

CHEMSEX

APROXIMACIÓN AL CHEMSEX 2021:
Encuesta sobre hábitos sexuales y
consumo de drogas en España
entre hombres GBHSH

Cita sugerida:

Íncera D., Gámez M., Iburguchi L., García A., Zaro I., Alonso A. "APROXIMACIÓN AL CHEMSEX 2021: Encuesta sobre hábitos sexuales y consumo de drogas en España entre hombre GBHSH". Madrid: Apoyo Positivo e Imagina Más; 2022.

Se autoriza su utilización para uso no comercial, siempre que se utilice la cita sugerida.

Avalado por:

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a través del plan Nacional de Drogas



Dirección y coordinación:

Daniel Íncera Fernández

*Psicólogo/Neuropsicólogo
Técnico de Investigación Universidad Autónoma de Madrid
Profesor de la Universidad Europea Miguel de Cervantes*

Manuel Gámez Guadix

*Psicólogo
Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid*

Lorena Ibarguchi

*Psicóloga y responsable programa Sexo, drogas y tú.
Apoyo Positivo*

Almudena García

*Trabajadora Social y Coordinadora de Proyectos
Apoyo Positivo*

Iván Zaro

*Trabajador Social
Imagina Más*

Alba Alonso

*Psicóloga y Sexóloga
Imagina Más*

Equipo de redacción:

Daniel Íncera Fernández

*Psicólogo/Neuropsicólogo
Técnico de Investigación Universidad Autónoma de Madrid
Profesor de la Universidad Europea Miguel de Cervantes*

Manuel Gámez Guadix

*Psicólogo
Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid*

Equipo de revisión:

Daniel Íncera Fernández

*Psicólogo/Neuropsicólogo
Técnico de Investigación Universidad Autónoma de Madrid
Profesor de la Universidad Europea Miguel de Cervantes*

Manuel Gámez Guadix

*Psicólogo
Profesor de la Universidad Autónoma de Madrid*

Santiago Moreno Guillén

*Jefe de Servicio Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal
Catedrático de Medicina en la Universidad del Alcalá*

Lorena Ibarguchi

*Psicóloga y Responsable del programa Sexo, drogas y tú
Apoyo Positivo*

Almudena García

*Trabajadora Social y Coordinadora de proyectos
Apoyo Positivo*

Iván Zaro

*Trabajador Social
Imagina Más*

Alba Alonso

*Psicóloga y Sexóloga
Imagina Más*

Jorge Garrido

*Director ejecutivo
Apoyo Positivo*

Pablo Barrio

*Psicólogo
Apoyo Positivo*

Maria Teresa Heredia

*Psicóloga y Sexóloga
Apoyo Positivo*

Javier Curto

*Médico psiquiatra
Apoyo Positivo*

Javier Vázquez

*Presidente
Imagina Más*

Manuel Valderrábano

*Psicólogo
Imagina Más*

Iván Hernández Montero

Corrector ortotipográfico

Diseño gráfico:

Andy Díaz Sánchez

*Creativo
Apoyo Positivo*

Índice

Introducción.....	2
Metodología.....	6
Características sociodemográficas.....	9
Triada, apps, contextos y motivaciones.....	12
Consumo de sustancias.....	15
Métodos de prevención.....	21
Hábitos sexuales.....	23
Aspectos sanitarios.....	27
Aspectos emocionales.....	31
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	37
Recursos.....	40
Bibliografía.....	41

Prólogo

Es un privilegio tener la oportunidad de comentar la importancia de este estudio que nos presentan las entidades **Apoyo Positivo e Imagina Más**, y que tiene como objetivo conocer la incidencia del *chemsex* entre los hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) en España, analizando las características sociodemográficas, sustancias, métodos de prevención, hábitos sexuales, y aspectos sanitarios y emocionales. En el estudio se analizan los riesgos más peligrosos de la práctica del *chemsex*: las ITS, la adicción, la patología dual y la intoxicación. Esto ha provocado una visión patológica y estigmatizante del *chemsex*, así como de las personas que lo practican, por lo que debemos destinar desde la salud pública todos los medios posibles para mejorar la prevención de riesgos y la intervención terapéutica, cuando se requiera, teniendo en cuenta análisis como éste. Además, tiene el interés añadido al ser uno de los escasos estudios realizados hasta la fecha en España donde se analiza la incidencia del consumo de drogas con fines sexuales en una amplia muestra de GBHSH que practican *chemsex* (670 participantes residentes en España).

En el año 2017, el Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid (2017/21), ya recogía entre sus objetivos la necesidad de adaptar las intervenciones y los recursos para atender un fenómeno, entonces emergente y con mayor prevalencia en la Comunidad de Madrid, de uso de drogas y su asociación con contextos sexuales (*chemsex*), principalmente con hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH). Este hecho presentaba gran preocupación y un problema de salud pública debido a que el uso de sustancias para mejorar la experiencia sexual podía llevar a conductas sexuales de riesgo, al consumo de drogas potencialmente peligroso, su forma de consumirlas, y generaba adicciones e intoxicaciones graves.

El trabajo de colaboración y coordinación con las entidades **Apoyo Positivo e Imagina Más** que, desde hace muchos años, desarrollan un modelo especializado de atención a la salud sexual, tanto física como psicológica, ha sido crucial para nosotros al proporcionarnos conocimientos, formación, estrategias de intervención y recursos a una red de adicciones que estaba obligada a adaptarse a las necesidades del colectivo LGTBIQ+ este colectivo al que era fundamental facilitar y mejorar el acceso al tratamiento del consumo de drogas.

Fruto de esta colaboración, desde el año 2017 hasta la actualidad, hemos ido de la mano de estas entidades aprendiendo, flexibilizando la intervención y los procedimientos de derivación, y a su vez combinando los recursos especializados de tratamiento de las

adicciones con los talleres de salud sexual y de alternativas de ocio saludable que nos ofrecen. El resultado se ha reflejado en un aumento del crecimiento en el número de personas atendidas, que, si bien en el año 2017, en la red de adicciones del Ayuntamiento de Madrid, era una atención muy puntual de unas 15 personas, en el año 2021 se ha alcanzado la cifra de más de 300 personas atendidas por *chemsex*, lo que evidencia una mejora sustancial de la accesibilidad a la red. El reto es tratar de crear un buen vínculo, una buena adherencia, que se sientan cómodos y tengan confianza con el equipo de tratamiento para evitar el temor a cualquier juicio moral o discriminación y así conseguir los objetivos terapéuticos planteados. Además, es importante promover e impulsar con el personal de los centros de atención a las adicciones mayor formación, sensibilización y adquisición de competencias culturales LGTBIQ+; todo esto resulta fundamental para poder atender mejor a estos usuarios que en principio son reticentes a acudir a este tipo de centros por temor al estigma que creen que esto les conlleva.

Los resultados que observamos es que los usuarios de *chemsex* encuentran en la red de atención a las adicciones la intervención interdisciplinar y personalizada necesaria, con un enfoque biopsicosocial para poder atender la diversidad de consecuencias que puede producir el consumo de drogas con fines sexuales y, la disponibilidad de poder actuar desde la prevención, reducción del riesgo y tratamiento integral. Por tanto, es fundamental seguir trabajando para mejorar la sensibilización y accesibilidad de estos perfiles a la red de adicciones con estrategias de atención en proximidad y testar diferentes formas de acercamiento, online (aplicaciones de contactos e Instagram) y presencial, para facilitar la atención en fases más tempranas.

Una vez más agradecemos a estas entidades, **Apoyo Positivo e Imagina Más**, la oportunidad que os brindan con la información que nos proporciona este estudio que, sin duda, será fundamental para poder seguir mejorando el conocimiento para el diseño de estrategias de reducción de riesgos y, una mayor especialización de las intervenciones y recursos necesarios para abordar las consecuencias del *chemsex* en GBHSH.

Beatriz Mesías Pérez

**Subdirectora General de Adicciones.
Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid**

Introducción

El *chemsex* o *sesión* en España, se ha convertido en un problema de salud pública debido a sus riesgos asociados. Esta práctica se ha relacionado en los últimos años con el uso intencional de sustancias psicoactivas para facilitar, mantener y/o mejorar la experiencia sexual (1–3). Aunque el uso de drogas y su asociación con contextos sexuales es conocido desde hace décadas (4), los cambios en el patrón de consumo han relacionado el *chemsex* principalmente con hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) (5). El documento de consenso del 2º *European ChemSex Forum*, define el *chemsex* como “*un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gays, bisexuales, otros HSH, y personas trans y no binarias que participan en la 'cultura de sexo casual o sin compromiso' gay*” (p. 4) (6). Esta práctica, a menudo, tiene como objetivos aumentar la excitación y las experiencias sexuales intensas, así como manejar la inhibición y la falta de confianza para realizar determinadas prácticas sexuales (7,8). El uso de sustancias para mejorar la experiencia sexual puede conducir a conductas sexuales de riesgo (9) y, con ello, a un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) (10,11), incluido el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (12). Además, el *chemsex* también podría estar asociado con riesgos para la salud mental como la depresión y la ansiedad (13,14). Este fenómeno también es conocido como “*Party and Play*” (abreviado como “*PnP*”) (15), “*intensive sex party*” (16), “*4/20*” (8), “*chill outs*” (17), y en España “*sesión*”, “*chuches*”, “*vicio*” (18), “*guarrichill*”, o “*chill*”.

Aunque muchos GBHSH perciben el uso de drogas en el ámbito sexual como un comportamiento común y normalizado (7,17), el grado y frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas antes y/o durante las sesiones de sexo varía ampliamente entre los GBHSH. La prevalencia del *chemsex* presenta grandes diferencias entre los distintos estudios, oscilando entre el 4% y el 94% (19). Probablemente las estimaciones de prevalencia varíen tanto debido al método de reclutamiento, el perfil de los usuarios entrevistados y la elección de las sustancias utilizadas para el *chemsex* (20–22).

Características Sociodemográficas

Estudios previos han permitido confeccionar el perfil sociodemográfico del participante en el *chemsex*. Los usuarios se autoidentifican mayoritariamente como gays, su edad media oscila entre los 31 y los 39 años, la mayoría han completado estudios universitarios, tienen una alta tasa de empleo, y viven en poblaciones de más de 100.000 habitantes (14,23–25). Sin embargo, la naturaleza social del fenómeno requiere una constante revisión y actualización del perfil de usuario en los diferentes territorios.

Triada Apps, Contextos y Motivaciones

Muchos GBHSH atribuyen la popularidad del *chemsex* al uso de aplicaciones de redes sociales de geolocalización (Apps) y a la sencilla disponibilidad de las sustancias en estas redes (22,26–29), a los contextos (fiestas privadas) donde se llevan a cabo estos encuentros (30–32), y a las motivaciones que subyacen al *chemsex* (7,8,33).

El uso de Apps de contactos gays, tales como *Grindr* o *Scruff*, se ha relacionado con la búsqueda de parejas sexuales para participar en el *chemsex*, así como con la adquisición o venta de sustancias cuya transacción se realiza con un argot propio (22,28,29). Los GBHSH que practican *chemsex* describen estas plataformas de Internet como impor-

tantes en este contexto (34). Su uso puede desempeñar un papel relevante en la facilitación de la adquisición y consumo de drogas, en los comportamientos sexuales de riesgo, y en una mayor dependencia en el consumo de sustancias (35). Por otro lado, estas herramientas también pueden ayudar a desarrollar programas de promoción de la salud, utilizando la intervención en línea para acceder a una gran cantidad de GBHSH que participan en las sesiones (27). En España aún son escasos los estudios que han analizado el uso de estas aplicaciones móviles en el ámbito del *chemsex*.

En cuanto a los contextos donde se llevan a cabo las sesiones, normalmente ocurren en casas privadas, pero también es comúnmente reportado en lugares de espacios recreativos de sexo, tales como saunas o clubes de sexo (31,32). El paso a los dominios privados puede atribuirse, en parte, al deseo de adoptar ciertos comportamientos sexuales estigmatizados y al consumo de drogas de alto riesgo (26). Por ello, los entornos privados se perciben como lugares más seguros y aceptados entre los GBHSH que participan en las sesiones de *chemsex*. En las saunas o locales de sexo y *cruising*, cada local establece sus normas de acceso, horarios y política de drogas. En el caso de las fiestas privadas en casas particulares, las sesiones pueden describirse como “maratones” sin reglas escritas que pueden durar hasta varios días (30,36,37). A pesar de que diferentes estudios han descrito estos contextos, es nece-

sario profundizar en su análisis para poder detectar posibles factores de riesgo que permitan predecir una mayor vulnerabilidad.

Existen varias razones y motivaciones para el consumo de drogas con fines sexuales en GBHSH. Algunos de los aspectos referidos por los participantes en el *chemsex* incluyen potenciar el deseo, la excitación, el placer sexual, la desinhibición, fomentar los vínculos sociales compartiendo espacios de intimidad y confianza en GBHSH, o tener largas sesiones sexuales (34,38–41). Frecuentemente, estas motivaciones son tratadas en algunas publicaciones y medios de manera sensacionalista y alarmista (2,4). Algunos participantes en el *chemsex* también lo describen como una vía de escape a situaciones personales difíciles y dolorosas, o la manera de lidiar con situaciones problemáticas en general (33,42,43). Estos participantes señalan que la práctica del *chemsex* es una estrategia para afrontar conflictos internos por su orientación sexual, o por los sentimientos que produce el estigma asociado a la infección por el VIH. Practicar *chemsex* puede convertirse en un medio para manejar la angustia, mantener la estabilidad emocional, controlar la vergüenza sexual, o aliviar el sentimiento de soledad (33,44). Este estudio tiene como finalidad analizar las razones que llevan a que el participante en el *chemsex* decida consumir sustancias con fines sexuales.

