y de otras ITS, “y que esto se podría considerar como un problema de adicciones (...) problema de salud pública específicas para el colectivo, y eso a día de hoy se están concibiendo programas pero no se están realizando” (E2). Añaden que es necesario que esas políticas para el colectivo se desarrollen contando con el colectivo en primera persona, lo que no quita que las personas con las que se cuente para estas políticas tengan formación en materia de chemsex.

La asociación Mucha VIHda reclama una mayor implicación del colectivo LGTBIQ+ en general, sobre todo de las entidades que forman parte del mismo. Explican que, dado que se ha detectado que después de muchos años de VIH y de información y campañas de todo tipo los datos epidemiológicos indican que dentro de los casos de VIH hay un alto porcentaje de hombres, o del colectivo LGTBIQ+, “igual tendríamos que hacer un examen de conciencia interno para saber qué es lo que está pasando o reclamar un poco más de algo” (E4). A lo que añade “y si pensamos que, que el consumo de sustancias es peligroso igual tenemos que decirlo también, y no decir que, bueno, que es un ejercicio de libertad y que, igual hay que decirlo de otra manera, igual hay que decir alguna otra cosa, no sé hasta dónde, hasta cuánto” (E4), aunque sea un mensaje que tenga una acogida menos entusiasta.

Por su parte, el Centro Alba alude a la necesidad de que se ponga en marcha el Plan de Educación sexual Integral hecho por el Gobierno de Aragón actualizado para institutos. En cuanto a campañas, también ve la necesidad de que estas sean “generalistas que no señalen a los colectivos, sino que señalen a las prácticas” (E5). En esta línea se requiere “seguir trabajando en políticas desestigmatizadoras (...) que den alivio a las diferentes vivencias de la sexualidad, que no criminalicen ni revictimicen” (E5). Perciben un estigma común entre trabajadoras sexuales, el sexo con pago y otras prácticas sexuales no normativas a las que además se puede añadir el consumo de sustancias. De ahí que las políticas y acciones que se pongan en marcha tienen que ir tumbando ese estigma, “porque nosotras siempre decimos, una forma de combatir el estigma no es que tengas aquí la consulta ginecológica y que sea la ginecóloga que está en el Centro Alba la que te vea, sino que la forma de combatir el estigma es que tanto nosotras tres como la mujer que ha venido aquí [refiriéndose a una usuaria] vayamos al mismo ginecólogo” (E5) y que se vayan normalizando ciertas cuestiones. Esto no significa “que no haya que hacer acciones correctoras para que realmente todos lleguemos. Pero hay principios que (...) hay que salvarlos, aunque luego corrijas” porque si no “acaba siendo una privatización más [pausa breve] y no una pelea por lo universal para todos, para la salud de todas y de todos” (E5).

En esta línea, también les parece importante ampliar el término chemsex, “para que sean medidas más amplias, más abarcables, más generalistas” (E5) en relación al sexo y las adicciones. Finalmente inciden en que los aspectos sociales son tan importantes como los sanitarios, eso es importante.

De acuerdo con Consumo ConCiencia, se necesita “tener la valentía como para tratar el tema sin tapujos a pesar de los intentos reaccionarios que vemos en todo el Estado, tanto en educación sexual en general como del chemsex en particular” (E6).

La segunda mejora propuesta desde esta asociación, e incluso más importante, es “una línea de ruptura muy clara con los estereotipos mediáticos porque en realidad hay fenómenos que se retroalimentan a medidas que los *estereotipas* más”. Así, “si en lugar de alimentar tanto el tema del chemsex, incluso advertencias y campañas,

⁶⁷ Ley 18/2018, de 20 de diciembre, de igualdad y protección integral contra la discriminación por razón de orientación sexual, expresión e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Aragón.



decimos hablemos de sexo y drogas en general (...) [que] es mucho más habitual y es generalizada en la sociedad y lo trabajamos desde una perspectiva desprejuiciada pues sería mucho más sano” (E6). Sobre el chemsex, propone trabajar desde una perspectiva no sensacionalista, que no estereotipe y “normalizando en el buen sentido, no banalizando, sino hablando del tema con precisión y seriedad científica pues más ganaremos. Sobre todo, porque no generaremos guetos ni efectos llamadas” (E6).

Señala que los medios tienen prácticas “absolutamente contra preventivas” que generan “una amplificación mediática, y el sensacionalismo mediático tiene efecto llamada y efecto contra preventivo y además estereotipante y estigmatizante”. En este sentido, sería importante que se difundiese este tipo de mensajes desde instancias públicas, como es la Dirección General de Salud Pública, para que no se realicen mensajes alarmistas en relación a las drogas sobre todo desde medios de comunicación de amplio alcance. Así, los fenómenos tenderán a ser menos dañinos, ya que muchos de los problemas provienen del propio estigma, “entonces cuanto menos estigma haya y menos extravagante y fuera de lo normal se vea mejor porque eso al final revertirá en más conocimiento, más sensatez y más prevención” (E6).

A estas propuestas de mejora se suman las ya reseñadas en apartados anteriores para el abordaje del chemsex: formación, sensibilización, prevención, sensibilización, especialización, recursos, financiación y coordinación.



V. CONCLUSIONES Y ALGUNAS PROPUESTAS

A modo introductorio y respecto a los cuatro indicadores cuantitativos que nos permiten realizar una aproximación a esta dimensión del chemsex, los datos relativos al indicador de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas señalan que 2022 es el año que presenta la cifra más alta de la serie temporal 2018-2022, con 1.539 admisiones. De ellas, y en relación a la sustancia principal, los datos señalan en primer lugar la cocaína con 430 admisiones, seguida de la anfetamina con 162, seguida del MDMA con 13, de la ketamina con 11, de la mefedrona con 4 y de las catinonas también con 4.

Si centramos el análisis en aquellas sustancias relacionadas de modo más específico con la práctica del chemsex, tales como GHB/GBL, catinonas y entre ellas mefedrona, poppers, ketamina y metanfetamina, los datos registrados nos señalan que la ketamina y la mefedrona como sustancias con un crecimiento “significativo” en el 2022 respecto de los años anteriores aunque, en ambos casos, su porcentaje es bajo en el conjunto. En concreto la admisión a tratamiento por ketamina como sustancia principal representa el 0,7% del total de admisiones en 2022 y la mefedrona el 0,2%. En conjunto, se puede considerar que un 0,6% de las personas que acuden a recursos de tratamiento de adicciones consumen sustancias relacionadas de manera específica con la práctica del chemsex.

Sobre el indicador de admisión en urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas, los datos vuelven a reflejar el año 2022 como el año con la cifra más alta también en este indicador. Con relación a las sustancias relacionadas directamente con la práctica del chemsex en el año 2022 (tales como GHB/GBL, catinonas y entre ellas mefedrona, poppers, ketamina y metanfetamina) se observa que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza solicitando atención 4 personas que declararon consumir ketamina y 9 metanfetamina, en ambos casos de un total de 229. Quizás lo más significativo respecto a los datos de admisión a tratamiento recogidos por las UASAS es la aparición de 9 casos de metanfetamina.

El tercer indicador que puede orientarnos sobre la dimensión cuantitativa de la práctica del chemsex en Aragón es el de los nuevos diagnósticos de infección por VIH. En general, la incidencia anual de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en Aragón se mantiene estable en los últimos 13 años, similar a la incidencia nacional. En 2022 se notificaron 91 casos de nuevos diagnósticos de VIH. En el 76.9% de los casos fueron hombres y la media de edad en el momento del diagnóstico era de 39 años. Atendiendo a la distribución por categoría de transmisión, en 2022 la práctica de riesgo homosexual entre hombres fue la más frecuente, con un 64.2%.

Finalmente, el número de infecciones de transmisión sexual recogido en el informe de vigilancia del VIH / SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en Aragón (2022) señala la Chlamydia como la ITS más frecuente. Por sexo, se observa una mayor afectación de ITS en hombres que en mujeres, a excepción de la Chlamydia que es ligeramente más frecuente en mujeres, principalmente en mujeres jóvenes.

V.1. Perfil de los y las profesionales consultadas. Formación y conocimientos sobre el chemsex

Si bien en ambos servicios las profesionales que atienden casos de chemsex son en su mayoría mujeres, se encuentran diferencias en cuanto a la edad de las profesionales (entre 31 y 51 años en el caso de hospitales, más de 51 años en el caso



de las UASAS) y el perfil profesional (profesionales de la medicina en hospitales, y trabajadoras sociales en las UASAS).

Por otra parte, aunque se auto perciben mayoritariamente con competencias suficientes sobre la cultura sexual gay, es menor la proporción de quienes se sienten suficientemente formados sobre chemsex. Los profesionales de hospitales han adquirido esta formación mayoritariamente por propia iniciativa, mientras que en las UASAS es mayor el porcentaje de quienes la han recibido en sus centros de trabajo. En cualquier caso, más del 60% de los-as profesionales de ambos servicios desearían tener más formación sobre el fenómeno, bien sea sobre chemsex en general (en el caso de las UASAS), como sobre prevención y reducción de daños derivados de la práctica (en el caso de hospitales).

A diferencia del personal profesional de los hospitales y de las UASAS, los/as profesionales de las entidades entrevistados/as son en su mayoría hombres, seis de nueve. Cabe señalar que cuatro de estos hombres pertenecen a tres entidades que tienen líneas de trabajo específicas con GBHSH y desde una perspectiva de iguales o pares. Las personas que indicaron su edad oscilan entre los 43 y los 56 años.

Cinco de los/as profesionales de tres entidades explicitan su pertenencia al colectivo LGTBIQ+, de ahí que el conocimiento sobre la cultura del colectivo sea en primera persona. Además, tres de los/as profesionales entrevistados/as cuentan con formación específica en chemsex.

V.2. Perfil aproximado de las personas que practican chemsex

A partir del análisis de los datos de los dos servicios consultados, se concluye que el perfil aproximado de chemuser sería un hombre de entre 26 y 35 años, coincidiendo parcialmente con Paniagua y Dujo (2022), que apuntan a una horquilla de edad entre 25 y 45 años, y de nacionalidad española (Incera et al., 2022). No obstante, cabe señalar que en los hospitales existiría mayor porcentaje de chemusers mujeres, así como de nacionalidad española, mientras que en las UASAS se han atendido chemusers extranjeros de fuera de la UE. Las personas que practican chemsex serían además mayoritariamente VIH positivo (Curto, 2020), si bien más de un tercio de los-as profesionales no han reportado información sobre el estado serológico de los-as chemusers. Las sustancias más consumidas durante la práctica serían mefedrona (coincidiendo con Ministerio de Sanidad, 2020), cocaína y GHB/GBL; si bien los en los hospitales se reporta un mayor consumo de alcohol, en las UASAS de MDMA, y en ambos servicios en menor medida otras sustancias, como Nitrito de amilo o butilo. La primera consulta hospitalaria relacionada con chemsex sería por demanda de la PrEP y en mucha menor medida, por ITS reiteradas. Se constata que el policonsumo es una práctica habitual entre chemusers (Ministerio de Sanidad, 2020). Por último, en torno al 37% consumen sustancias más allá de la práctica de chemsex.

El rango de edad de las personas que practican chemsex que acuden a las entidades es más amplio que el de las que acuden a los hospitales y USAS ya que oscilan en general entre los 25 y 40 años, acercándose más a lo señalado por Paniagua y Dujo (2022). Aunque se especifica la existencia del perfil de adultos mayores que practican *slamming* así como de personas más jóvenes que cada vez se van sumando más al chemsex. Las personas que acuden a las entidades son mayoritariamente hombres GBHSH, pero también mujeres trans trabajadoras sexuales. En general son españoles, pero según la entidad, se señalan amplios porcentajes de personas de origen latinoamericano. El estado serológico de los/as chemusers oscila entre el 50 y el 100%. Las situaciones socioeconómicas son diversas en cuanto a formación y empleo, aunque también varía según la entidad. Las sustancias más consumidas son el GHB y



la mefedrona (u otras catinonas sintéticas), pero también son habituales las metanfetaminas o alfa o eme, la cocaína y que se combinen a su vez con poppers y Viagra. Lo habitual es el consumo de diversas sustancias. En el caso de mujeres trabajadoras sexuales se refiere un uso diferenciado de sustancias, siendo las más habituales la cocaína y el alcohol. En términos generales lo habitual es el consumo fuera y dentro del chemsex, pero lo reseñable es que en los cambios de socialización el consumo se realiza más en casa vinculado a prácticas de chemsex y menos en contextos festivos externos porque ya no se dan tanto. Los motivos por los que acuden a las entidades varían en función de los servicios que se ofrecen desde las mismas, las principales razones son realizar la prueba rápida y la percepción de estar teniendo un problema que no se puede controlar.

Existirían varios **perfiles de chemusers que no acuden a los servicios**. En hospitales, fundamentalmente vinculados a una menor concienciación o percepción sobre el riesgo de ITS: (personas usuarias de PrEP, personas con VIH asintomáticas) y personas con problemas de adicción o poliadicciones. En las UASAS, personas que se encuentran en las primeras etapas del consumo de sustancias o que las toman y practican chemsex muy puntualmente y personas migrantes con mayores dificultades de acceso al servicio. Además, ambos servicios identifican un perfil de personas trans (en ocasiones vinculadas al trabajo sexual) que practican chemsex y que no estarían acudiendo, coincidiendo con lo expuesto por el Ministerio de Sanidad (2020), que señala que las personas trans, ya se encuentran incluidas en la definición de chemsex de organismos como el European chemsex Forum.

Desde las entidades se apuntan de forma específica dos tipos de perfiles que no están acudiendo a las mismas, personas mayores (desde cuarenta y muchos hasta los 60 años de edad) y personas muy normalizadas con un mayor estatus socioeconómico.

Desde la mirada de las personas entrevistadas, en la práctica de chemsex en Aragón se pueden identificar personas (hombres) de entre los 20-25 años hasta los 40-50 e incluso 60 años. En las prácticas siempre se ve población inmigrante, principalmente de origen latino. Respecto a las sustancias que se consumen, se identifican el GHB, la mefedrona, el speed, la ketamina y la “cocaína rosa” (tusi) como las sustancias más consumidas, incluyendo además los porros y el alcohol. En los últimos años ha entrado bastante slam, algo que no se veía anteriormente. Además, en los encuentros en los que se practica de chemsex “se presupone” la presencia de personas seropositivas, aunque este tema no se habla ni emerge en los encuentros, precisamente por el estigma que genera.

V.3. Abordaje del chemsex en la consulta. Coordinación de las entidades públicas-privadas.

La mayoría de los-as profesionales consultadas señalan la inexistencia de un protocolo específico en sus centros para abordar chemsex. Por otra parte, los-as profesionales de los hospitales, a diferencia de las UASAS, sí suelen preguntar directamente a sus pacientes por la práctica de chemsex, si bien algunos-as solo lo hacen en caso de infecciones reiteradas.

Cuando se recibe respuesta afirmativa, ambos servicios analizados responden de manera similar, informando mayoritariamente sobre medidas de reducción de riesgos, y realizando en menor número intervenciones pedagógicas. Además, en pocas ocasiones se deriva a otros recursos para completar las intervenciones, sobre todo en el caso de los hospitales. Más de la mitad de los-as profesionales de hospitales, y un tercio de los-as de UASAS expresan no conocer los **recursos a los que realizar dichas derivaciones**. Estos resultados podrían estar mostrando la necesidad de potenciar y



mejorar la coordinación y trabajo en red con otras entidades que también abordan el fenómeno. Quienes sí los conocen y utilizan, suelen realizar mayoritariamente derivaciones a ONG y otras entidades del tercer sector.

Tres de las entidades, las que intervienen de forma más específica con personas que practican chemsex, señalan que cuentan con protocolos para la atención y/o derivación. En muchas son las propias personas que contactan con las entidades las que expresan una práctica del chemsex problemática. En otras ocasiones emergen a partir del diálogo o de preguntas intencionadas. Una vez que se conoce un caso de chemsex, al igual que en los servicios hospitalarios y en las UASAS, los-as profesionales de las entidades en su mayoría informan sobre medidas de reducción de riesgos y también realizan intervenciones pedagógicas. Todas las entidades conocen los recursos existentes para derivar a las personas que practican chemsex en el caso de que sea necesario, tanto a recursos del ámbito sanitario como para el tratamiento de adicciones. En general, las entidades también tienen conocimiento de otras entidades del tercer sector para atender cuestiones vinculadas directa o indirectamente con la práctica del chemsex.

Las entidades detectan diversas **dificultades en el trabajo en red** con otras entidades público-privadas. En lo que respecta a atención primaria: falta de confianza para hablar con médicos/as, desconocimiento completo del chemsex, falta de formación, desconocimiento de la PrEP y problemas para el acceso a la vacuna del virus del papiloma humano. En cuanto a servicios hospitalarios: problemas para el acceso y demoras para la PrEP, de forma específica en los servicios de urgencias en ocasiones se niega la PEP, falta de información e inadecuada administración del tratamiento y un trato degradante por parte algunos-as profesionales sanitarios-as. En lo que se refiere a las UASAS: demora de meses para el acceso, desconocimiento del chemsex limitando la perspectiva al tratamiento del consumo, falta de recursos en los que poder ingresar de forma inmediata. De forma general se señala la falta de recursos y en particular de especialización en chemsex.

Tanto la falta de confianza para hablar con profesionales médicos/as como el trato degradante recibido en alguna ocasión señalados por las entidades favorecen la anticipación del rechazo a la que se refiere Rodríguez y Castillo (2018).

En cuanto a las principales **causas que requieren intervenciones complementarias**, en los hospitales se señalan mayoritariamente los problemas de adicción, y en menor medida de salud mental, de manera inversa a la información recogida en las UASAS. En ambos servicios (especialmente en hospitales) los problemas económicos y sociales no son causas frecuentes para intervenciones complementarias. Este último elemento estaría en la línea de los estudios que apuntan a que los chemusers pueden encontrarse habitualmente en un entorno laboral y económico favorable (Cabello y Troya, 2017).

Desde las entidades que refieren casos de personas que practican chemsex que han requerido intervenciones complementarias, a diferencia de lo señalado por los hospitales y las UASAS sí se dan motivos sociales, indican que estas intervenciones se han dado por problemas relacionados con pérdidas de amistades, con conciliación familiar, laborales, derivados de un completo abandono de sí, con hábitos de salud, higiene y también por la necesidad de una estabilidad previa al inicio de tratamientos terapéuticos.

Además, los-as profesionales de ambos servicios dan diferente prioridad a las **dificultades para intervenir en los casos de chemsex**: mientras que en los hospitales se considera la falta de tiempo y recursos como el principal obstáculo en la intervención,



en las UASAS se percibe la falta de información y de protocolos como los obstáculos más destacables.

La principal dificultad para acceder e intervenir con personas que practican chemsex recalcada por las entidades es la dificultad de reconocer la problemática en cuanto al consumo de sustancias, de admitir que necesitan ayuda, por lo que cuando acuden a estas lo hacen un estado muy avanzado, incluso crítico, lo que dificulta el tratamiento, el seguimiento y adherencia al mismo. También se apunta una especial dificultad de acceso a personas migrantes por cuestiones culturales de desconfianza hacia las instituciones y entidades.