Consumo de Sustancias

Bourne et al. (1) señalan que las relaciones sexuales bajo la influencia de drogas “tradicionales” como el éxtasis y la cocaína se han relacionado comúnmente como incidentales o improvisadas, en lugar de intencionadas como ocurre en el *chemsex* y, más concretamente, con las “sustancias *chemsex*”. Entre estas drogas, encontramos el gamma-hidroxibutirato/gamma-butirolactona (GHB/GBL, “bote”, o erróneamente denominado “éxtasis líquido”), la 4-metilmetcatinona (mefedrona, “mefe”, o “miau”), y la N-metil-1-fenilpropan-2-amina (metanfetamina, “tina”, o “crystal meth”) (7,21). También se han descrito el uso de otras sustancias que pueden estar involucradas en las sesiones de *chemsex* como la cocaína (45), la 3,4-metilendioxi-metanfetamina (éxtasis o “MDMA”) (46), los nitritos de alquilo y butilo (poppers) (12), la ketamina (o “kitkat”) (47), los medicamentos para la disfunción eréctil (Viagra®/Cialis®/Levitra®/Caverjet®/Alprostadil®) (48), el hachís/marihuana (49), y el alcohol (50). Aunque algunos estudios han restringido la práctica del *chemsex* a unas pocas sustancias (GHB/GBL, mefedrona y/o metanfetamina), una parte significativa de los GBHSH que participan en el *chemsex* utilizan tres o más drogas antes o durante

las sesiones de sexo, no siendo las “sustancias *chemsex*” siempre las elegidas (39,46,51). En cuanto a la vías de administración, la mayoría de GBHSH que practican *chemsex* consumen drogas por vía oral y/o nasal (inhaladas y esnifadas) (3), mientras que otros eligen la administración intravenosa, práctica conocida como “slamsex o slamming”, o la vía anal, también denominada “booty bumping” (14,17,52–54).

Métodos de Prevención

Los avances en la prevención del VIH y la disponibilidad de los tratamientos no solo ofrecen a los GBHSH que participan en el *chemsex* estrategias de reducción de daños, además, crean la posibilidad de fomentar una mayor intimidad y sentir menos ansiedad sobre los riesgos (55). En este sentido, la profilaxis previa a la exposición (PrEP) es una medida preventiva que consiste en administrar medicamentos antirretrovirales a personas no diagnosticadas de VIH que tienen conductas sexuales de alto riesgo para evitar la infección del VIH (56). Algunos estudios apoyan la incorporación de la PrEP a la estrategia de prevención para los GBHSH con riesgo de infección por el VIH (57), como los participantes de *chemsex* (58). La eficacia clínica de la PrEP depende de la adherencia (59), siendo inconsistente en aquellas personas que participan en largas sesiones de sexo, de incluso 72 horas (60,61). Desde la introducción de esta medida preventiva, varios estudios han informado de una disminución en el uso de preservativos para protegerse de otras ITS, y un aumento de éstas entre los usuarios de PrEP (62), en parte debido al mayor número de análisis y procedimientos de detección de ITS. Este hecho de presentar un mayor riesgo sexual después de la adopción de una medida de seguridad como la PrEP se conoce como “compensación del riesgo”(63). La PrEP está resultando una excelente estrategia para la prevención de la infección por el VIH de un modo coste-beneficio, pero son escasos los estudios sobre la PrEP en grupos de características especiales, como los participantes en el *chemsex*, que pudieran condicionar su eficacia y seguridad.

Hábitos sexuales

En la actualidad, diversos estudios han encontrado que las prácticas sexuales que se mantienen bajo el efecto de drogas reducen el riesgo percibido (64–68), lo que se ha asociado a prácticas sexuales de riesgo (69–72). Las prácticas de riesgo más comunes entre las personas que practican *chemsex* son el menor uso del preservativo (73,74) y múltiples parejas sexuales ocasionales (38,75). Este riesgo se puede

incrementar con el *slamming* u otras prácticas sexuales con un riesgo más elevado de traumatismos, como el *fisting* (conducta sexual que consiste en la introducción parcial o total de la mano o parte del brazo en el ano/recto), que se producen con mayor facilidad dado el aumento del umbral del dolor bajo el efecto de algunas drogas (31,39).

Aspectos Sanitarios

Entre los riesgos más peligrosos de la práctica del *chemsex* se encuentran las ITS (10,43,76), la adicción (54,77) y la intoxicación (78,79), lo que ha generado frecuentemente una visión patológica y estigmatizante del *chemsex*, así como de las personas que lo practican. En la última década, los diagnósticos de ITS han aumentado en España entre los GBHSH (80). Es probable que una proporción significativa de esto se deba a la realización de un mayor número de exámenes de detección de ITS (81), aunque pueden existir otras razones. Diferentes estudios centrados en el consumo de drogas e ITS han mostrado un aumento en la probabilidad de adquirir el VIH al darse una mayor frecuencia de relaciones de riesgo (82–85). Por tanto, el *chemsex* estaría asociado con el comportamiento sexual y el riesgo de ITS, incluida la infección por VIH (11,29,47,76). Un efecto común de las drogas en el *chemsex* es la capacidad de prolongar las relaciones sexuales durante largos períodos de tiempo (34). Esto puede facilitar la transmisión del VIH al producirse una mayor incidencia de traumatismos en el recto y abrasiones en el pene, especialmente por las propiedades anestésicas de algunas sustancias (54). En un estudio realizado recientemente por Stevens et al. (76), alrededor de la mitad de los GBHSH VIH positivos atribuyeron su seroconversión al uso de drogas (47%), una minoría indicó iniciarse en el uso de drogas después del diagnóstico de VIH (35%) y, en una mayoría, el consumo de drogas existente se intensificó después del diagnóstico (52%). Las evidencias apuntan que en España alrededor de 4 de cada 10 pacientes atendidos en las consultas de VIH han practicado *chemsex* (86,87).

Además de la posible infección por alguna ITS, existen otros posibles riesgos asociados a la práctica del *chemsex*. Algunos estudios han señalado una asociación entre la práctica del *chemsex* y la dependencia a las sustancias. En su reciente estudio Rosenberger et al. (72), indicaron que una alta proporción de GBHSH que practicaba *chemsex* mostró signos de dependencia a la metanfetamina (46,0%), y casi una cuarta parte de los usuarios de *chemsex* no deseaban abstenerse de participar en las sesiones en el futuro. Otras consecuencias derivadas del consumo excesivo de sustancias en el *chemsex* es la intoxicación aguda (88,89). A lo largo

de los últimos años se han registrado numerosos casos de intoxicación tras un consumo elevado de sustancias como la mefedrona y el GHB (24,79). Sin embargo, algunos estudios señalan la importancia de considerar el *chemsex* como un comportamiento más complejo (y en ocasiones con algunos beneficios), en lugar de centrarse únicamente en resultados potencialmente peligrosos (90), sobre todo en aquellas personas que no tienen un uso problemático. Las particularidades del *chemsex* requieren un análisis más profundo y actualizado con el objetivo de promover intervenciones centradas en la mejora de la calidad de vida y el autocuidado de las personas que lo practican.

Aspectos Emocionales

Si bien en los últimos años se ha comenzado a estudiar el ajuste psicológico de las personas que consumen drogas con fines sexuales (13,48,91), las variables emocionales parecen ser menos investigadas que los efectos sobre la salud física (92). El consumo de sustancias psicoactivas se ha relacionado frecuentemente con una alta incidencia, prevalencia y gravedad de síntomas de salud mental en GBHSH (93). Por ejemplo, Tomkins et al. (19), en su revisión sistemática, señalaron que el *chemsex* puede estar asociado con complicaciones como la depresión, la ansiedad, la adicción o síntomas psicóticos. Del mismo modo, un estudio reciente desarrollado por Miltz et al. (94), señala que el consumo de drogas en contextos sexuales también se asocia con síntomas de ansiedad y depresión en GBHSH. No obstante, algunas investigaciones no han encontrado relación entre el *chemsex* y un peor ajuste psicológico (49,95). Recientemente algunas sustancias utilizadas para mejorar las experiencias sexuales como el MDMA y el GHB están recibiendo un mayor interés empírico, en especial en lo que respecta a su utilidad terapéutica entre personas que experimentan ansiedad, depresión, o narcolepsia (96–98). Si bien estas sustancias podrían ser potencialmente tóxicas, los efectos terapéuticos estarían mediados por la dosis y la vía de administración.

Otros estudios también han señalado que las complicaciones emocionales se comunicaron con mayor frecuencia entre los GBHSH con trastornos por consumo de alguna droga *chemsex* (99,100). Evers et al. (101) señalaron que una proporción significativa de GBHSH que consumían drogas con fines sexuales expresaron la necesidad de asesoramiento profesional sobre cuestiones relacionadas con el *chemsex*. El riesgo de complicaciones de salud mental en las personas que practican *chemsex* puede deberse a una variedad de razones, incluidos los prejuicios, la discriminación y el estigma social

como fuente de estrés a largo plazo (102–106). Según Meyer (104) los conflictos internos de las minorías sexuales pueden aumentar el riesgo de complicaciones de salud mental por el uso de sustancias, lo que puede verse agudizado por el escaso apoyo social para hacerlos frente (107). Las complicaciones de salud mental entre las personas que consumen drogas con fines sexuales contribuyen a su vulnerabilidad frente a los riesgos de contraer ITS, y puede reducir la eficacia de los esfuerzos de prevención del VIH (108). Actualmente son pocos los datos disponibles en España sobre la posible gravedad de los síntomas de salud mental de los participantes en el *chemsex*.

Nuestro estudio

Después de la Aproximación al *Chemsex* en España en 2016 (25), y en respuesta al aumento de usuarios atendidos, un nuevo informe destaca las complicaciones asociadas al *chemsex* y la situación actual de esta práctica en nuestro país. Aunque los estudios sobre este fenómeno han aumentado sustancialmente durante los últimos años, la evidencia empírica en España es aún considerablemente escasa. Por ello, se requiere información adicional de la práctica del *chemsex* entre GBHSH de cara a entender las características cambiantes de este fenómeno, y poder diseñar estrategias informativas y de intervención sobre los posibles riesgos para la salud sexual y mental. El objetivo de este estudio, por lo tanto, fue conocer la incidencia del *chemsex* entre los GBHSH en España, analizando las características sociodemográficas, sustancias, métodos de prevención, hábitos sexuales, y aspectos sanitarios y emocionales. A continuación, se discuten los resultados a nivel descriptivo en relación con estas cuestiones.

Metodología

En total, 670 personas participaron en la investigación. Teniendo en cuenta los objetivos de este estudio, se excluyeron 106 cuestionarios (15,8%) de aquellos participantes que no habían practicado *chemsex* (n = 86), y de aquellos que se auto identificaron como heterosexuales (n = 20). Así, la muestra final estuvo formada por 564 personas entre 18 y 70 años (edad media = 36,10, DE = 8,44). Entre ellos, la mayoría (n = 531, 94,1%) se auto identificaron como gays, y una minoría como bisexuales (n = 32, 5,7%) y queer (n = 1, <1%).

Características Sociodemográficas

En el cuestionario se solicitó a los participantes que indicaran su edad, orientación sexual actual, región de nacimiento, comunidad de residencia en la actualidad, nivel de estudios completados, situación laboral presente, y si tenían pareja estable o afectiva (en caso afirmativo, debían indicar qué modelo de pareja).

Triada App, Contextos y Motivaciones

Se pidió a los encuestados que señalaran los medios de contacto y Apps que solían utilizar para contactar con las personas con las que practicaban *chemsex*. Para conocer los contextos donde los participantes solían consumir las sustancias, se solicitó que indicasen si las ingerían solos, en pareja, en sesiones u orgías, y/o con amigos. Además, preguntamos cuáles fueron sus motivaciones para consumir sustancias distintas al alcohol con fines sexuales en los últimos 6 meses (para hacer el sexo más placentero, para sentir más confianza durante las relaciones sexuales, para tener más aguante físico, para facilitar prácticas que de otro modo podrían ser dolorosas, para no sentirme solo, para sentirme integrado dentro del grupo, para no dar explicaciones sobre mi estado serológico, para evadirme de mis problemas, u otras motivaciones). Se añadió una categoría abierta de “otras motivaciones” en la que los participantes podían especificar qué razones tenían si creían que no estaba incluida en las opciones propuestas. Estas respuestas se eligieron en base a investigaciones cualitativas con GBHSH realizadas previamente sobre las motivaciones para participar en el *chemsex* (41,42,95).