Por último, los-as profesionales de ambos servicios consultados han expresado mayoritariamente sentirse cómodas para hablar con sus pacientes de chemsex (especialmente en las UASAS), si bien una tercera parte no han contestado a esta pregunta. Entre quienes han expresado incomodidad, las causas fundamentales han sido la falta de conocimientos sobre la práctica y su abordaje, sobre a las dependencias en general (en el caso de los hospitales), o las dificultades al hablar de temas sexuales explícitos (en el caso de algunos-as profesionales de UASAS).

Todas las entidades se sienten cómodas a la hora de hablar sobre chemsex o consumo de sustancias en contextos sexuales con las personas a las que atienden. De hecho, todas valoran la importancia de crear espacios de confianza, sin juicios ni prejuicios y libres de estigmatización.

De las entidades consultadas una ha impartido formación específica de chemsex dirigida a personal sociosanitario y otra ha organizado jornadas dirigidas al ámbito sanitario en las que se ha abordado el chemsex.

Las personas chemusers manifiestan sus dificultades de relación y entendimiento para que se reconozcan e identifiquen sus necesidades con las y los profesionales de la red primaria de salud, especialmente a la hora de realizar o dispensar medidas de prevención de riesgo. Además, señalan que los dispositivos de atención a las adicciones tienen dificultades para identificar y abordar el chemsex como problema.

V.4. Valoración de la práctica del chemsex

El **porcentaje aproximado de chemusers que han recibido atención** por los servicios se encontraría mayoritariamente entre menos del 1% de los-as pacientes atendidos (en UASAS) y entre el 2% y el 5% (en hospitales). Además, en los hospitales casi un 6% de los-as profesionales apuntan a un porcentaje de chemusers entre sus pacientes de más del 11,0%. No obstante, es importante destacar que en ambos servicios, el porcentaje de profesionales que expresan no saber o no contestar a este dato es elevado (casi el 38% en las UASAS, y casi el 48% en los hospitales). Cabe señalar, además, que no existe una estimación clara sobre cuántos de estos casos solicitan la PrEP, a lo que se añade que más de la mitad de los-as profesionales no han contestado al respecto.

En lo que respecta a las entidades, a lo largo de 2023 se han conocido, han solicitado atención o realizado consultas relativas a las prácticas de chemsex 177-189 personas⁶⁸. De estas 112-114 han recibido atención específica sobre chemsex, 35 han sido casos conocidos, pero no significa que se haya intervenido sobre ellos y 30-40 han realizado consultas en relación al chemsex y/o sustancias habitualmente vinculadas a

⁶⁸ En general estas cantidades son contabilizaciones aproximadas, a las que se añaden “bastantes” mujeres atendidas en el centro Alba que consumen sustancias en los servicios sexuales.



estas prácticas. El porcentaje que supone respecto a la población total atendida por parte de las entidades oscila desde menos de un 1% a un 33,91%. Tanto el número de personas como el porcentaje que supone respecto a la población total atendida por parte de las entidades es muy dispar. Cabe señalar que la entidad que más casos de chemsex ha atendido es SOMOS LGTB+ de Aragón, 98, siendo también la que mayor porcentaje de atenciones ha realizado sobre este respecto al total (33,91%).

Aunque no se aportan cifras concretas, tres de las entidades, las que han atendido más específicamente casos de chemsex, señalan que un elevado porcentaje de las personas que practican chemsex utilizan la PrEP como medida de prevención y reducción de riesgos, mientras se percibe un escaso uso del preservativo. No obstante, cabe señalar que las mujeres que acuden al Centro Alba no están demandando la PrEP porque predominantemente utilizan el preservativo. A diferencia de la PrEP las entidades mencionan poco el uso de la PEP, o se conocen muy pocos casos o hace tiempo que no realizan ninguna derivación por este motivo.

Otras medidas de prevención y reducción de daños utilizadas por las personas que practican chemsex que indican las entidades son: conocer las sustancias y los efectos de las mezclas de sustancias, evitar las mezclas de sustancias depresoras, hidratarse, espaciar los consumos, saber nociones básicas de primeros auxilios y a quién llamar en caso de una emergencia sanitaria, que la persona que va a acudir a una sesión de chemsex avise a una persona de su entorno de dónde va a estar e implementar prácticas de cuidado y control entre las amistades. La práctica del *slamming* conlleva riesgos específicos y por tanto se añaden medidas de reducción de daños específicas a las ya mencionadas: conocer cómo inyectarse para evitar lesiones, usar materiales como toallitas de alcohol para desinfectar y no compartir jeringuillas.

Algo más de la mitad de los-as profesionales hospitalarias y más de un tercio de los-as de UASAS han detectado un **aumento del chemsex en los últimos años**, si bien en torno a un 40% no se han posicionado al respecto. Entre los posibles motivos del aumento de casos, los-as profesionales de ambos servicios coinciden en señalar la disminución de la percepción del riesgo de ITS (Ministerio de Sanidad, 2020), en el caso de los hospitales, achacado en parte al hecho de encontrarse en el programa PrEP; la mayor facilidad de acceso a sustancias; el uso generalizado de Apps y redes sociales (coincidiendo con Fernández-Dávila, 2021; y Ministerio de Sanidad, 2020) para la búsqueda de nuevas experiencias sexuales transgresoras; o un posible aumento de problemas de salud mental derivados de percepciones de soledad, desarraigo o falta de sentido de pertenencia (Curto 2020; Fernández Dávila, 2018b), que podría favorecer la práctica como un refuerzo del sentido de pertenencia a un grupo. Incluso se apunta a un mayor nivel económico de los chemusers (Cabello y Troya, 2017).

Prácticamente todas las entidades señalan que se ha dado un aumento del chemsex y de las personas atendidas o que han realizado consultas sobre este tema en los últimos años, igualmente se apunta que las atenciones se generan en un momento más crítico. Los principales motivos del aumento indicados son las sensaciones que provocan las nuevas sustancias asociadas al chemsex, la generación de espacios de socialización diferentes como consecuencia de la pandemia de COVID-19 y la normalización del consumo de sustancias en casa. Al igual que los-as profesionales de los hospitales y de las UASAS, las entidades también mencionan el uso de las Apps entre los motivos del aumento del chemsex en los últimos años.

Respecto al contexto de Zaragoza cabe señalar dos cuestiones. Por un lado, Zaragoza es una ciudad pequeña en la que el ambiente LGTBIQ+ es pequeño, de tal manera que mucha gente se traslada fuera de Zaragoza para practicar chemsex y, por



otro lado, Zaragoza ha sido un lugar de encuentro de muchas ciudades. Ambas cuestiones han podido influir desde hace años en la expansión y aumento del chemsex.

Según la información facilitada por las chemusers, en los últimos cinco años el número de personas que practican chemsex ha ido en aumento progresivamente. El foco más localizado está en Zaragoza capital aunque esta práctica se da en otras localidades grandes. Su acceso mediante Apps (principalmente Grindr) y su desarrollo en pisos privados hace que se pueda practicar chemsex con menores limitaciones.

En cuanto a las **causas de la práctica** de chemsex, se apunta a aspectos como: la mejora de la satisfacción y prolongación de la actividad sexual (Ministerio de Sanidad, 2020), vinculada a la disminución del umbral del dolor, entre otros aspectos; El fácil acceso a sustancias; La búsqueda de nuevas experiencias con un cierto riesgo (en la línea de Usó y Miralles, 2017); Algunos problemas de salud mental vinculados a insatisfacción vital o adicciones; La subestimación de los efectos físicos y psíquicos derivados de la práctica; o la sensación de soledad y la necesidad de compañía (Fernández Dávila, 2018b) y pertenencia a un grupo, coincidiendo con estudios que apuntan al vínculo entre la práctica de chemsex y la importancia de compartir “actividades ritualizadas” (Ministerio de Sanidad, 2020), con determinadas normas y presión de grupo (Fernández Dávila, 2016). Por otra parte, especialmente en las UASAS se detecta también la práctica de chemsex como estrategia de afrontamiento y búsqueda o reafirmación de la identidad, tras sufrir experiencias dolorosas por su orientación sexual causantes de estigma y discriminación (Ministerio de Sanidad, 2020). Estas experiencias podrían haberse dado ya en su entorno familiar o a lo largo de su vida (Curto 2020, Ministerio de Sanidad, 2020), generando problemas de salud mental subyacentes, manifestados en falta de autoestima, vacío, soledad, dificultades de gestión emocional y control de impulsos, o tendencias autodestructivas.

Los motivos que conducen a practicar chemsex a las personas que acuden a las entidades son variados, multifactoriales y responden a diferentes niveles “individual, contextual, comunitario y estructural” e “interactúan y coexisten simultáneamente” (Soriano, 2020a, p.20).

Un primer tipo de motivos se refiere a un “uso instrumental de las drogas” para potenciar el placer, intensificar las sensaciones y/o para aumentar el aguante físico y la duración de las prácticas sexuales (Stop Sida, 2021).