Consumo de Sustancias

Para explorar el uso de sustancias, entre otras cuestiones preguntamos a los participantes si habían utilizado drogas y/o alcohol en los últimos 12 meses y cuáles habían sido las vías de administración (oral, genital, anal, fumada, esnifada, e inyectada). Se analizaron las siguientes sustancias: alcohol, hachís/marihuana, éxtasis (MDMA), metanfetamina (crystal, tina, anfet, meta), GHB/GBL (éxtasis líquido), cocaína, ketamina (kitkat, Especial K), mefedrona (mefe, miao), LSD (ácido, tripi), heroína, medicamentos para la disfunción eréctil (Viagra®/Cia-

lis®/Levitra®/Caverjet®/Alprostadil®), poppers, burundanga, setas, y “otras sustancias”. Se utilizó una selección amplia de sustancias ya que, de acuerdo con la evidencia existente, sustancias como el alcohol, el hachís/marihuana, y la cocaína también se han asociado a las sesiones de *chemsex* (40,101,109). Se añadió una categoría abierta de “otras sustancias” en la que los participantes podían especificar qué droga usaban si consideraban que no estaba incluida en las opciones propuestas. Además, se preguntó acerca de la ingesta regular de otras sustancias como antidepresivos, ansiolíticos, esteroides y medicamentos homeopáticos, y si habían sido recetados por su médico.

A los participantes que indicaron haber consumido sustancias inyectadas o esnifadas se les preguntó si habían compartido en alguna ocasión el material de administración con otra persona. También, se pidió a los encuestados que señalaran la frecuencia aproximada de consumo de las sustancias anteriormente señaladas (diariamente, alguna vez por semana, alguna vez al mes, esporádicamente, o nunca). Para evaluar el control auto percibido sobre el consumo de sustancias, se preguntó a los participantes si habían sentido perder el control, y si la falta de control los había animado a recurrir a profesionales para intentar dejar de consumir. Por último, se solicitó que respondieran si tenían relaciones sexuales sin consumir drogas.

Métodos de Prevención

Para conocer el uso de los métodos para reducir el riesgo de contraer el VIH y otras ITS pedimos a los participantes que señalaran si habían utilizado preservativo (durante las sesiones de *chemsex*), PrEP, y Profilaxis Post Exposición (PPE). Para evaluar el uso del preservativo durante el consumo de drogas se pidió a los participantes que indicasen si el consumo de drogas les ha inducido a mantener sexo sin preservativo en alguna ocasión durante los 6 meses anteriores. En el caso afirmativo de estar en tratamiento de PrEP, se preguntó cómo se tomaba (diariamente, a demanda, “otra”), si se consumía en seguimiento médico, y si habían tenido olvidos o retrasos en la toma en las últimas cuatro semanas. Por último, a los que habían tomado PPE, se les solicitó que indicasen el número de veces que la habían consumido en los últimos 12 meses.

Hábitos Sexuales

Pedimos a los participantes que informaran sobre diferentes prácticas sexuales, así como si se llevaban a cabo con alguna medida de protección. Las prácticas analizadas fueron la penetración anal receptiva, penetración anal insertiva, sexo oral receptivo, sexo oral insertivo, y *fisting* receptivo e insertivo. A las personas que realizaban sexo anal receptivo e insertivo sin preservativo se les preguntó si solían eyacular dentro. Se eligieron estas cuestiones sobre la base de estudios cuantitativos previos que examinaron algunas de las prácticas sexuales de riesgo que se han asociado al *chemsex* (39,73,75). Por último, para evaluar el control auto percibido sobre las prácticas sexuales, se solicitó a los participantes que señalaran si habían sentido perder el control sobre su vida sexual. En caso afirmativo se preguntó si habían solicitado asesoramiento profesional.

Aspectos Sanitarios

Para analizar los aspectos relativos a la salud, se solicitó a los participantes que indicasen si fueron diagnosticados o no de alguna ITS en los últimos 24 meses. Concretamente, se preguntó si se habían realizado en alguna ocasión la prueba del VIH, cuál había sido el resultado, si estaban o no en tratamiento, si mantenían una carga viral indetectable, y si habían tenido dos olvidos o retrasos en la toma del tratamiento antirretroviral en las últimas cuatro semanas. En caso de no haber sido diagnosticado de VIH, preguntamos cuándo fue la última vez que se realizaron la prueba. Para analizar la incidencia del virus de la hepatitis C (VHC), se pidió a los participantes que respondieran si se habían realizado alguna prueba para su diagnóstico. En caso afirmativo, se preguntó cuál fue el resultado, en cuántas ocasiones habían sido diagnosticados, y si estaban en tratamiento. Además, se preguntó si, en caso de no recibir tratamiento para el VHC, habían negativizado de forma espontánea. Del mismo modo se consultó a los encuestados cuándo había sido la última vez que se habían realizado una prueba diagnóstica para el VHC. Se solicitó a los participantes que indicaran si hablaban con las personas con las que practicaban *chemsex* sobre sus estados serológicos. Para evaluar la prevalencia del resto de ITS, se pidió a los participantes que señalaran si habían sido diagnosticados de alguna otra ITS (gonorrea, sífilis, clamidiasis, hepatitis A, hepatitis B, herpes genital, candidiasis, virus del papiloma humano, linfogranuloma, "otra ITS"). En las ITS se incorporó la opción de "otras" por si los participantes contemplaban otras opciones que no estaban incluidas entre las propuestas.

Aspectos emocionales

La medida de aspectos emocionales incluyó preguntas sobre las posibles consecuencias psicológicas de practicar *chemsex* y su frecuencia de aparición (siempre, frecuentemente, esporádicamente, y nunca): sentimientos de plenitud posteriores, respeto a las preferencias y gustos sexuales, percepción de dañarse o falta de autocuidado, cumplimiento de expectativas, repercusión en las relaciones personales, familiares y/o laborales, y realización de actividades de ocio no relacionadas con la práctica del *chemsex*. Además, los participantes indicaron con qué frecuencia habían experimentado diferentes sentimientos (depresión, ansiedad o inquietud, deseo de volver a tener otra sesión, soledad, sentirse observado y a veces vigilado por alguien alrededor, y sentirse que se hace daño) pasados dos o tres días después de tener sexo y consumir drogas.

Las encuestas en línea han proporcionado estimaciones útiles de la incidencia del *chemsex* entre los GBHSH en Europa (110). Por ello, recopilamos los datos de forma anónima mediante una encuesta transversal autoadministrada en línea del 14 de febrero al 22 de julio de 2021. Se invitó a participar a GBHSH con edad igual o superior a 18 años principalmente a través de redes sociales (Facebook, Twitter e Instagram), post en los blogs (de Apoyo Positivo e Imagina Más), y mediante correos electrónicos. Los criterios de inclusión para participar en el presente estudio fueron: (1) tener una edad mínima de 18 años; (2) ser GBHSH sexualmente activo; (3) hacer uso de sustancias en contexto sexualizado. Quienes decidieron acceder al cuestionario fueron dirigidos a una pantalla inicial donde se les informó sobre el objetivo y contenido del estudio. Se informó a los participantes que podían optar por no responder a las preguntas y que la participación en el estudio podía interrumpirse en cualquier momento y por cualquier motivo sin consecuencias. Se animó a los participantes a hacer preguntas si tenían dificultades para responder a cualquiera de los elementos. Antes de ser redirigidos al cuestionario, los participantes debían indicar que estaban completando la encuesta voluntariamente marcando la casilla correspondiente. No se ofreció ningún incentivo a los participantes a cambio de su participación. Todos los datos del estudio se recopilaron de forma anónima. La encuesta requirió aproximadamente de 10-15 minutos para completarse. Este estudio siguió los estándares éticos y las normas de la Declaración de Helsinki. Este estudio ha sido avalado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a través del programa “Plan Nacional sobre Drogas” en la convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre adicciones (Proyecto Ref. 2020I060).

Características sociodemográficas

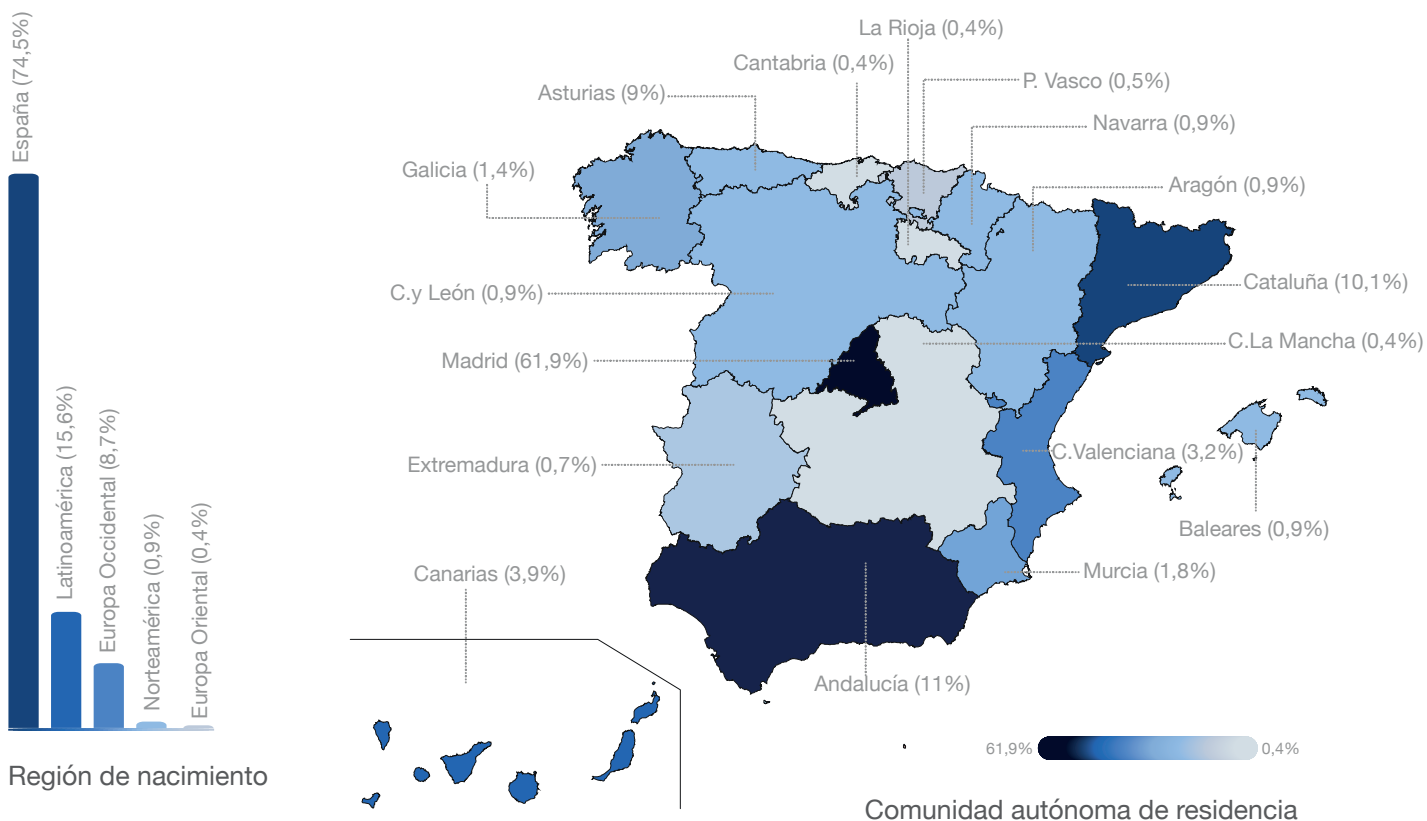
En los últimos años se está prestando atención a las tendencias de consumo, así como a los posibles factores protectores o facilitadores personales y sociales sobre el consumo de drogas con fines sexuales. Sin embargo, la naturaleza social del *chemsex* requiere conocer los posibles cambios en el perfil de sus participantes. La edad, la región de nacimiento, el nivel educativo, y la situación laboral y sentimental, constituyen algunas de las variables más importantes para la confección del perfil de usuario de *chemsex*. Por ello, a continuación, analizaremos las características sociodemográficas de los encuestados en el estudio con el objetivo de crear el perfil actual del participante en el *chemsex* en España.

Región de nacimiento y comunidad autónoma de residencia

Cuando se preguntó sobre la región de origen, el 74,5% de los encuestados indicaron haber nacido en España. Los participantes que nacieron fuera de España lo hicieron mayoritariamente en Latinoamérica (15,6%) y en Europa occidental (8,7%). Las regiones con una representación de participantes inferior al 1% fueron Norteamérica (0,9%), y Europa oriental (0,4%).