Las entidades también refieren diversas motivaciones psicosociales como la búsqueda de aceptación, problemas psicológicos o personales, timidez, problemáticas asociadas a la falta de autoestima, a problemas de seguridad, homofobia interiorizada, problemas de disforia con sus cuerpos o problemas de proyección en el trabajo. En este sentido, la práctica de chemsex puede facilitar la desinhibición pero también pueden convertirse en espacios de escape y evasión. Otro motivo que puede conducir a practicar chemsex es el diagnóstico de VIH ya que facilita un contexto de socialización y desinhibición. Varios de estos motivos mencionados por las entidades coinciden con lo planteado por Soriano que apuntaría a la evasión de determinados problemas propios, que pueden “tener un impacto emocional muy intenso” o estar relacionados con “aspectos dolorosos que no se quieren afrontar o conflictos internos sin resolver” (Soriano, 2020a, p.21). Así, y vinculado al estigma que ya detallamos en apartados anteriores, el chemsex podría ser “una estrategia para afrontar conflictos internos por su homosexualidad o sentimientos producidos por el estigma asociado a la infección por el VIH” (Soriano, 2020a, p.21).

Desde las entidades también se apuntan como motivos que conducen a practicar chemsex sentimientos de soledad, muy habitual en el colectivo también según Soriano



(2020a), sensación de desarraigo o pérdidas de espacio vital, especialmente referidos a personas migrantes, en línea con lo indicado por Fernández-Dávila (2016, p. 50).

Ahora bien, si se amplía el sujeto del chemsex, así como la propia definición, tal y como hemos referido que hizo la entidad SOMOS LGTB+ Aragón en su testeo de 2019, pueden encontrarse motivaciones diferentes para involucrarse en contextos de chemsex, como por ejemplo para mujeres trans trabajadoras sexuales o para trabajadores sexuales cis. Como se señalaba por parte de las entidades en estos casos los servicios están mejor pagados, además con el consumo estos aumentan su duración aumentando así las horas de servicio de pago, por tanto operaría una faceta económica tal y como afirma Fernández Dávila (2018b, p. 12). El consumo en los servicios sexuales también podría darse para facilitar la participación en los mismos, ya sea para aguantar prácticas no deseadas o para mitigar sentimientos de vergüenza interiorizados. En estos casos desde las entidades también se apunta que este consumo en ocasiones es inducido o incluso exigido por los clientes, de acuerdo también con lo señalado por Fernández-Dávila (2016, p. 50). Cabe señalar que estas motivaciones son compartidas por mujeres cis para el consumo de sustancias en los servicios de pago.

En opinión de las personas entrevistadas que practican chemsex, los principales motivos de esta práctica estarían asociados a la necesidad de pertenencia a un grupo, a la necesidad de compañía, de no sentirse solo. Desde un plano más individual, entrarían en juego las historias personales en las que se identifican principalmente problemas relacionados con la depresión, el consumo previo de sustancias así como la relación con personas que lo practican y el consumo de pornografía.

Algunas de las **posibles consecuencias de la práctica** de chemsex, según los-as profesionales de ambos servicios, serían varias. A nivel físico: mayor riesgo de contagio ITS (Ministerio de Sanidad, 2020), y otras afecciones físicas derivadas del consumo, dificultades de erección o disminución del deseo fuera de la práctica de chemsex (Ministerio de Sanidad, 2020), o los derivados de posibles agresiones sexuales. A nivel psicológico y emocional: problemas de salud mental derivados tanto de la adicción a sustancias como al sexo (Ministerio de Sanidad, 2020): ansiedad, depresión y emociones relacionadas (tristeza, desmotivación, anhedonia, baja autoestima, desesperanza por la propia vida, cuadros psicóticos), sensación de miedo y culpa tras la práctica (Curto, 2020; Stop Sida, 2017), y otros aspectos como la disminución de la vinculación emocional (Ministerio de Sanidad, 2020) y sentimiento de vacío tras la práctica, todo ello en la línea de autores como Curto (2020), que apuntan a los problemas de salud mental como causa y consecuencia de las prácticas sexuales de riesgo. A nivel social: dificultades para mantener una pareja estable, efectos negativos en la red familiar, social por aislamiento de redes de apoyo (Ministerio de Sanidad, 2020) y reducción de las relaciones sociales únicamente al entorno de la práctica (Stop Sida, 2017), así como laboral y económica, coincidiendo de nuevo con el Ministerio de Sanidad, (2020), que vincula la práctica a mayor absentismo y menor rendimiento laboral.

Las entidades señalan múltiples posibles problemáticas derivadas de la práctica del chemsex relacionadas con la salud mental, físicas, sociales, socioeconómicas y de otra índole. Lo indicado por las entidades a este respecto coincide en gran medida con las posibles consecuencias expresadas por los-as profesionales de los hospitales y de las UASAS. Entre las consecuencias físicas se indican contagios de ITS, la pérdida de peso, el debilitamiento físico, aspecto enfermizo (ojeras y palidez), patologías derivadas de prácticas sexuales muy extremas o del consumo abusivos de sustancias. También se mencionan las agresiones sexuales. En cuanto a salud mental se señalan manías persecutorias, síndrome de pánico, paranoias, pensamientos suicidas, ansiedad, depresión o conductas depresivas, cuadros de esquizofrenia, déficit de atención, falta



de empatía, brotes psicóticos, a lo que se suman comorbilidades del colectivo LGTBI+, e incluso suicidios. Respecto a las consecuencias sociales se resaltan las afecciones respecto a la situación socioeconómica, pérdidas de amistades y familias destruidas.

Para las personas que practican chemsex, las consecuencias van más allá del riesgo para la salud física, ambas personas hablan de deterioro a nivel social, relacional, emocional y afectivo-sexual, con un impacto negativo muy importante en la salud mental. Remarcan la fragilidad e incluso la ruptura de los vínculos sociales. Este estado de aislamiento social va asociado a un aumento de la práctica y del consumo de sustancias, lo que podría ser identificado como señal de alerta para identificar situaciones graves.

V.5. Comentarios y propuestas de mejora

Por último, se han recogido propuestas de los-as profesionales de centros hospitalarios y UASAS consultados-as. En ambos se enfatiza la importancia de aumentar su formación, incluyendo por ejemplo encuentros con profesionales con más experiencia en el fenómeno. Además, sugieren un aumento de la divulgación sobre el fenómeno, que podría contribuir a prevenir sus posibles consecuencias negativas. Por parte de los hospitales, se propone un abordaje multidisciplinar del fenómeno, mientras que las UASAS enfatizan la importancia de enfocar las actuaciones en las causas del chemsex (no solo en las consecuencias), explorando las circunstancias personales, emocionales, familiares, etc., que han llevado a la práctica. Además, proponen seguir enfatizando en el análisis de los grupos poblacionales que lo practican, como pueden ser los-as menores.

Las entidades coinciden con las-os profesionales de centros hospitalarios y UASAS en el énfasis puesto en la importancia de aumentar la formación sobre chemsex, poniendo de relieve la necesidad de abordar el estigma y los prejuicios asociados a estas prácticas ya que se percibe la necesidad de que las personas que practica chemsex puedan contar con espacios de seguridad en los que poder hablar sobre dicha práctica. De forma más concreta, en cuanto a salud mental se indica que es necesario que las-os profesionales estén formadas-os en psicología afirmativa gay. Se ve necesario aumentar la sensibilización, una mayor prevención, más recursos en general pero también especializados, mayor financiación y coordinación. Se incide en la elaboración de campañas informativas sobre chemsex con perspectiva de reducción de daños desde Salud Pública para dar a conocer las sustancias, los efectos secundarios de estas, de las mezclas y también sobre la salud mental. Igualmente se señala la importancia de dar a conocer cómo actuar y a quién acudir en casos de requerir atención. Se apunta la necesidad de leyes y políticas en materia de prevención para todo el colectivo LGTBI+ contando con personas formadas del colectivo. También se reclama una mayor implicación por parte del colectivo LGTBI+ para realizar un examen de conciencia con relación a los datos epidemiológicos de ITS y del consumo de sustancias peligrosas.

En una línea más generalista, se propone poner en marcha el Plan de educación sexual integral actualizado para institutos, seguir trabajando en políticas estigmatizadoras, ampliar el concepto de chemsex en relación al sexo y las adicciones, abordar la educación sexual sin tapujos (en general y el chemsex en particular), así como mantener una línea de ruptura con los mensajes contra preventivos de los medios de comunicación.

Las personas que practican chemsex realizaron propuestas de mejora diferenciando entre medidas para prevenir o reducir el riesgo de contagio de VIH y de otras ITS y otras medidas. Respecto a las primeras, recomiendan que sería necesario



que las personas que practican chemsex conozcan las sustancias que van a consumir, sus efectos, sus consecuencias y lo que puede implicar sus mezclas. Ambas personas reconocen el bajo uso del condón como barrera y recomiendan conocer, informar y administrar PrEP al mayor número posible de personas que puedan realizar chemsex. Otra medida importante sería la de orientar sobre cómo hacer para cuidar de personas que durante la práctica pueden estar poniendo en riesgo su vida. Asimismo, sería adecuado introducir una cultura del cuidado en los espacios y en las dinámicas de la práctica de chemsex. Las interacciones que se generan en estos espacios, sobre todo cuando hablamos de chemsex en sentido restringido o acotado a la práctica de sexo con consumo de sustancias por hombres con hombres, son dinámicas atravesadas por la cultura patriarcal. En las que el cuidado y la posibilidad de hablar de medidas preventivas de riesgos no son frecuentes, más bien todo lo contrario.

En cuanto a otras medidas más allá de la prevención del riesgo de contagios, las personas entrevistadas que practican chemsex señalaron la necesidad de formación dirigida específicamente al personal sanitario de atención primaria para aumentar su capacitación sobre este tema en general y aumentar su sensibilización sobre la necesidad de realizar testeos a esta población para que se cuiden y cuiden de la salud de las otras personas con las que realizan chemsex. En esta misma línea se propone realizar formación a los y las profesionales de atención a las adicciones para que reconozcan, tal y como se decía un poco más arriba, el chemsex como un problema.