Entre los factores que pueden incrementar la vulnerabilidad ante el consumo de sustancias con fines sexuales se encuentra el lugar de residencia. Concretamente, una mayor prevalencia de consumo de drogas relacionadas con el sexo se ha relacionado con residir en grandes ciudades (23,35). La identificación de estas comunidades es primordial para conocer los posibles cambios en las tendencias de consumo, así como para el desarrollo de programas e intervenciones asistenciales centrados en las particularidades de esos lugares. Por ello, solicitamos a

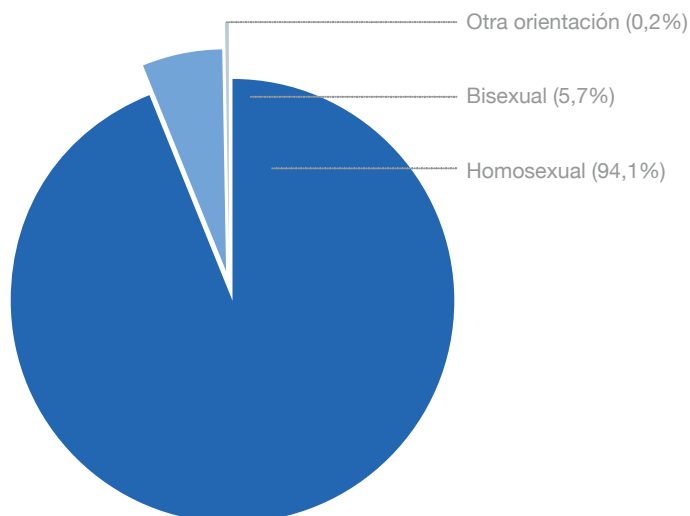
los participantes que indicasen la comunidad donde residían. Un amplio porcentaje de encuestados (61,9%) señalaron residir en la Comunidad de Madrid. Andalucía (11%), Cataluña (10,1%), Canarias (3,9%), y Comunidad Valenciana (3,2%) fueron, por este orden, las comunidades de residencia más representadas en el estudio por detrás de la Comunidad de Madrid. Las regiones de residencia con una presencia inferior al 3% de participantes fueron Murcia (1,8%), Galicia (1,4%), Aragón (0,9%), 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%). Estos datos destacan que las comunidades más pobladas son las más representadas en el estudio. No obstante, dado que el diseño de este estudio no tuvo en cuenta la representatividad de las regiones y que el número de participantes en algunas comunidades fue pequeño, estos datos deben interpretarse con cautela.



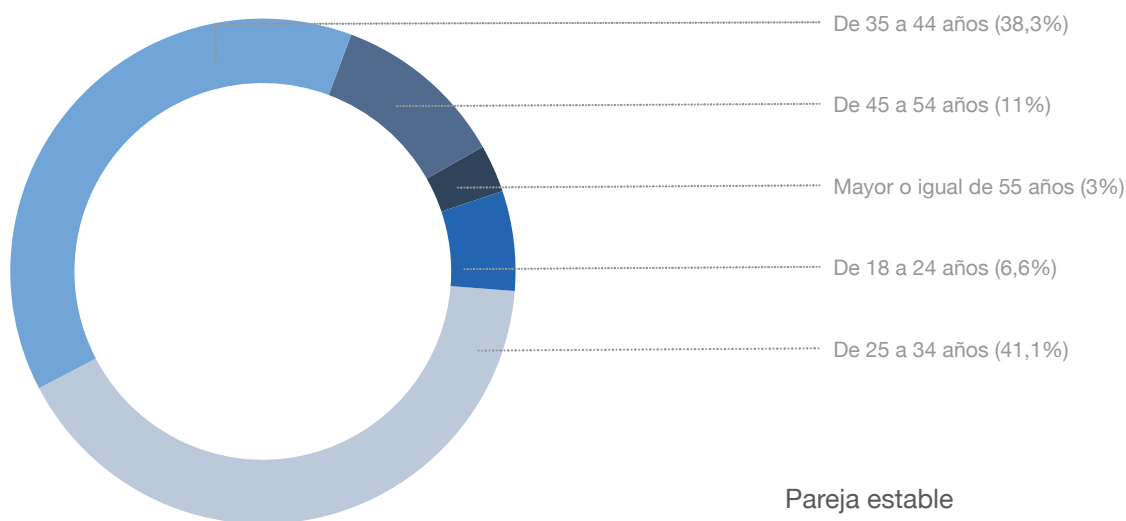
Edad y orientación sexual

La muestra final del estudio estuvo formada por 564 hombres entre 18 y 70 años que practicaron *chemsex*. La edad media de los participantes fue de 36,10 años (DE = 8,44), coincidiendo con la media observada en estudios previos que se situaba entre los 31,5 y 37,2 años (111,112). El grupo de edad con mayor representación en el estudio fue el comprendido entre los 25 y los 34 años (41,1%), seguido de 35-44 años (38,3%), 45-54 años (11,0%), 18-24 años (6,6%), y mayores o igual a 55 años (3,0%). Por tanto, el perfil de edad del usuario de *chemsex* en nuestra muestra es el de un hombre entre los 25 y 44 años (79,4%), mientras que los más jóvenes y los más mayores constituyen casos más minoritarios en este fenómeno. Si bien los jóvenes son muy vulnerables al consumo de sustancias, el *chemsex* no parece ser tan prevalente entre los adultos menores de 25 años, como señala la evidencia empírica previa obtenida para GBHSH (13,46).

Orientación sexual



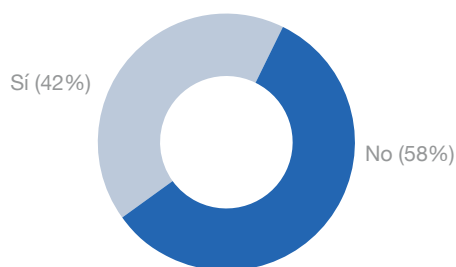
Edad



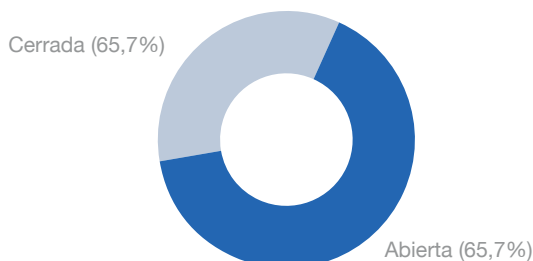
Relación de pareja

De los participantes en el estudio, un 58,0% declararon no tener pareja sentimental o afectiva en el momento en el que realizaron la encuesta, frente al 42,0% que sí refirieron tener pareja estable. Entre las personas que indicaron tener pareja, una mayoría señalaron estar/encontrarse en una relación abierta (65,7%), mientras que un tercio (34,3%) indicaron tener un modelo de relación cerrada o monógama.

Pareja estable



Modelo de pareja



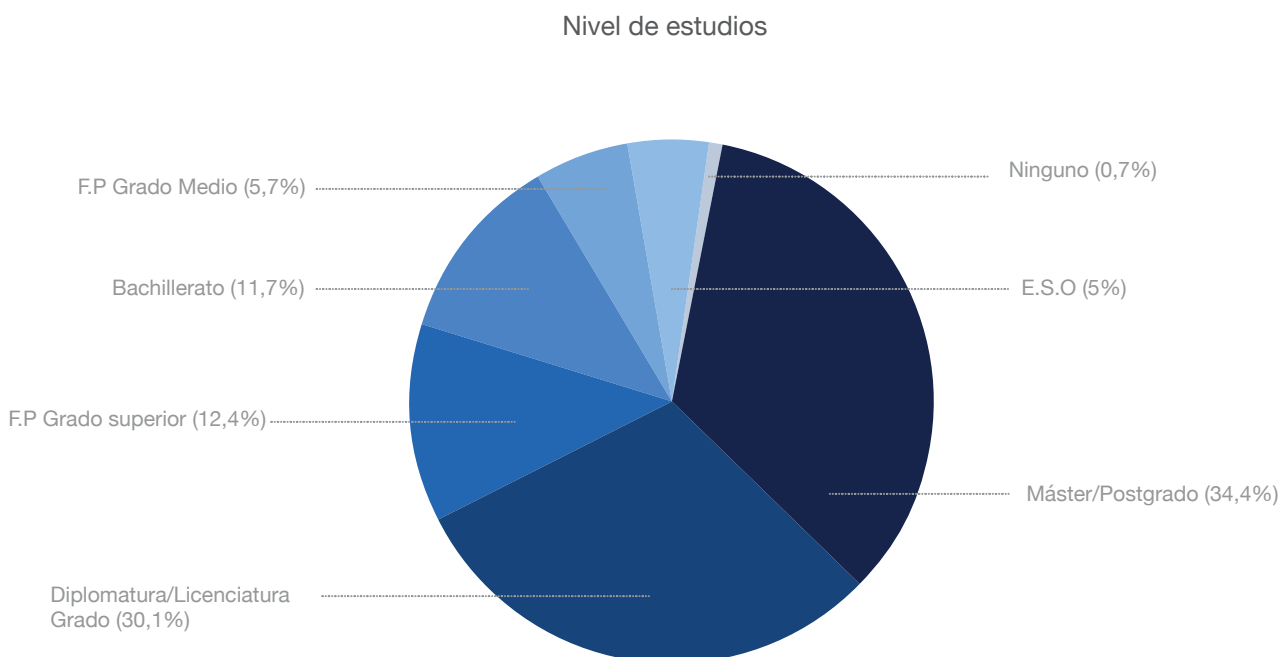
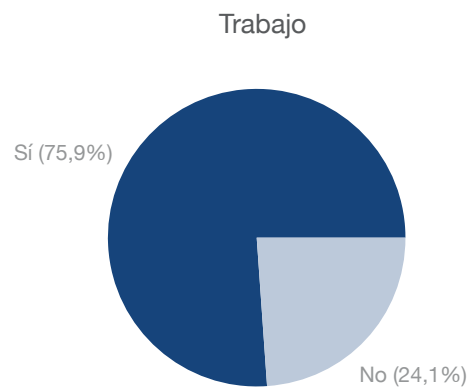
Nivel de estudios completados y situación laboral

Cuando se preguntó sobre el nivel de estudios completado, la mayoría de los encuestados refirieron haber concluido estudios universitarios (64,5%) y, dentro de éstos, un 34,4% habían finalizado estudios de postgrado, y un 30,1% Diplomaturas/Licenciaturas/Grados. Los participantes que no habían concluido estudios universitarios en el momento de realizar la encuesta indicaron haber completado estudios de Formación Profesional Grado Superior (12,4%), Bachillerato (11,7%), Formación Profesional Grado Medio (5,7%), y Educación Secundaria Obligatoria (5,0%). Únicamente el 0,7% de los participantes refirieron no tener ningún tipo de estudios. Estos datos coinciden con los hallazgos encontrados por Ruiz-Robledillo et al. (87), donde la mayoría de las personas que consumen drogas con fines sexuales tenían un alto nivel educativo.

Las características socioeconómicas constituyen uno de los factores que pueden influir en el consumo de sustancias. Por ello, preguntamos a los participantes cuál era su situación laboral. Aproximadamente tres cuartas partes (75,9%) de las personas encuestadas señalaron encontrarse trabajando en el

momento de realizar la encuesta, y un 24,1% refirieron estar en situación de desempleo. Estos resultados coinciden con estudios previos que señalan que la mayoría de los GBHSH que participan en las sesiones de *chemsex* son activos laboralmente (114,115).

Por lo tanto, el perfil de las personas que participaron en este estudio es un hombre gay de entre 25 y 44 años, nacido en España, con alto nivel educativo, activo laboralmente, y sin pareja estable en el momento de realización de la encuesta.



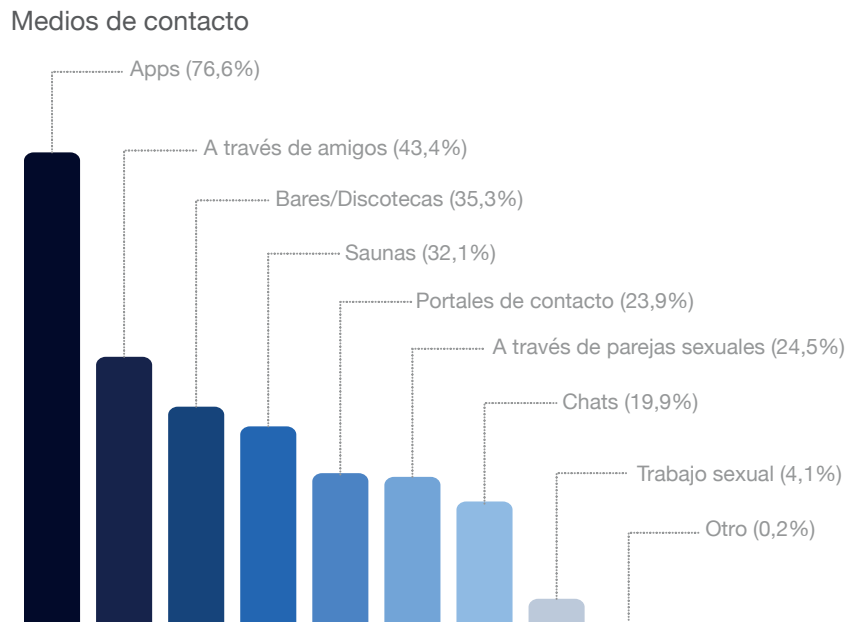
Triada, apps, contextos y motivaciones

Los medios y contextos para concretar un encuentro sexual, adquirir sustancias, o recibir invitaciones para participar en el *chemsex* han resultado ser aspectos fundamentales en el desarrollo de estos encuentros entre GBHSH. De la misma forma, las motivaciones relacionadas con el uso instrumental de drogas se han identificado como condicionantes individuales para participar en el *chemsex*. Dada la importancia de los medios, contextos, y motivaciones que subyacen al consumo de sustancias con fines sexuales, a continuación estudiaremos estas cuestiones con el objetivo de ampliar la evidencia existente en nuestro país.

Contacto con las personas con las que se practica *chemsex* y apps de contactos

Para conocer los medios a través de los cuales contactan los GBHSH para practicar *chemsex*, preguntamos a los participantes dónde se producen esos contactos. La mayoría (76,6%) señalaron las apps de contactos como la vía más frecuentemente utilizada, a través de amigos (43,4%), bares y discotecas (35,3%), saunas gays, (32,1%), parejas sexuales

(24,5%), portales de contactos (23,9%), chats (19,9%) y, en menor medida, a través de un trabajador sexual (4,1%), u otras vías (0,2%). Estos datos muestran que parece existir una predilección por utilizar las Apps de geolocalización como medio de comunicación con otros hombres para participar en el *chemsex*.

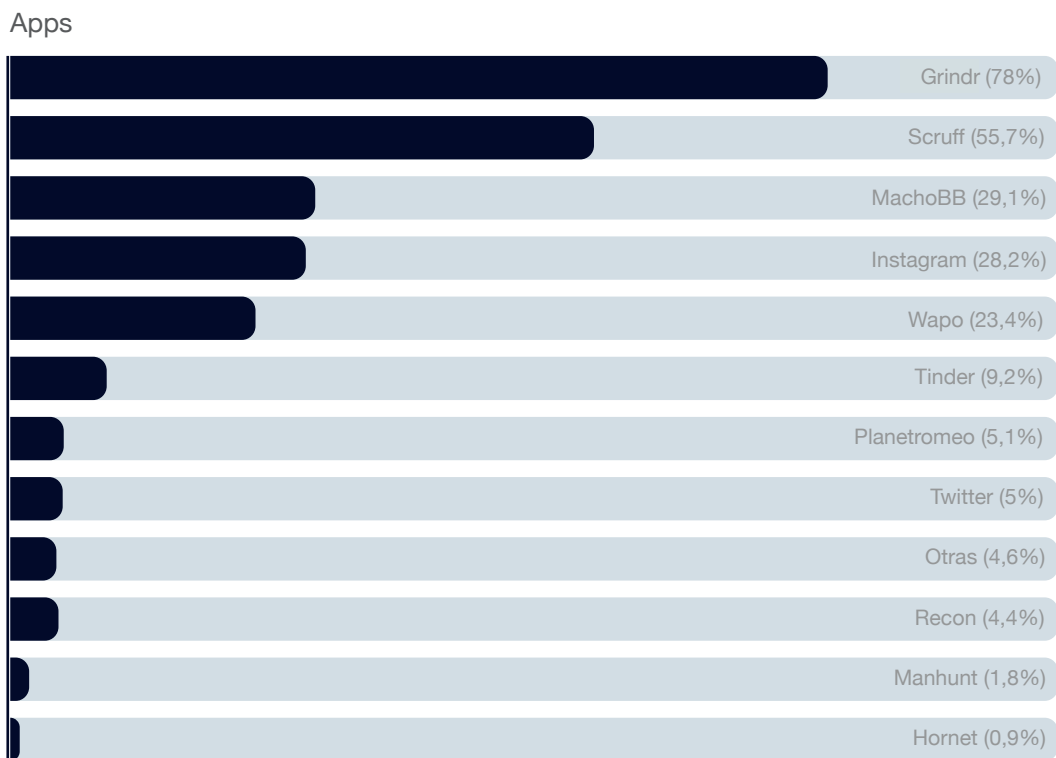


Estudios previos en GBHSH también destacan la relevancia de las redes sociales de geolocalización en la popularidad del *chemsex* (22,26). Entre las múltiples aplicaciones móviles de contactos destinadas a GBHSH, preguntamos a los participantes qué

aplicaciones utilizaban más frecuentemente para contactar con las personas con las que practicaban *chemsex*. La App *Grindr* fue la más empleada por los encuestados (78,0%), seguida de *Scruff* (55,7%), *MachoBB* (29,1%), *Instagram* (28,2%), y *Wapo*

(23,4%). El resto de Apps fueron menos utilizadas, concretamente un 9,2% de participantes utilizaron *Tinder*, un 5,1% *PlanetRomeo*, un 5,0% *Twitter*, un 4,4% *Recon*, un 1,8% *ManHunt*, un 0,9% *Hornet*, y un 4,6% indicó utilizar otras Apps de contactos.

Aunque estas aplicaciones de geolocalización proporcionan inmediatez, disponibilidad y accesibilidad a parejas y drogas, distan de ser la causa de las sesiones de *chemsex* (116).

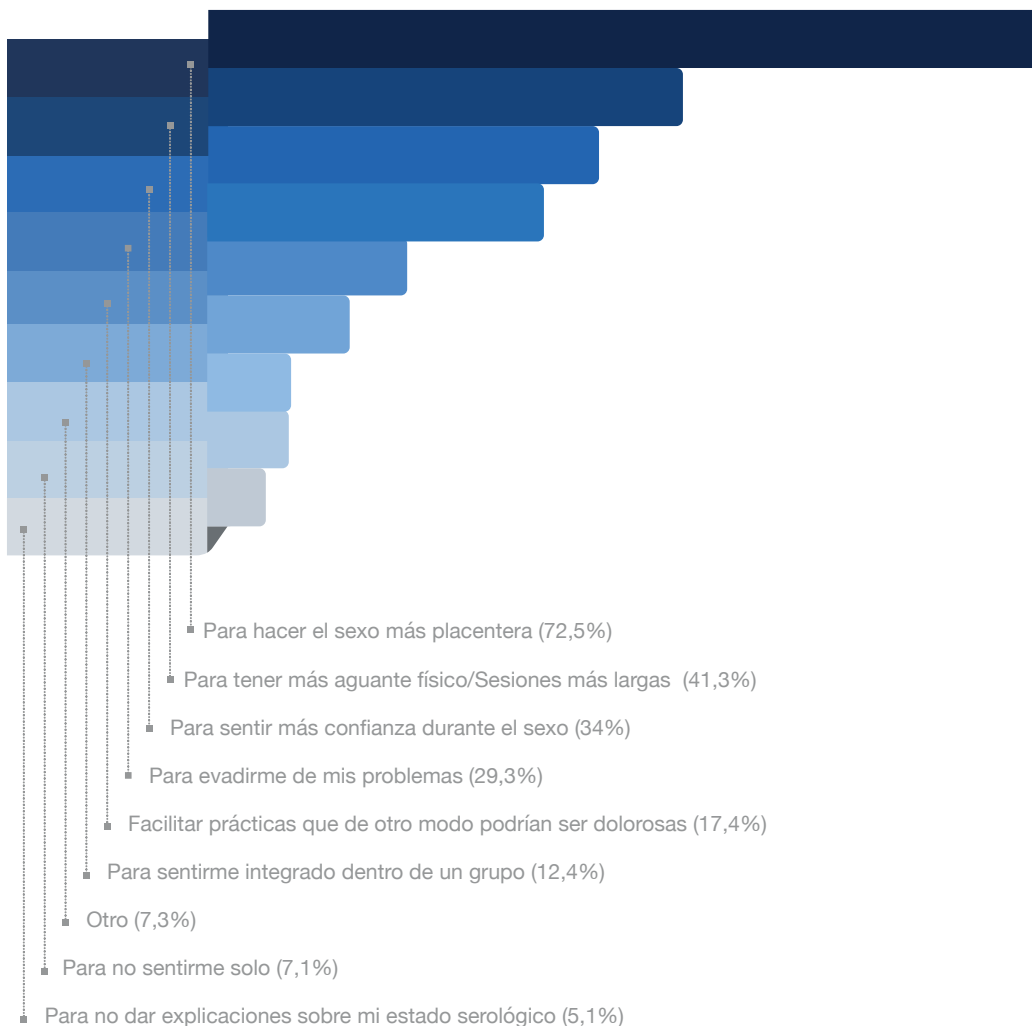


Motivaciones para practicar *chemsex* en los últimos 6 meses

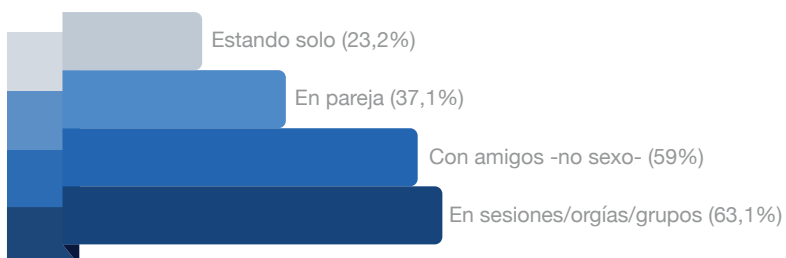
Varios estudios encontraron diversas motivaciones para participar en las sesiones de *chemsex*. Algunos usuarios toman drogas específicamente para aumentar la euforia, la excitación sexual, y para superar la inhibición y la falta de confianza en sí mismos para realizar determinadas prácticas sexuales (117). Para confirmar y ampliar la evidencia existente analizamos las principales razones de los participantes para participar en el *chemsex* en nuestra muestra. El motivo señalado más frecuentemente fue hacer la relación sexual más placentera (72,5%). Otras razones ampliamente reportadas fueron para tener más aguante físico y así poder disfrutar de sesiones de sexo más largas (41,3%), para sentir más confianza durante las relaciones sexuales (34,0%), y para evadirse de los problemas (29,3%). Facilitar prácticas que, de otro modo, podrían ser dolorosas, fue referido por el 17,4% de los participantes, un 12,4% indicó haberlo practicado para

sentirse integrado dentro del grupo, un 7,1% para no sentirse solo, un 5,1% para no dar explicaciones sobre su estado serológico, mientras que un 7,3% señalaron otros motivos. Si bien estos datos sugieren que la mayoría de encuestados participaban en el *chemsex* para hacer más placentera la relación sexual, un tercio de los participantes refirieron formar parte en las sesiones para aumentar la confianza durante las relaciones sexuales. Esto podría explicarse, en parte, mediante la Teoría del Escape Cognitivo de McKirnan (1996). Esta teoría sugiere que los GBHSH consumen diversas drogas durante el sexo para aliviar el conflicto interno sobre las normas sociales y sexuales. Estos hallazgos son compatibles con los obtenidos por Graf et al. (42), que indicaron que los GBHSH pueden usar las drogas como medio para alcanzar los niveles deseados de intimidad sexual con otras personas.

Motivos por los que practicas *chemsex*



Cómo practicas *chemsex*



Contextos de consumo

Analizamos los contextos de consumo preguntando a los participantes en qué circunstancias habían consumido drogas en los 12 meses anteriores. Un 63,1% de los encuestados refirió consumir principalmente en sesiones de sexo, orgías o en grupos, un 59,0% señaló hacerlo con amigos en contextos no

sexualizados, un 37,1% en pareja, y un 23,2% estando solo. Estos datos sugieren que los participantes en este estudio prefieren consumir drogas en entornos sexuales y, en menor medida, en contextos recreativos.

Consumo de sustancias

En la actualidad el uso intencional de drogas en el ámbito sexual se ha convertido en una prioridad de salud pública que afecta principalmente a los GBHSH (17,65). Mientras que algunos consumen drogas de manera ocasional con el objetivo de mejorar sus relaciones sexuales, otros utilizan las drogas con fines sexuales con mucha más regularidad (1). Sin embargo, no todos los GBHSH informan de un uso problemático (118). El tipo de sustancia, la vía de administración, la combinación de diferentes drogas, la utilización de dosis cada vez más altas, y la frecuencia de consumo, podrían estar detrás de las consecuencias más indeseables del consumo de drogas. Por tanto, en este estudio, se analizan los patrones de consumo de diferentes sustancias que se producen más allá de las asociadas a la práctica del chemsex.

Sustancias consumidas en el último año

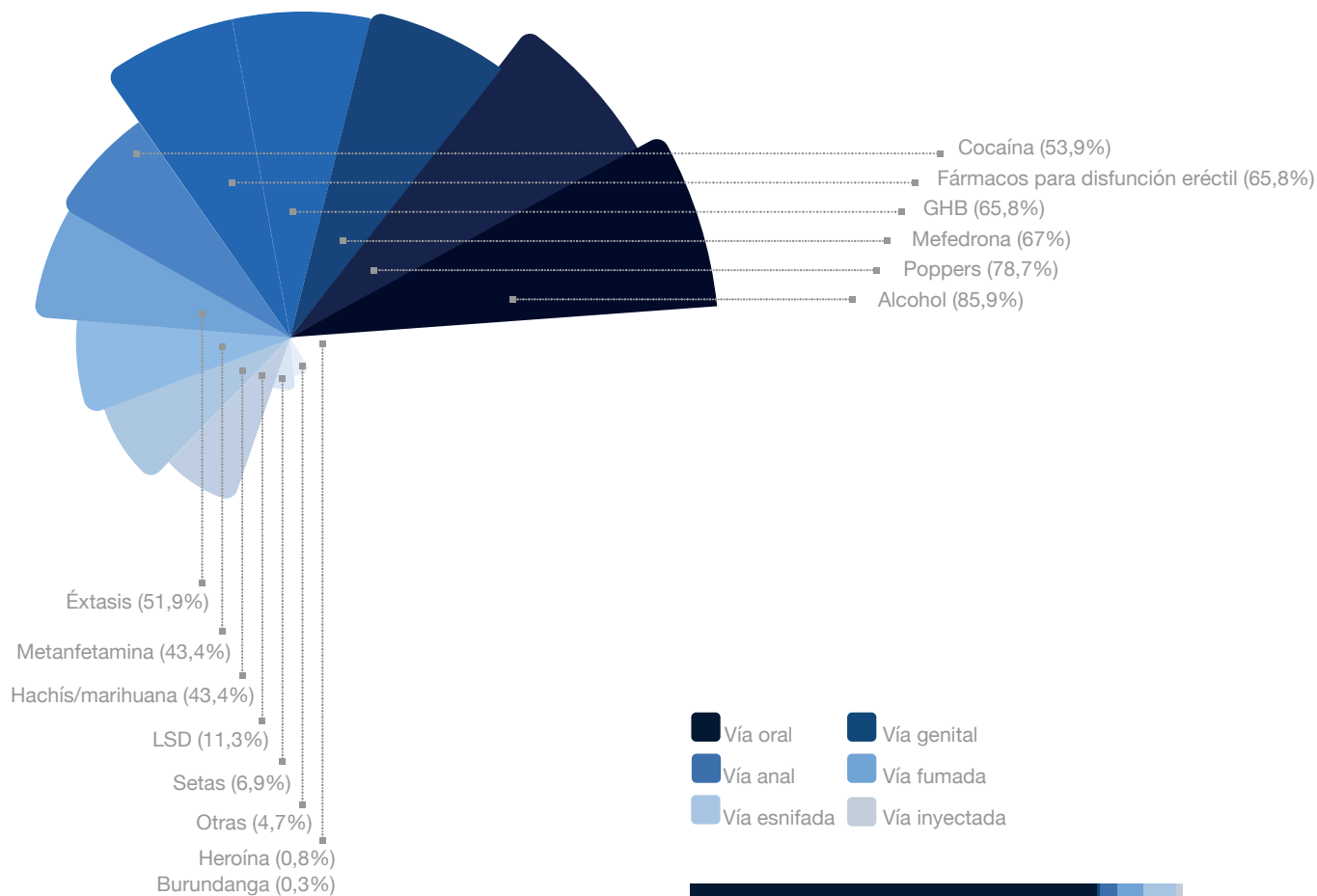
El análisis de las sustancias de consumo entre los GBHSH resulta necesario para conocer las prevalencias, disponibilidad, tendencias e identificación de nuevas sustancias psicoactivas o drogas emergentes. Para ello, estudiamos cuáles fueron las sustancias más consumidas durante el último año por los participantes.