Ya desde otro ámbito, también proponen la necesidad de formación sobre sexualidad. A este respecto se señala el papel que pueden jugar en este tema el sistema educativo y las entidades del tercer sector.

A nivel mucho más global estas personas proponen promover y aumentar los espacios en los que las personas puedan hablar de estos temas sin ser juzgadas. Explicitan que esta necesidad puede ser más intensa en el supuesto de personas con lazos sociales frágiles o debilitados, especialmente para la población inmigrante. Y para finalizar plantean la necesidad de espacios específicos para el abordaje del chemsex en Zaragoza como los que hay ya en otras ciudades grandes.



BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, M., Palma, D, Fernández, M. y García de Olalla, P. (2020). Uso de aplicaciones móviles para promoción de pruebas rápidas de VIH y otras ITS entre hombres que tienen sexo con otros hombres en diferentes contextos geográficos. Barcelona 2016-2020. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 8 (21).

Agència de Salut Pública de Catalunya (2021). Chemsex: prevenció, detecció i abordatge a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Ariza, S. (2018). Las plumas son para las gallinas: Masculinidad, plumofobia y discreción entre hombres. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXXIII (2), 453-470.

Arroyo Menéndez, M. y Finkel, L. (2019). Encuestas por Internet y nuevos procedimientos muestrales. *Panorama Social*, (30), 41-53.

Baral, S., Logie, C., Grosso, A., Wirtz, A. y Beyrer, C. (2013). Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics. *BMC Public Health*, 13(482), 1-8.

Barreda, V., Carballo-Diéguez, A., Marone, R., Balán, I., Pando, M.A., Ávila, M.M. (2010). Prevención del VIH/SIDA en los circuitos de Levante HSH: Una asignatura pendiente. *Sex Salud Soc (Rio J)*, Dec (6), 41–62.

Borrillo, D. (2005). Cómo se construye la homofobia. *Letra S*, (118), 6-7.

Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Editorial Anagrama.

Cabello, A. y Troya, J. (2017.) Chemsex: Epidemiología y factores de riesgo. En: I. Pérez, y J.L. Blanco, *99 Preguntas Clave sobre el Chemsex* (pp.15-25). Fundación SEIMC-GESIDA.

Cantillo, L. (2016). Alteridades de las masculinidades gay en el Departamento del Atlántico, *Justicia Juris*, 12 (2), 95-106.

Caudevilla, F. y Vidal, C. (2017). El consejo sanitario en el uso recreativo de drogas, en Pérez y Blanco (Coord.).

Chaves-Montero, A. (2018). La utilización de una metodología mixta en investigación social. En K. Delgado, W. F. Gadea y S. Vera-Quiñonez (Coord.). *Rompiendo Barreras en la Investigación* (pp. 164-184). Editorial Utmach.

Coll-Planas, G. (2010) *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*. Egales.

Collado, S. (2017) Entender el chemsex. Masculinidad y sexualidad en hombres gais y bisexuales. Federación Estatal de Gais, Lesbianas, Transexuales y Bisexuales (FELGTB+).

Connell, R. W., Messerschmidt, J., de Stéfano, M. y Morcillo, S. (2021) Masculinidad hegemónica. Repensando el concepto. *RELIES: Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, (6), 32-62.

Connell, R. W. (2015) *Masculinidades*. UNAM-Programa Universitario de Estudios de Género.



- Corbetta, P. (2007). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. McGraw-Hill.
- Curto, J., Dolengevich, H. y Soriano, R. (2020) Documento técnico. Abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. MSD.
- Curto, J., Lombao, C., González, C., Molina, R., Varas, P., Barrio, P., González, A., Rúa, G., Ibarguchi, L., García, A., Garrido, J., Dolengevich, H. (2017). 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*, 7(16), 48-52.
- Domínguez, I. E., (2023) *Tú a Soria, yo a Barcelona o cómo cambian las vidas queer en función de dónde vivimos*. Egales.
- Fagúndez, G. y Soriano, R. (2019) Informe sobre chemsex en España. Grupo de Trabajo de chemsex del Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación.
- Fernández-Dávila, P. (2021) ¿Se puede hablar realmente de actos de “violencia sexual” en los contextos de chemsex? Reflexiones desde los entendimientos de los hombres que practican chemsex y la cultura sexual gay. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 21 (1).
- Fernández-Dávila, P. (2018a) Chemsex en España: Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 6(13).
- Fernández-Dávila, P. (2018b) Chemsex: Comprensión del fenómeno, cultura gay, contextos donde se practica y conductas sexuales. Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social (FCSAI) Instituto de Salud Carlos III.
- Fernández-Dávila, P. (2017) Consumo de drogas y su relación con el sexo: Escuchando las voces de un grupo de hombres gays y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican chemsex. Stop Sida, Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Fernández-Dávila, P. (2016) “Sesión de sexo, morbo y vicio”. Una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 4(7), 41-65.
- Fernández-Dávila, P. (2007). “Amigos con derecho a roce”: Una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 21(6)
- Fernández-Dávila, P. y Zaragoza, K. (2009). Internet y riesgo sexual en HSH. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 380-387.
- Galindo, M.J. y Ferrando R. (2017). Aproximación clínica correcta al paciente que practica chemsex. En I. Pérez y J.L. Blanco (Eds.), Preguntas Clave sobre Chemsex (pp. 59-68). Fundación SEIMC-GESIDA.
- Gallardo, I. (2023). Re-pensar el chemsex: Un enfoque postestructuralista. *RELIES: Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, (9), 35-59.



Gómez, J., Latorre, A., Sánchez, M. y Flecha, J. R. (2006). *Metodología comunicativa crítica*. El Roure Editorial.

Gómez, I. (2019). Grindr y la masculinidad hegemónica: aproximación comparativa al rechazo de la feminidad. *Estudios Sociológicos*, 37(109), 39-68.

González, L. y Sierra, A. (2019). Muestreo de la realidad del uso de sustancias en contextos sexuales en Aragón. Perfiles, motivaciones y sustancias consumidas. SOMOS LGTB+ de Aragón.

González, L., Ramos, J. y Sierra, A. (2018). Consentimiento. Cuadernillo de reflexiones sobre el consentimiento sexual. SOMOS LGTB+ de Aragón.

González, L., Ramos, J. y Sierra, A. (2017). Testeo sobre hombres gais, bisexuales y otros HSH en Aragón y uso de sustancias. SOMOS LGTB+ de Aragón.

González, J. y Llorens, N. (2014). Las nuevas sustancias psicoactivas: un reto para la salud pública. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Guasch, O. (2016) Cuerpo, género y sexualidad: políticas biológicas y diversidad sexual. En: J.M. Valcuende, M. Vásquez y M. Macarro (Coords.), *Sexualidades, Represión, Resistencia y Cotidianidades* (pp.39-52). Aconcagua Libros.

Guirao, S. J. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2).

Heredia, A. (2021). Estudio sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en el consumo de sustancias en población LGTB+. SOMOS LGTB+ de Aragón.

Hernández Sampieri, R. *et al.* (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Leyva-Moral, J., Aguayo-González, M., Mora, R., Villegas, L., Gómez-Ibáñez, R., Mestres-Soler, O., Maldonado-Alia, R., Lorente, N. y Folch. C. (2023). Chemsex en Barcelona: Estudio cualitativo sobre factores asociados a la práctica, percepción del impacto en salud y necesidades de prevención. *Adicciones* [S.I.]

López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI, Revista de Educación*, 4, 167-179.

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

Moreno. A. y Pichardo. J. I. (2006). Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre el género y la sexualidad. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 143-156.

Muñoz Cantero, J. y Albalde Paz, E. (1992). Metodología cuantitativa Vs. cualitativa. En J. M. Muñoz Cantero y E. Albalde Paz (Coords.), *Jornadas de Metodología e Investigación Educativa* (pp. 89-99). Universidade da Coruña.

Plan Nacional sobre el Sida (2020) Preguntas y respuestas sobre el chemsex. Grupo de trabajo sobre chemsex.

Paniagua, R. y Dujó. V. (2022) Evaluación de la gravedad del abuso de drogas en el chemsex: Propuesta de un protocolo biosanitario sistemático para contextos clínicos y forenses. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 22(1), 29-62.



Paniagua, R., Morales, A. y Cobos, J. (2022). Agresiones sexuales en contexto de chemsex: Pautas de evaluación pericial desde una perspectiva multidisciplinar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 22(1), 211-237.

Pérez, I. y Blanco, J.L. (Coord.) (2017). *99 preguntas clave sobre el chemsex*. Fundación SEIMC-GESIDA.

Pérez-Valero I., Iniesta, C., González, A., Belza, M.J., Garrido, J. y Curto, J. (2020). Recomendaciones de expertos para la mejora del manejo del abordaje integral del fenómeno del chemsex en España. Merck Sharp & Dohme de España S.A.

Rodríguez, B. y Castillo, O. (2008). Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Rubin, G. (1996). El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. En: Lamas, M (Comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 35-96). UNAM.

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: S. Vance (Coord.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Ed. Revolución.

Sierra, A., Ramos, J. y López, B. (2021.) Estudio sobre el impacto de pandemia de COVID-19 en el consumo de sustancias de la población LGTB+. SOMOS LGTB+ Aragón. Diputación General de Aragón.

Soriano, R. (2022). El fenómeno del chemsex: Claves para mejorar la respuesta institucional. *Revista Española de Drogodependencias*, 47(3), 5-13.

Soriano, R. (2020). Publicación del documento técnico: Abordaje del fenómeno del chemsex; una propuesta desde el Plan Nacional sobre el Sida. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 8(21), 48-58.