Según los datos extraídos en este estudio, la sustancia consumida más frecuentemente fue el alcohol (85,9%), seguida de poppers (78,7%), mefedrona (67,0%), GHB/GBL (65,8%), fármacos para la disfunción eréctil (65,8%), cocaína (53,9%), éxtasis (51,9%), metanfetamina (43,4%), ketamina (40,2%), hachís/marihuana (37,9%), y LSD (11,3%). Las sustancias examinadas con una prevalencia de consumo inferior al 10% fueron las setas (6,9%), la heroína (0,8%), y la burundanga (0,3%). Además de estas sustancias, algunos participantes señalaron consumir otras drogas que no aparecían entre las opciones de respuesta propuestas (4,7%). Entre estas cabe destacar la detección de nuevas sustancias de alta peligrosidad tóxica como la 4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina (“2-CB”, “nexus”, “cocaína rosa”, o “tusi”) (0,9%), el alfa-PVP (“flakka”) (0,3%), y el cloruro de etilo (0,3%). Estos resultados destacan que el alcohol y los poppers son las sustancias consumidas más comúnmente por los participantes en el estudio. Esto podría deberse a su relativamente fácil acceso, a una menor percepción de su peligrosidad, y a su consumo normalizado entre los GBHSH (119,120). Sería interesante que futuros estudios analizaran la posible influencia del consumo del alcohol y los poppers en la génesis y mantenimiento del consumo de otras sustancias con mayor capacidad tóxica, así como si su consumo pudiera tener efectos facilitadores o de desinhibición en la práctica de conductas sexuales de riesgo como el retraso en la disponibilidad del preservativo. Por otro lado, las drogas emergentes comprenden un conjunto heterogéneo de sustancias en continua evolución, e Internet está siendo un instrumento facilitador de publicidad, propagación y compraventa de sustancias. Por ello, son necesarias acciones

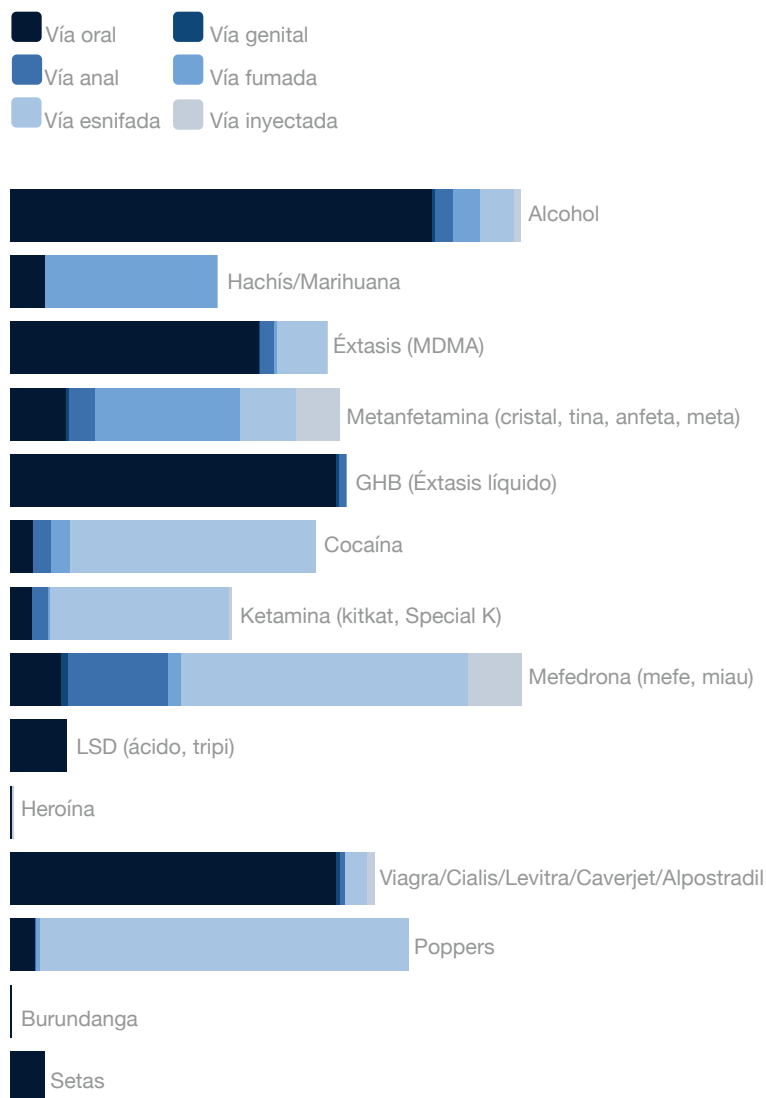
encaminadas a promover la información en las redes digitales y sistemas de alerta temprana de nuevas sustancias psicoactivas entre los GBHSH usuarios de drogas.

El análisis de las vías de administración de las diferentes sustancias resulta primordial a la hora de establecer las estrategias más adecuadas de disminución de riesgos y reducción de daños. Por ello, solicitamos a los participantes que indicasen a través de qué vías consumían sustancias. El alcohol fue preferentemente consumido mediante la vía oral (84,8%) y, en menor grado, mediante la anal (3,7%) y genital (0,5%). Un 73,8% de los encuestados eligieron consumir poppers mediante la vía de administración inhalada, siendo menos habitual la vía oral (5,0%), fumada (0,7%) y anal (0,2%), resultando esta última elección escasamente reportada. La mefedrona fue consumida a través de diferentes vías de administración, siendo la más utilizada la vía esnifada (57,3%); le siguieron la anal (20,0%), inyectada (10,8%), oral (10,1%), fumada (2,7%), y genital (1,4%). Un 65,2% de los participantes en el estudio señalaron haber utilizado GHB/GBL utilizando la vía oral como forma más común de consumo, seguidas de la vía anal (1,4%), la vía genital (0,5%), y la vía esnifada (0,2%), resultando esta última la forma de administración minoritaria. Los fármacos para la disfunción eréctil fueron consumidos principalmente mediante la vía oral (65,2%) y, en menor frecuencia, por las vías esnifada (4,3%), inyectada (1,6%), anal (1,1%), y genital (0,7%). De los participantes en el estudio, un 49,1% eligió consumir cocaína mediante la vía de administración esnifada, mientras que el resto eligieron la vía oral (4,6%), la vía fumada (3,9%), y la vía anal (3,5%). El éxtasis fue consumido preferentemente por la vía oral (49,8%), seguidas de las vías esnifada (9,9%), anal (2,7%), fumada (0,7%), y las vías genital e inyectada (0,2% respectivamente). Entre los participantes en el estudio, la vía fumada fue la más elegida por los consumidores de metanfe-

Sustancias consumidas



tamina (29,1%). Otras vías de consumo de metanfetamina fueron la oral (11,2%), esnifada (11,2%), inyectada (8,7%), anal (5,3%), y genital (0,4%). El hachís/marihuana fueron consumidos por vía fumada (34,4%) y, en menor grado, por vía oral (6,9%) y esnifada (0,2%). Un 35,8% de los encuestados eligió consumir ketamina mediante la vía esnifada, un 4,4% utilizó la vía oral, un 3,0% la anal, un 0,7% la inyectada, y un 0,4% la fumada. Entre las sustancias más minoritarias, el LSD se consumió por vía oral (11,3%), de la misma forma que las setas (6,9%). Una minoría de los participantes en el estudio indicaron haber consumido heroína (0,6%), de ellos un 0,2% lo hizo por vía oral, fumada e inyectada respectivamente. La burundanga fue consumida vía oral (0,2%) y vía esnifada (0,2%) por los participantes en el estudio. Cabe destacar el importante porcentaje de personas que señalaron consumir mefedrona (10,8%) y metanfetamina (8,7%) mediante la vía de administración inyectada, lo que estudios previos han asociado a consecuencias más graves para la salud física y mental, como conductas sexuales de riesgo y síntomas de ansiedad y depresión (36,92,121). Este escenario resulta clave a la hora de intensificar los esfuerzos de detección, prevención y reducción de daños para la salud de las personas que mantienen dichas prácticas.

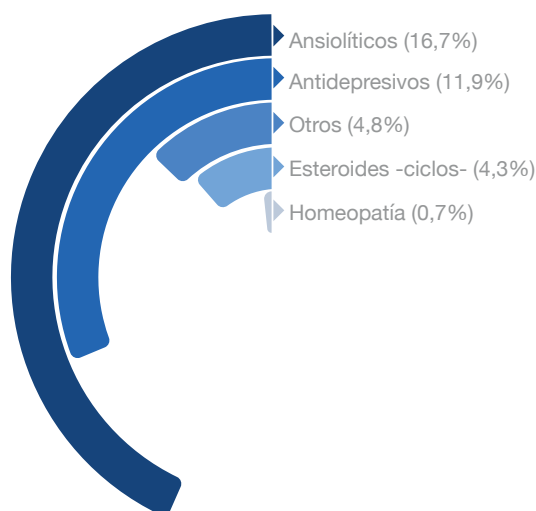


Consumo regular de otras sustancias

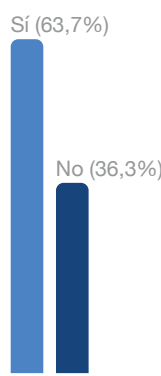
Según el Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicción, España encabeza el consumo legal de algunos psicofármacos en la Unión Europea (122), por lo que decidimos analizar el consumo de antidepresivos, ansiolíticos y otras sustancias de consumo normalizado en nuestra muestra de usuarios de *chemsex*. Los fármacos consumidos más frecuentemente fueron los ansiolíticos (16,7%), seguidos de antidepresivos (11,9%), esteroides (4,3%), y medicamentos homeopáticos (0,7%). Un 4,8% de participantes refirió estar consumiendo otros fármacos. Una mayoría de los encuestados señaló tomar estos

fármacos con receta médica (63,7%), mientras que un 36,3% indicó no disponer de ella. Entre aquellos que señalaron consumirlos con receta médica, un 71,5% refirieron seguir la prescripción médica, frente al 28,5% que no siguieron las recomendaciones médicas para su ingesta. Estos datos reflejan que una parte importante de participantes hace uso de diferentes fármacos sin prescripción de un especialista, lo que podría acarrear complicaciones para la salud física y mental (123,124), especialmente cuando se mezclan con otras sustancias como el alcohol (125).

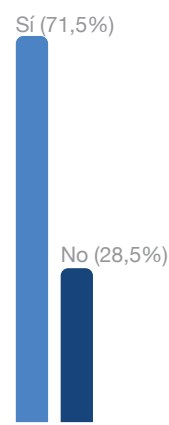
Otras sustancias



¿Recetado por el médico?



¿Según prescripción médica?



Frecuencia de consumo de sustancias

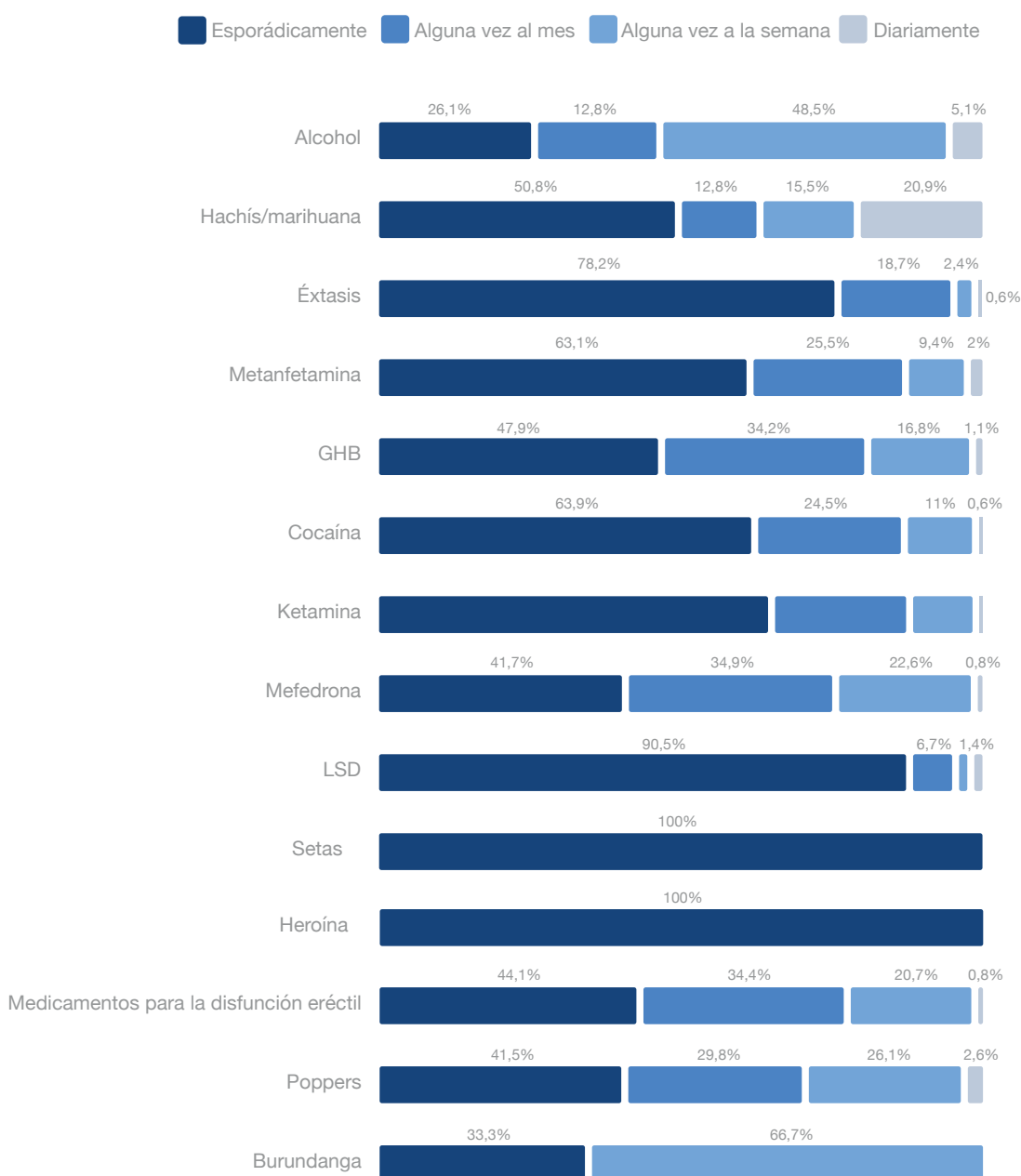
La frecuencia de consumo se considera uno de los índices más importantes de predicción del consumo problemático de drogas, por lo que solicitamos a los participantes que indicasen el número aproximado de días que habían consumido cada una de las sustancias. Comprobamos que el alcohol fue consumido principalmente alguna vez por semana (48,5%), seguido de esporádicamente (26,1%), alguna vez al mes (20,3%), y diariamente (5,1%). El 50,8% de los consumidores de hachís/marihuana indicaron consumirlo principalmente de manera esporádica, seguido de diariamente (20,9%), alguna vez por semana (15,5%), y alguna vez al mes (12,8%). La frecuencia de consumo de éxtasis fue de forma esporádica (78,2%) seguido de alguna vez al mes (18,7%), alguna vez por semana (2,4%), y diariamente (0,6%). Entre los usuarios de metanfetamina el consumo se hizo mayoritariamente de forma esporádica (63,1%), mientras que un 25,5% la consumieron alguna vez al mes, un 9,4% alguna vez por semana y un 2,0% diariamente. El consumo de GHB/GBL se realizó

principalmente de forma esporádica (47,9%), seguida de alguna vez al mes (34,2%), alguna vez a la semana (16,8%), y diariamente (1,1%). Un 63,9% de los participantes que refirieron haber consumido cocaína señalaron haberlo hecho de forma esporádica, un 24,5% alguna vez al mes, un 11,0% alguna vez por semana, y un 0,6% diariamente. El consumo de mefedrona fue principalmente esporádico (41,7%), mientras que un 34,9% de los que la tomaban señalaron hacerlo alguna vez al mes, un 22,6% alguna vez por semana, y un 0,8% diariamente. El consumo de LSD, siendo más minoritario, fue principalmente consumido de forma esporádica (90,5%), alguna vez al mes (6,7%), alguna vez a la semana (1,4%), y diariamente (1,4%). Los consumidores de heroína refirieron hacerlo siempre de forma esporádica (100%). Un 44,1% de los usuarios de medicamentos para la disfunción eréctil indicaron consumirlos principalmente de forma esporádica, un 34,4% alguna vez al mes, un 20,7% alguna vez por semana, y una minoría diariamente (0,8%). La frecuencia de

consumo de poppers fue esporádicamente (41,5%), alguna vez al mes (29,8%), alguna vez por semana (26,1%), y diariamente (2,6%). La burundanga fue consumida alguna vez por semana (66,7%) o de forma esporádica (33,3%). Por último, entre los consumidores de setas el consumo fue siempre esporádico (100%). Estos hallazgos indican un consumo dependiente de algunas sustancias. Concretamente, una parte no desdeñable de los partici-

pantes que consumían hachís/marihuana (20,9%), alcohol (5,1%), poppers (2,6%), y metanfetamina (2,0%) indicaron hacerlo diariamente. Mientras que una parte importante de los consumidores de alcohol (48,5%), poppers (26,1%), mefedrona (22,6%), medicamentos para la disfunción eréctil (20,7%), y GHB/-GBL (16,8%) refirieron hacerlo alguna vez a la semana.

Frecuencia de consumo



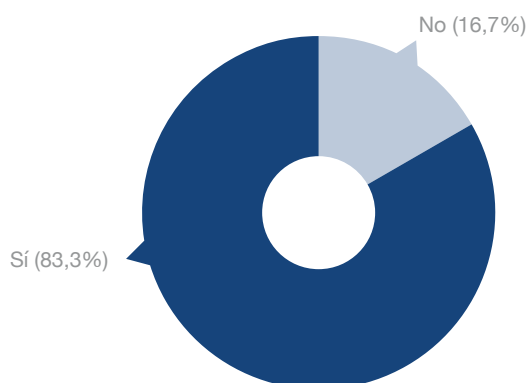
Relaciones sexuales sin consumir sustancias

Para profundizar en los hábitos de consumo, se pidió a los participantes que señalaran si mantenían relaciones sexuales sin consumir sustancias. Un 83,3% señalaron mantener relaciones sexuales sin necesidad de drogarse, mientras que un 16,7% de los participantes asoció las relaciones sexuales con el consumo de alguna sustancia. Estos datos sugieren que una minoría no desdeñable de participantes tiene dificultades para dejar de consumir drogas en contextos sexuales dentro del contexto del sexo sobrio.

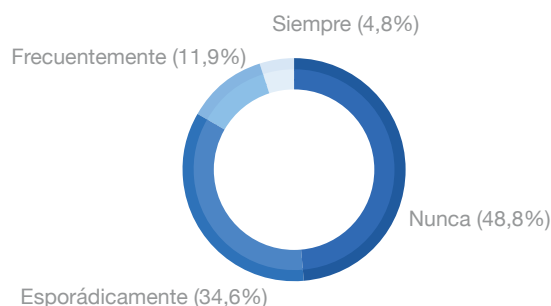
Control sobre el consumo de sustancias

Las habilidades de autocontrol son importantes en la ingesta de sustancias, ya que permiten que la persona sea capaz de mantener un consumo moderado. Por el contrario, su ausencia puede conllevar un nivel de consumo excesivo (35,129). Por ello, pedimos a los participantes que indicaran si habían sentido perder el control sobre el consumo de alguna sustancia. Un 48,8% de los encuestados señaló que nunca había tenido problemas para controlar el consumo, mientras que el resto señaló haberlo perdido esporádicamente (34,6%), frecuentemente (11,9%), y siempre (4,8%). De aquellos que señalaron haber perdido el control en alguna ocasión, un 60,5% no había acudido a profesionales para intentar dejar de consumir, frente al 39,5% que indicaron haber acudido a algún especialista para gestionar el consumo. Estos datos coinciden con estudios previos que señalan que pocos hombres expresaron la necesidad de recibir asesoramiento profesional sobre cuestiones relacionadas con el consumo de drogas (101,130). Además, nuestros datos señalan que más de la mitad de los participantes (51,3%) refirió haber tenido dificultades para regular los impulsos de consumir. Concretamente, una parte destacable (16,7%) refirió tener dificultades siempre o frecuentemente para dejar de consumir, lo que se ha relacionado con complicaciones en la función ejecutiva, función cognitiva que nos permite planificar e inhibir las respuestas (131). Las intervenciones destinadas al control de impulsos son una de las estrategias más eficaces para gestionar aquellas situaciones en las que la persona se ve presionada para consumir drogas y tiene que exhibir una determinada estrategia de afrontamiento.

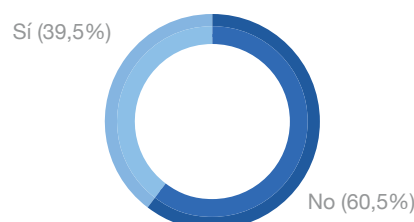
¿Mantienes relaciones sin consumir sustancias?



¿Has sentido que no tenías control sobre el consumo de alguna sustancia?



En caso de haber valorado no tener el control ¿has recurrido a profesionales para intentar dejar de consumir?

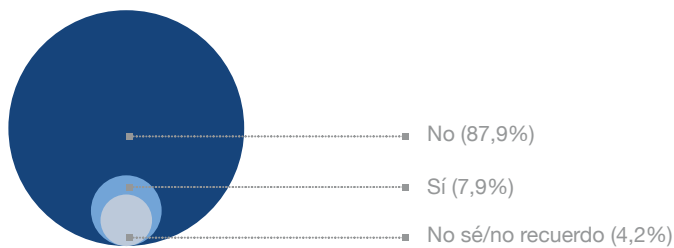


Slamsex y compartir material de inyección

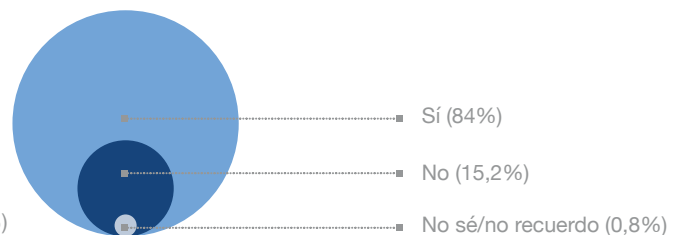
Una de las principales prácticas de riesgo para contraer ITS es compartir material para el consumo de drogas como la jeringuilla o el rulo/turulo. Por ello, preguntamos a los participantes en el estudio si habían consumido sustancias mediante la vía inyectada, y si habían compartido la vía de inyección. Entre los que habían consumido mediante la vía inyectada, una mayoría señalaron no haber compartido la jeringuilla con otra persona (87,9%), frente a un 7,9% que sí la habían compartido, y un 4,2% que no sabían/recordaban. Aquellos que refirieron haber consumido sustancias por la vía esnifada, señalaron mayoritariamente haber compartido en alguna ocasión el rulo/turulo para esnifar con otra persona

(84,0%), mientras que el resto indicaron no haberlo compartido (15,2%), o no saber/recordarlo (0,8%). Estos datos destacan que una amplia mayoría de los participantes (84,0%) refirieron haber compartido material para esnifar. El intercambio de instrumentos para esnifar puede provocar la transmisión de diferentes enfermedades como el VHC, debido al intercambio de mucosidades o aparición de pequeñas heridas en las fosas nasales (126,127). Resulta necesario intensificar los trabajos de sensibilización y prevención de riesgos entre los usuarios que comparten material para el consumo de drogas.

Compartir jeringuilla



Compartir rulo/turulo



Métodos de prevención

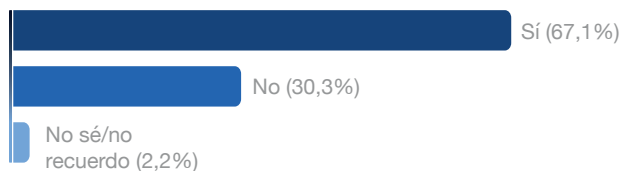
A pesar de los esfuerzos a nivel internacional y las medidas preventivas existentes no se ha objetivado en la última década un descenso significativo en los nuevos casos de VIH. En el año 2019 se notificaron 2.698 nuevos diagnósticos de VIH en España. El 88,9% de los nuevos diagnósticos fueron de transmisión sexual, siendo la transmisión entre GBHSH la más frecuente (66,0%) (132). Las medidas de prevención y control de ITS pretenden disminuir la incidencia y prevalencia, y prevenir las posibles complicaciones de las personas afectadas. Entre estas medidas encontramos estrategias de prevención primaria como la utilización de material preventivo (preservativos, lubricantes, kits de inyección segura, etc.) y las intervenciones biomédicas como la PrEP (133). También disponemos de otras medidas de prevención secundaria como la PPE, eficaces ante la exposición accidental al VIH. Dada la importancia de estas intervenciones, analizaremos el uso de medidas preventivas para evitar la adquisición y transmisión del VIH y otras ITS.