Soriano, 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. Monográfico 2017. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 5(11), 8-20.

Stop Sida (2021). Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España. Estudio Homosalud 2021. Informe de resultados. Ministerio de Sanidad.

Stop Sida (2017). Chemsex Support. Una respuesta desde y para la comunidad LGTB+. Ministerio de Sanidad.

Stuart, D. (2019). Chemsex: Origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 3-10.

Usó, C. y Miralles, C. (2017) Chemsex: Concepto y perspectiva histórica. De las viejas a las nuevas adicciones. En: I. Pérez, y J.L. Blanco (Coords.), *99 Preguntas Clave sobre el Chemsex* (pp.3-15). Fundación SEIMC-GESIDA.

Vélez, B., Martínez-Taboas, A. y Pérez-Pedrogo, C. (2021). Efecto del manejo de la identidad LGTB+ en el bienestar psicológico. *Revista Caribeña de Psicología*, 5(e5455), 1-11.



Vergara, P. (2023). Construcción de Identidad en Personas LGTB +: Un estado del arte sobre la cuestión. *PERIPLOS. Revista de Investigación sobre Migraciones*, 7(1), 199-226.

Íncera D., Gámez M., Ibarguchi L., García A., Zaro I., Alonso A. (2022) Aproximación al Chemsex en España 2021. Madrid: Apoyo Positivo e Imagina. Aproximación al chemsex 2021: Encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombre GBHSH. Apoyo Positivo e Imagina Más. Ministerio de Sanidad.

Zaro, I., Navarazo, T., Vázquez, J., García, A. e Ibarguchi, L. (2016). Aproximación al chemsex en España 2016. Apoyo Positivo e Imagina Más. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



ANEXO METODOLÓGICO

Anexo I. Detalle de centros y número de profesionales participantes.

CENTROS HOSPITALARIOS		
LOCALIDAD	NOMBRE	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Zaragoza	Hospital Universitario Miguel Servet	6
	Hospital Royo Villanova	2
	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	3
	Hospital Nuestra Señora de Gracia	2
	Hospital Ernest Lluch Martín, Calatayud	1
Huesca	Hospital General San Jorge (Huesca)	2
	Hospital de Barbastro (Huesca)	1
Teruel	Hospital General Obispo Polanco	1
	Hospital de Alcañiz	1
TOTAL		19

UASAS		
LOCALIDAD	NOMBRE	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Zaragoza	UASA Centro Solidaridad	11
	UASA Tarabidán	2
	UASA Cruz Roja Zaragoza	3
	CMAPA	1
	UASA Moncayo	3
Huesca	UASA Huesca	1
	UASA Barbastro-Monzón	2
Teruel	UASA Cruz Roja Teruel	3
	UASA Alcañiz	3
TOTAL		29



Anexo II. Cuestionario a centros hospitalarios

ENCUESTA SOBRE CHEMEX PARA PROFESIONALES SANITARIOS/AS (HOSPITAL-ITS)

A. Datos generales

1.A. Edad del profesional:

- Menos 30 años
- De 31 a 50
- Más de 51

2.A. Sexo:

- Hombre
- Mujer
- Otro. Especificar:

3.A. Categoría profesional:

- Profesional de medicina
- Profesional de enfermería
- Otra. Especificar:

B. Formación y/o conocimientos sobre *chemsex*

1.B. ¿Cuenta con competencias culturales para comprender la cultura sexual gay?

- Sí
- No
- Otra. Especificar:

2.B. ¿Tiene formación sobre *chemsex*?

- Sí
- No

2.1.B. En caso afirmativo: ¿Cómo la ha obtenido?

- La ha hecho por su cuenta
- Le ha sido facilitada en su centro de trabajo
- Ambas (por su cuenta y facilitada por el centro)
- Otra. Especificar:

3.B. ¿Cree que debería tener más formación?

- Sí
- No

3.1.B. En caso afirmativo: ¿Sobre qué aspectos relacionados con el *chemsex*? Puede marcar varias opciones:

- a) Prevención y reducción de daños



- b) Abordaje de adicciones
- c) Salud mental
- d) Sobre el fenómeno chemsex en general
- e) Otros. Especificar

C. Valoración del perfil del paciente que practica chemsex y acude a la consulta

1.C. El rango de edad más frecuente es:

- Menores de 25 años
- Entre 26-35 años
- Entre 36 y 50 años
- 51 y más años

2.C. Sexo:

- Hombre
- Mujer
- Otro. Especificar:

3.C. Nacionalidad:

- Nacionalidad española
- Extranjero de UE
- Extranjero fuera de la UE

4.C. Respecto al estado serológico, predominan:

- VIH positivo
- VIH negativo
- Desconocido

5.C. Sobre el consumo de drogas, la mayoría:

- Consume habitualmente. ¿Qué sustancia-s consume?
- Solo consume cuando practica chemsex, ¿Qué sustancias consume?
- Otra. Especificar:

6.C. El motivo de consulta inicial más frecuente es:

- Demanda de PrEP
- Diagnóstico de VIH
- ITS reiteradas
- Otros. Especificar:

7.C. ¿Cree que existe algún perfil específico de persona que practica chemsex y que NO suele acudir a los servicios de salud? En caso afirmativo, descríballo y explique la respuesta.



D. Abordaje del chemsex en la consulta

1.D. ¿Existe un protocolo en su centro para abordar el tema del chemsex?

- Sí
- No
- Lo desconozco

2.D. Cuando atiende a una persona en la consulta, ¿le pregunta si practica chemsex?

- Sí
- No

2.1.D. En caso afirmativo:

- Le pregunta de forma sistemática
- Le pregunta solo cuando hay un motivo concreto como infecciones reiteradas

3.D. En los supuestos en los que las personas comentan que practican chemsex. Puede marcar más de una opción:

- a) Informo sobre medidas de reducción de riesgo
- b) Realizo *intervención pedagógica* sobre chemsex
- c) Derivo a otros recursos para complementar mi intervención
- d) Otras. Especificar:

4.D. ¿Cómo se siente cuando habla de chemsex con los pacientes?

- Cómodo/a
- Incómodo/a
 - ¿Por qué cree que le sucede?
- Indiferente

5.D. ¿Conoce recursos a los que derivar para complementar su intervención?

- Sí
- No

5.1.D. En el supuesto de derivar a otros recursos para complementar su intervención, ¿a qué recursos deriva?

- Recursos del ámbito público. Especificar:
- Recursos de entidades sociales (Asociaciones ONG)
- A ambos
- Otros. Especificar:

6.D. A la hora de abordar el fenómeno del chemsex, ¿qué echa de menos? Puede marcar varias opciones:

- Falta de protocolo-s
- Falta de tiempo
- Falta de formación



- Falta de recursos para complementar mi intervención
- Otros. Especificar:

7.D. ¿Cuáles son las causas o los motivos que requieren otra intervención complementaria para las personas atendidas que practican chemsex? Puede marcar más de una opción.

- a) Problemas de adicción a sustancias
- b) Problemas salud mental
- c) Problemas económicos, sociales.
- d) Otros. Especificar:

E. Valoración de la práctica de chemsex

1.E. ¿Ha detectado un aumento de chemsex en los últimos años?

- Sí
- No

1.1.E. En caso afirmativo ¿a qué piensa que podría deberse? Especificar:

2.E. Según su estimación y experiencia, ¿qué porcentaje de sus pacientes practica chemsex?

- Menos del 1%
- Entre el 2% y el 5%
- Entre el 6% y el 10%
- Más del 11%. Especificar porcentaje aproximado:

3.E. Según su estimación y experiencia (de los pacientes que atiende y practican chemsex), ¿qué porcentaje solicitan la PrEP?

- Menos del 25%
- Entre el 26% y el 50%
- Entre el 51% y el 75%
- Más del 76%
- No sabe/ No contesta

4.E. Según su estimación y experiencia (de las personas que atiende y practican chemsex), ¿cuáles serían las causas de esta práctica? Especificar:

5.E. Según su estimación y experiencia (de las personas que atiende y practican chemsex), ¿cuáles serían las consecuencias de esta práctica para la salud física, psíquica y emocional? Especificar:

Si desea hacer alguna aclaración o aportación puede hacerlo a continuación:



Anexo III. Cuestionario a UASAS

ENCUESTA SOBRE CHEMSEX PARA PROFESIONALES SANITARIOS UASA

A. Datos generales

1.A. Edad del profesional:

- Menos 30 años
- De 31 a 50
- Más de 51

2.A. Sexo:

- Hombre
- Mujer
- Otro. Especificar:

3.A. Categoría profesional:

- Profesional de medicina
- Profesional de enfermería
- Profesional de psicología
- Profesional trabajo social
- Otra. Especificar:

B. Formación y/o conocimientos sobre chemsex

1.B. ¿Cuenta con competencias culturales para comprender la cultura sexual gay?

- Sí
- No
- Otra. Especificar:

2.B. ¿Tiene formación sobre chemsex?

- Sí
- No

2.1.B. En caso afirmativo: ¿Cómo la ha obtenido?

- La ha hecho por su cuenta
- Le ha sido facilitada en su centro de trabajo
- Ambas (por su cuenta y facilitada por el centro)
- Otra. Especificar:

3.B. ¿Cree que debería tener más formación?

- Sí
- No



3.1.B. En caso afirmativo: ¿Sobre qué aspectos relacionados con el chemsex? Puede marcar varias opciones

- a) Prevención y reducción de daños
- b) Abordaje de adicciones
- c) Salud mental
- d) Sobre el fenómeno chemsex en general
- e) Otros. Especificar.

C. Valoración del perfil del paciente que acude a tratamiento y practica chemsex

1.C. El rango de edad más frecuente es:

- Menores de 25 años
- Entre 26-35 años
- Entre 36 y 50 años
- 51 y más años

2.C. Sexo:

- Hombre
- Mujer
- Otro. Especificar:

3.C. Nacionalidad:

- Nacionalidad española
- Extranjero de UE
- Extranjero fuera de la UE

4.C. Respecto al estado serológico, predominan:

- VIH positivo
- VIH negativo
- Desconocido

5.C. Sobre el consumo de drogas, la mayoría:

- ¿Qué sustancias consume relacionadas con la práctica de chemsex?
- ¿Consume otras sustancias fuera de la práctica del chemsex?
 - Sí
 - No
 - No sabe / No contesta
- ¿Ha iniciado tratamiento por el consumo de sustancias relacionado con la práctica de chemsex?
- ¿Tenía problemas de adicciones antes de practicar chemsex?
 - Sí



- No
- No sabe / No contesta

6.C. ¿Cree que existe algún perfil específico de persona que practica chemsex y que NO suele acudir a los servicios de salud? En caso afirmativo descríballo y explique la respuesta:

D. Abordaje del chemsex en la consulta

1.D. ¿Existe un protocolo en su centro para abordar el tema del chemsex?

- Sí
- No
- Lo desconozco

2.D. Cuando atiende a una persona en la consulta, ¿le pregunta si practica chemsex?

- Sí
- No

2.1.D. En caso afirmativo

- Le pregunta de forma sistemática
- Le pregunta solo cuando hay un motivo concreto como ITS reiteradas, etc.

3.D. En los supuestos en los que las personas comentan que practican chemsex.

- a) Informo sobre medidas de reducción de riesgo
- b) Realizo *intervención pedagógica* sobre chemsex
- c) Derivo a otros recursos para complementar mi intervención
- d) Otras. Especificar:

4.D. ¿Cómo se siente cuando habla de chemsex con los pacientes?

- Cómodo/a
- Incómodo/a
- ¿Por qué cree que le sucede?
- Indiferente

5.D. ¿Conoce recursos a los que derivar para complementar su intervención?

- Sí
- No

5.1.D. En el supuesto de derivar a otros recursos para complementar su intervención ¿a qué recursos deriva?

- Recursos del ámbito público. Especificar:
- Recursos de entidades sociales (Asociaciones ONG)
- A ambos



- Otros. Especificar:

6.D. A la hora de abordar el fenómeno del chemsex, ¿qué echa de menos? Puede marcar varias opciones

- Falta de protocolo-s
- Falta de tiempo
- Falta de formación
- Falta de recursos para complementar mi intervención
- Otros. Especificar:

7.D. ¿Cuáles son las causas o los motivos que requieren otra intervención complementaria para las personas que atiende y que practican chemsex? Puede marcar más de una opción:

- a) Problemas de salud relacionados con ITS / VIH
- b) Problemas salud mental
- c) Problemas económicos, sociales.
- d) Otros. Especificar:

E. Valoración de la práctica de chemsex

1.E. ¿Ha detectado un aumento de chemsex en los últimos años?

- Sí
- No

1.1.E. ¿A qué piensa que podría deberse? Especificar:

2.E. Según su estimación y experiencia, ¿qué porcentaje de pacientes que solicitan tratamiento en la UASA practica chemsex?

- Menos del 1%
- Entre el 2% y el 5%
- Entre el 6% y el 10%
- Más del 11%. Especificar porcentaje aproximado:

3.E. Según su estimación y experiencia (de las personas que atiende y practican chemsex), ¿cuáles serían las causas de esta práctica? Especificar:

4.E. Según su estimación y experiencia (de las personas que atiende y practican chemsex), ¿cuáles serían las consecuencias de esta práctica para la salud física, psíquica y emocional? Especificar:

Si desea hacer alguna aclaración o aportación puede hacerlo a continuación:



Anexo IV. Listado de entidades y chemusers participantes en las entrevistas

ENTIDAD	CODIFICACIÓN
OMSIDA Zaragoza	E1
SOMOS LGTB+ de Aragón	E2
Fundación Centro Solidaridad Zaragoza	E3
Mucha VIHda	E4
Centro Alba	E5
Consumo Conciencia	E6

CHEMUSERS	LOCALIDAD	CODIFICACIÓN
Persona que practica	Zaragoza capital	P1
Persona que practica	Fuera de Zaragoza capital	P2



Anexo V. Guion entrevista a entidades

A. Datos generales - Formación y/o conocimientos sobre chemsex

A.1. Datos generales

Presentación de la persona entrevistada (perfil): Edad, sexo, formación, antigüedad en la entidad, tiempo que lleva tratando casos de chemsex.

¿Desde cuándo (qué año) la entidad trabaja en esta práctica? ¿Por qué ven la necesidad de trabajar sobre ello?

¿Cuántos miembros del equipo intervienen sobre chemsex? ¿Qué perfiles profesionales tienen?

A.2. Formación y/o conocimientos sobre chemsex

¿Alguno/a de los profesionales de la entidad tiene formación específica sobre chemsex?

- ¿Cómo han obtenido esa formación? (por su cuenta/en la entidad/ambas/otras)

Si no la tienen, ¿consideran que deberían tenerla?

- ¿Sobre qué concretamente? (Prevención-reducción de daños/Abordaje de adicciones/Salud mental/Fenómeno chemsex en general/Otros...)

B. Valoración de las personas chemusers atendidas por la entidad

Información sobre el perfil de las personas que atienden (Datos sociodemográficos, motivos de atención, posibles perfiles ocultos)

¿Podría identificar un perfil/perfiles de chemuser que acude a la entidad?: (Edad/ Sexo/ Nacionalidad/ Estado serológico/ Tipo de sustancias consumidas/ Frecuencia de consumo).

¿El consumo de sustancias y las prácticas sexuales varían en función del perfil? Si es así, ¿cómo?

Sujetos/comunidad implicada en las prácticas (gais/ bisexuales/ HSH/ hombres que trabajan en prostitución/ hombres transexuales, etc.).

- ¿Diferencias en las afecciones y en la atención según estos diferentes sujetos?

Además de las personas que practican chemsex en sentido estricto, habéis atendido o acuden otros perfiles que consuman sustancias en contextos sexuales? (x ej. mujeres trans trabajadoras sexuales...)

Razones por las que acuden a la entidad (explícitas y no explícitas): (Demanda PrEP/ Diagnóstico VIH/ ITS reiteradas/ Otros...)

¿Habría algún perfil/perfiles de chemuser que no estén acudiendo a la organización /al que no se esté llegando?

- ¿Posibles razones?

C. Abordaje del chemsex en la entidad

Trabajo que realiza la entidad respecto a las prácticas chemsex y las personas que lo practican (líneas de trabajo, investigación, prevención, formación, detección, protección con chemusers habituales, seguimiento, grupos de apoyo, etc.). Concretar según líneas de trabajo de cada una de las entidades.

¿El chemsex se aborda en su entidad desde un área/protocolo específico?



¿Se ha desarrollado alguna actividad/campaña específica en relación al chemsex?

¿Se realiza un registro diferenciado de las personas que acuden por chemsex?

Cuando se atiende a una persona, ¿se le pregunta si practica chemsex? ¿O se espera a que la persona lo revele?

Cuando la persona expresa que practica chemsex, ¿Cómo se actúa? (Informar medidas reducción riesgo/ Intervención pedagógica chemsex /Derivación a otros recursos para complementar intervención/Otras...)

¿Por qué motivos se requiere una intervención complementaria? (Adicción/ Problemas de salud mental/ Problemas económicos/ Sociales/ Otros...)

¿Qué dificultades se encuentran a la hora de acceder a chemusers?

¿Cómo se realiza la atención a personas fuera de Zaragoza capital y provincia? ¿Dónde son atendidas las personas de Huesca y Teruel?

A la hora de abordar el fenómeno del chemsex, ¿Qué echa de menos? (Falta de protocolos/Falta de tiempo/Falta de formación/Falta de recursos para complementar mi intervención/Otros...)

D. Trabajo en red y colaboración con entidades privadas y públicas

Relación con otras entidades (con cuáles y qué tipo de colaboración). También con espacios de ocio nocturno. Y con el sistema sanitario (salud pública). En Zaragoza/Aragón y con otros territorios.

¿Cuál es la vía de acceso a la entidad? (Derivados por sistema de salud/de otra entidad (ej. centros de servicios sociales/ boca a boca...))

¿En su organización se conocen los recursos relacionados con *chemsex* a los que derivar?

Cuando realizan derivaciones, ¿A qué recursos se realizan? (Públicos/ Otras entidades/ Otros...)

Concretamente, ¿Dónde se deriva a las personas si requieren atención de algún aspecto sanitario?

¿Qué dificultades detecta en el trabajo en red con otras entidades/instituciones?

¿Qué cuestiones no se están abordando? (Carencias de salud pública/ Barreras en el acceso al sistema sanitario/ Otras...).

¿Su entidad ha realizado formaciones a personal sociosanitario? ¿Alguna específica sobre chemsex? ¿Sería pertinente realizarlas?

E. Valoración de la práctica de chemsex/Afecciones

Según estimación, ¿cuántas personas acuden a la entidad en relación a chemsex? ¿Qué porcentaje del total de usuarios representa?

- ¿Han detectado si este número ha aumentado en los últimos años? ¿Posibles motivos?

Y en concreto sobre sobre la práctica del slamming? Especificidades de riesgo y reducción de daños de esta práctica?



Según su estimación, ¿qué porcentaje de los anteriores solicitan la PrEP? ¿Y la PEP?

Desde su experiencia, ¿Cómo cree que está evolucionando la práctica (cambio de consumo y tendencias) y las afecciones asociadas a ella (En Aragón)?

Desde la perspectiva de salud: adicciones, ITS, intoxicaciones, agresiones sexuales, salud mental... → ¿Cuáles son las mayores problemáticas asociadas a la práctica de chemsex y qué riesgos implican?

¿Cuáles son las implicaciones/complicaciones psicológicas y sociales que conllevan estas prácticas?

¿Cuáles son las preocupaciones de las personas que practican chemsex entorno a esta práctica?

¿Qué medidas preventivas y/o de reducción de daños utilizan las personas que practican chemsex? En cuanto a ITS, en cuanto al consumo de sustancias, otras (como por ejemplo en cuanto al consentimiento) ...

Estas medidas preventivas o de reducción de daños varían en función del perfil del chemuser? Cómo?

POSIBLE PREGUNTA ABIERTA FINAL:

¿Qué mejoras podrían realizarse a la hora de abordar el fenómeno del chemsex (en Aragón)?

- Dentro de su organización
- En relación a otras entidades/instituciones



Anexo VI. Guion entrevista a chemusers

GUIÓN DE ENTREVISTA A PERSONAS QUE PRACTICA CHEMSEX

- 1- Porqué te autodefines como una persona que practica chemsex:
práctica de sexo "hombre-hombre" con consumo.
- 2- Datos: *edad, sexo, género. estudios, inserción laboral, nacionalidad...*
- 3- Historia / relato sobre tu práctica: *cuándo iniciaste, porqué, evolución, etapas, estado actual, consumo de sustancias, relaciones sociales en relación a la práctica y fuera de ella...*
- 4- Opinión sobre el estado de situación en Zaragoza / Aragón: *evolución cuantitativa, evolución sustancias, modalidades de la práctica, localización...*
- 5- Identificación de diferentes perfiles: *voluntaria / no voluntaria.*
- 6- Causas y consecuencias de la práctica del chemsex (físicas, psíquicas y sociales).
- 7- Opinión respecto a acciones para la prevención de la práctica.
- 8- Opinión sobre la prevención de los riesgos de la práctica (VIH; PrEP).
- 9- Valoración del modelo de atención Aragón (red pública y privada –ONGs-).
- 10- Propuestas para la mejora de la atención.



Anexo VII. Documento de consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Chemsex. Estudio preliminar sobre características e incidencia en Aragón.

Investigadora Principal: Sandra Romero Martín

Fecha:

Entrevistado-a:

Entidad:

Entrevistadora:

Protección de datos y confidencialidad

Toda la información recogida en la entrevista se tratará conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio será anónima y codificada, no incluyéndose datos personales que le puedan identificar. Sólo el equipo investigador tendrá acceso a sus datos y nadie ajeno al mismo podrá consultarlos.

La entrevista va a ser grabada para garantizar la precisión de la transcripción y el análisis. Estas grabaciones serán manejadas con la misma confidencialidad que los datos escritos.

Puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, dirigiéndose a la investigadora principal del estudio.

Participación voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento manifestando su intención a la investigadora principal del estudio.

Divulgación

Los resultados del estudio pueden ser divulgados de diversos modos (conferencias, publicación en revistas académicas, etc.), pero siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

CONSENTIMIENTO:

Confirmando que he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente y doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma Participante: _____

Fecha: _____



ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Figura 1: Modelo ecológico	19
Gráfico 1. Evolución a tratamiento por sustancia-s (2018-2022)	45
Gráfico 2: Evolución urgencias hospitalarias por sustancias 2018-2022 (%).....	47
Gráfico 3: Incidencia anual de nuevos diagnósticos de infección por VIH en Aragón, 2008-2022	47
Gráfico 4: Incidencia de infección VIH por sexo y grupos de edad, Aragón 2022	48
Gráfico 5: Evolución de las categorías de transmisión de VIH, en hombres. Aragón 2008-2022	48
Gráfico 6: Evolución de las categorías de transmisión de VIH, en mujeres. Aragón 2008-2022	48
Gráfico 7: Evolución lugar de procedencia 2008-2022	49
Gráfico 8: Chemusers por rango de edad atendidos-as en hospitales (%)	50
Gráfico 9: Chemusers por sexo atendidos/as en hospitales.....	51
Gráfico 10: Estado serológico de chemusers atendidos en hospitales (%)	51
Gráfico 11: Sustancias consumidas en el contexto de la práctica por pacientes atendidos-as en hospitales (%)	52
Gráfico 12: Tabla 12: Motivo de consulta inicial (%)	52
Tabla 13: ¿Cómo se siente cuando habla de chemsex con sus pacientes en el hospital? (%):.....	53
Gráfico 14: Carencias en la intervención en chemsex en hospitales (%)	54
Gráfico 15: Pacientes que practican chemsex en relación al total. Hospitales (%).....	55
Gráfico 16: Chemusers por rango de edad atendidos-as en UASAS (%).....	57
Gráfico 17: Chemusers por sexo atendidos-as en UASAS (%).....	57
Gráfico 18: Estado serológico chemusers atendidos-as en UASAS (%)	58
Gráfico 19: Sustancias consumidas en el contexto de la práctica por chemusers atendidos-as en UASAS (%).....	58
Gráfico 20: Consumo de sustancias fuera de la práctica por chemusers atendidos-as en UASAS (%).....	59
Gráfico 21: Sustancias consumidas fuera de la práctica por chemusers atendidos-as en UASAS (%).....	59
Gráfico 22: ¿Cómo se siente cuando habla de chemsex con sus usuarios-as de la UASA? (%)	60
Gráfico 23: Carencias en la intervención en chemsex en UASAS (%)	61
Gráfico 24: Usuarios-as que practican chemsex en relación al total. UASAS (%)	62
Tabla 1: Sustancias habitualmente utilizadas en la práctica del chemsex.....	27
Tabla 2: Riesgos de interacción entre drogas y fármacos específicos	28
Tabla 3: UASAS en Aragón distribuidas por provincias:.....	43
Tabla 4. Número de personas en admisión a tratamiento 2018-2022	44
Tabla 5. Porcentaje de admisión a tratamiento sg. sustancias no específicas y año... 45	
Tabla 6. Número de personas atención urgencia hospitalaria por sustancia y año	46
Tabla 7: Evolución del porcentaje que representan las sustancias detectadas en urgencias hospitalarias	46



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Bareback

Práctica de relaciones sexuales sin el uso de protección, entre personas que no son pareja estable.

Chemuser

Persona que realiza chemsex, es decir, que utiliza sustancias específicas para intensificar o prolongar su experiencia sexual. Entre las sustancias consumidas pueden encontrarse metanfetamina, GHB/GBL (ácido gamma-hidroxibutírico), y mefedrona, entre otras. Estas personas habitualmente buscan un mayor placer sexual, una mayor duración de la actividad sexual, y/o una sensación de euforia durante sus prácticas sexuales.

Cissexual

Persona cuya identidad de género coincide con el sexo asignado en el momento de su nacimiento. Por tanto, se identifica con el género que se le asignó al nacer.

Cruising

Práctica consistente en buscar encuentros sexuales casuales en lugares públicos, como parques o baños públicos.

Fiestas blancas

Eventos o reuniones donde el uso de drogas es común. La expresión hace referencia al color blanco de sustancias como la cocaína.

Fisting

Práctica sexual en la que se inserta una mano o una parte de ella en la vagina o el recto. Se considera una práctica sexual extrema, pues sin las precauciones necesarias puede provocar daños en los tejidos internos.

PEP

Profilaxis post-exposición (PEP, siglas en inglés). Tratamiento médico administrado después de una posible exposición al virus VIH con el objetivo de prevenir la infección. Debe tomarse dentro de las 72 horas posteriores a dicha exposición y suele incluir una combinación de varios medicamentos antirretrovirales.

PrEP

Profilaxis pre-exposición (PrEP, siglas en inglés). Tratamiento médico preventivo consistente en el uso de medicamentos antirretrovirales por parte de personas que, si bien no tienen el virus del VIH, sí presentan un elevado riesgo de contraerlo. Su objetivo es prevenir la infección por VIH antes de una posible exposición al este. Tomado de forma constante, resulta altamente efectivo.

Sesión



Período prolongado de actividad sexual que implica el uso de drogas para intensificar la experiencia: aumentar el deseo, reducir inhibiciones, y prolongar la duración de los encuentros sexuales. Este término se utiliza usualmente en la subcultura chemsex, y supone encuentros de horas o incluso días, en función de la cantidad y tipo de sustancias.

Slamming

Práctica consistente en consumir sustancias por vía intravenosa durante las sesiones de chemsex, mediante el uso de una jeringa directamente aplicada en el torrente sanguíneo. Esta práctica puede provocar efectos más rápidos e intensos de las sustancias, aunque conlleva riesgos graves para la salud, incluyendo mayor riesgo de transmisión del VIH y la hepatitis.

Swingers

Personas o parejas que, de forma consensuada, realizan prácticas sexuales con otras personas fuera de su relación principal. Se incluyen en estas prácticas los intercambios de parejas, tríos, orgías y diversos eventos celebrados con el objetivo fundamental de la interacción sexual entre las personas participantes.

Think tank

Organización dedicada a la investigación, análisis y asesoramiento en la toma de decisiones sobre políticas públicas, economía, problemas sociales o tecnológicos. Está formados por expertos en diferentes áreas, que realizan entre otras tareas las de investigación, análisis, elaboración de políticas, consultoría y asesoramiento. Pueden formar parte de entidades independientes, estar vinculados a organizaciones públicas o privadas, o bien formar parte de universidades.