Chemsex sin preservativo en los últimos seis meses

El uso correcto y consistente del preservativo puede reducir el riesgo de transmisión de las ITS (134). Sin embargo, el consumo de drogas en GBHSH se ha asociado a conductas de alto riesgo como el uso inconsistente del preservativo (135). Por ello, comenzamos analizando si el consumo de drogas había inducido a mantener sexo sin preservativo en los seis meses anteriores. Un 67,1% de los participantes señalaron haberse sentido influidos a no utilizar el preservativo en sus relaciones sexuales, mientras que un 30,7% señalaron no sentirse incitados a realizar sexo sin protección. El resto de participantes (2,2%) refirió no saber o no recordar haberse sentido condicionados. Estos datos sugieren que la mayoría de encuestados perciben que la práctica del *chemsex* puede inducir a conductas sexuales de riesgo, como relaciones sexuales sin protección.

Estos hallazgos coinciden con varios estudios que relacionan el *chemsex* con un uso menos consistente del preservativo (38,136–138).

¿El consumo de drogas te ha inducido a mantener sexo sin condón en alguna ocasión durante los últimos 6 meses?



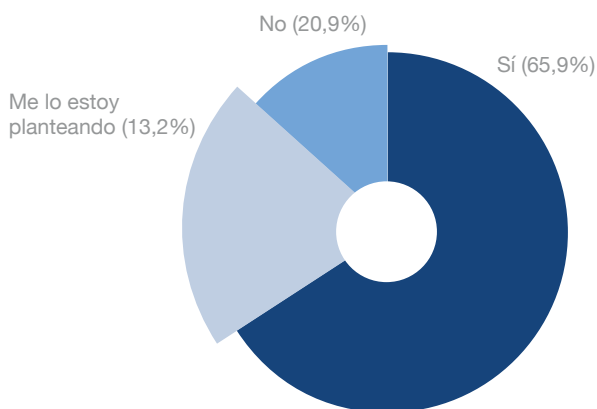
Profilaxis Preexposición (PrEP)

Los métodos más efectivos para prevenir la infección por el VIH son aquellos que evitan la exposición al virus (139,140). La principal estrategia de prevención primaria para evitar adquirir el VIH y otras ITS ha sido tradicionalmente el uso de preservativo de forma consistente (141). No obstante, en el año 2012 se aprobó en Estados Unidos el uso de la PrEP como estrategia de prevención del VIH (142). Con el objetivo de analizar su alcance entre los participantes con riesgo sustancial de contraer el VIH, preguntamos si estaban utilizando la PrEP como estrategia preventiva. El consumo de PrEP fue reportado por un 20,9% de los participantes en el estudio, mientras que un 13,2% señaló estar planteándose tomarla. De entre los que consumían PrEP, una mayoría señaló hacerlo diariamente (82,5%), mientras que el resto señaló consumirla a demanda (15,1%). Un 2,4% señaló consumirla de otra forma. Un 79,5% de las personas

que utilizaban PrEP señaló hacerlo bajo el seguimiento médico, mientras que un 20,5% lo hizo por su cuenta, sin el seguimiento de un profesional médico. De las personas que hacen uso de PrEP, un 88,5% señalaron no haber tenido 2 o más olvidos o retrasos en la toma de PrEP, frente a un 9,2% que indicaron haber tenido algún olvido o retraso. Un 2,3% señaló no saber o recordar haber tenido algún olvido o retraso. Estos datos nos permiten afirmar que el perfil de usuario de PrEP es el de un hombre con alta adherencia al tratamiento, con seguimiento profesional, y sin olvidos o retrasos importantes en la toma. Aunque el uso de la PrEP ha mostrado una alta eficacia en la prevención del VIH cuando la adherencia es buena (143,144), varios estudios han informado de un aumento de ITS entre los usuarios de PrEP ante la relajación de las precauciones (145,146). La estrategia para la utilización de la PrEP debería ser utilizada

de manera combinada con el resto de métodos preventivos como las barreras de látex, el preservativo o el checkpoint de ITS.

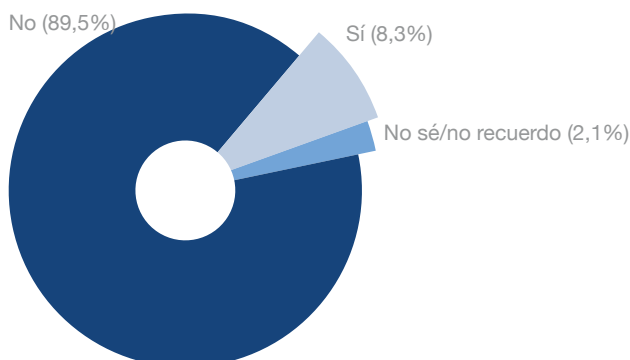
¿Estás utilizando la PrEP como estrategia preventiva?



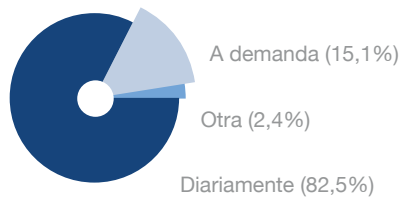
Profilaxis Postexposición (PPE)

La transmisión sexual es la vía de transmisión del VIH más comúnmente reportada en GBHSH (147,148). Aunque las estrategias de prevención primaria de la infección por el VIH constituyen el pilar fundamental para reducir el riesgo de infección, la prevención secundaria tiene un valor importante a la hora de intervenir en las exposiciones accidentales al VIH. En este sentido, la PPE es una estrategia de prevención que reduce significativamente el riesgo de transmisión del VIH (144). Para analizar el uso de la PPE entre los participantes en el estudio, preguntamos si la habían utilizado en los últimos 12 meses.

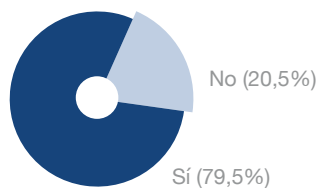
¿Has utilizado la Profilaxis Post Exposición (PEP) en los últimos 12 meses?



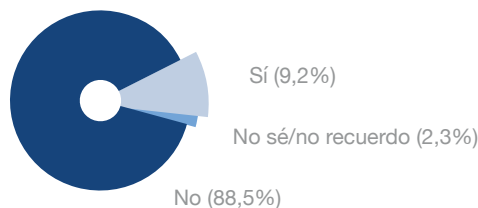
En caso afirmativo, ¿cómo la tomas?



En caso afirmativo ¿Estás en seguimiento médico?

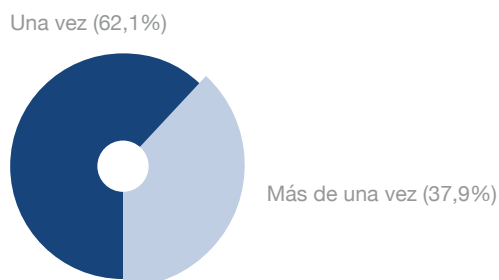


Si te encuentras tomando PrEP ¿Has tenido 2 o más olvidos/retrasos en la toma de la PrEP en las últimas cuatro semanas?



Un 89,5% de los encuestados refirió no haberla tomado, frente a una minoría (8,3%) que indicaron haberla precisado. Un 2,1% señaló no saber o no recordar haber consumido PPE. De aquellos que utilizaron la PPE en el último año, un 62,1% lo hicieron una vez, mientras que un 37,9% lo hicieron en más de una ocasión. Para una prevención efectiva de ITS se deben considerar tanto los aspectos individuales como los sociales asociados a la transmisión, desde identificar las conductas y situaciones de riesgo, como conocer los recursos disponibles para la prevención.

En caso afirmativo ¿cuántas veces la has tomado?



Hábitos sexuales

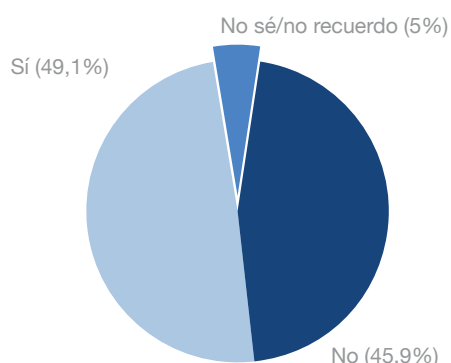
Para poder analizar las vulnerabilidades específicas de los GBHSH frente a la transmisión del VIH y otras ITS, así como las estrategias que éstos desarrollan para gestionar cuidados y riesgos, pedimos a los participantes que indicaran si realizaban algunas prácticas sexuales y la frecuencia con la que utilizaban algún tipo de protección para llevarlas a cabo. El concepto de vulnerabilidad se refiere a una situación de fragilidad que afecta la autonomía. Ésta puede comprometer tanto el acceso a los recursos como la capacidad de actuar como la persona desea. También, los contextos de violencia pueden remitir a un acto de vulneración perpetrado por otros, por lo que las vulnerabilidades son múltiples y pueden interrelacionarse.

Sexo anal

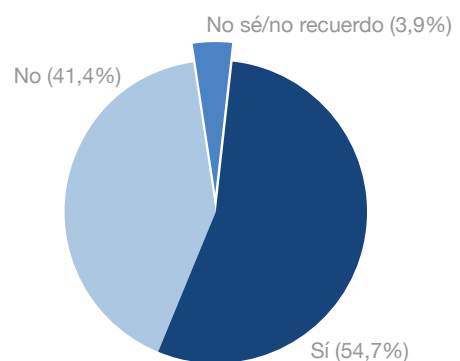
Para analizar los hábitos sexuales de los participantes y la frecuencia en el uso de medidas de protección se formularon diferentes cuestiones sobre el sexo anal, sexo oral y *fisting*. Los participantes que indicaron tener relaciones sexuales anales receptivas señalaron llevarlas a cabo más frecuentemente sin preservativo (25,0%), seguido de siempre sin preservativo (20,8%), frecuentemente con preservativo (20,3%), siempre con preservativo (10,9%), y esporádicamente con preservativo (9,6%). Un 13,5% de encuestados refirieron no practicar sexo anal receptivo. El sexo anal insertivo fue frecuentemente realizado sin preservativo (26,5%) y, en menor grado, siempre sin preservativo (24,3%), frecuentemente con preservativo (13,1%), siempre con preservativo (12,1%), y esporádicamente con preservativo (9,9%). Un 14,0% indicó no practicar la penetración anal insertiva. Estos datos indican que una parte importante de los participantes en el estudio llevan a cabo relaciones sexuales anales receptivas (45,8%) e insertivas (50,8%) frecuentemente o siempre sin preservativo, siendo la penetración anal la práctica sexual de mayor riesgo potencial para la infección por VIH (149,150). La extensa vascularización y el aumento de posibilidades de microlesiones en el recto y la mucosa anal proporcionan una explicación fisiológica del mayor riesgo de seroconversión del VIH en las relaciones sexuales anales sin protección (151).

Para profundizar en el análisis del sexo anal sin preservativo, se preguntó a los participantes que lo practicaban si recibían o emitían la eyaculación dentro de su pareja sexual. Cuando analizamos el sexo anal sin preservativo como pasivo, casi la mitad de los que lo practicaban (49,1%) refirieron recibir la eyaculación de su pareja sexual frente al 45,9% que señaló no hacerlo. Un 5,0% indicó no saber o no recordar haberlo realizado. Ante la pregunta de si practicaron sexo anal insertivo sin preservativo, un 54,7% de los participantes que lo llevaban a cabo señalaron haber eyaculado dentro de su pareja sexual, frente al 41,4% que no lo hicieron. Un 3,9% señaló no saber o no recordar haber realizado esta práctica sexual. Se constata que aquellos participantes que practican sexo anal insertivo sin protección tienen más probabilidades de eyacular dentro de sus parejas sexuales, lo que coincide con la evidencia previa (153). Además, algunos estudios han señalado una alta asociación entre la eyaculación anal receptiva y el riesgo de contraer el VIH u otras ITS (154). Los mensajes de salud deberían incidir en disminuir el número de penetraciones anales desprotegidas, recomendar el uso correcto y sistemático del preservativo, lubricantes de base acuosa o de silicona, y la importancia de eyacular fuera de la pareja sexual.

¿En caso de que practiques sexo anal sin preservativo como pasivo, suelen eyacular dentro de ti?



¿En caso de que practiques sexo anal sin preservativo como activo, sueles eyacular dentro?



Sexo oral

En cuanto al sexo oral insertivo, una mayoría de los participantes refirió practicarlo siempre sin preservativo (92,9%), seguido de frecuentemente sin preservativo (5,4%), y frecuentemente con preservativo (0,4%). Un 1,3% refirió no realizar sexo oral insertivo con sus parejas sexuales. Un 90,9% de los participantes realizaron sexo oral receptivo siempre sin protección, mientras que una minoría lo hizo frecuentemente sin preservativo (5,2%), esporádicamente

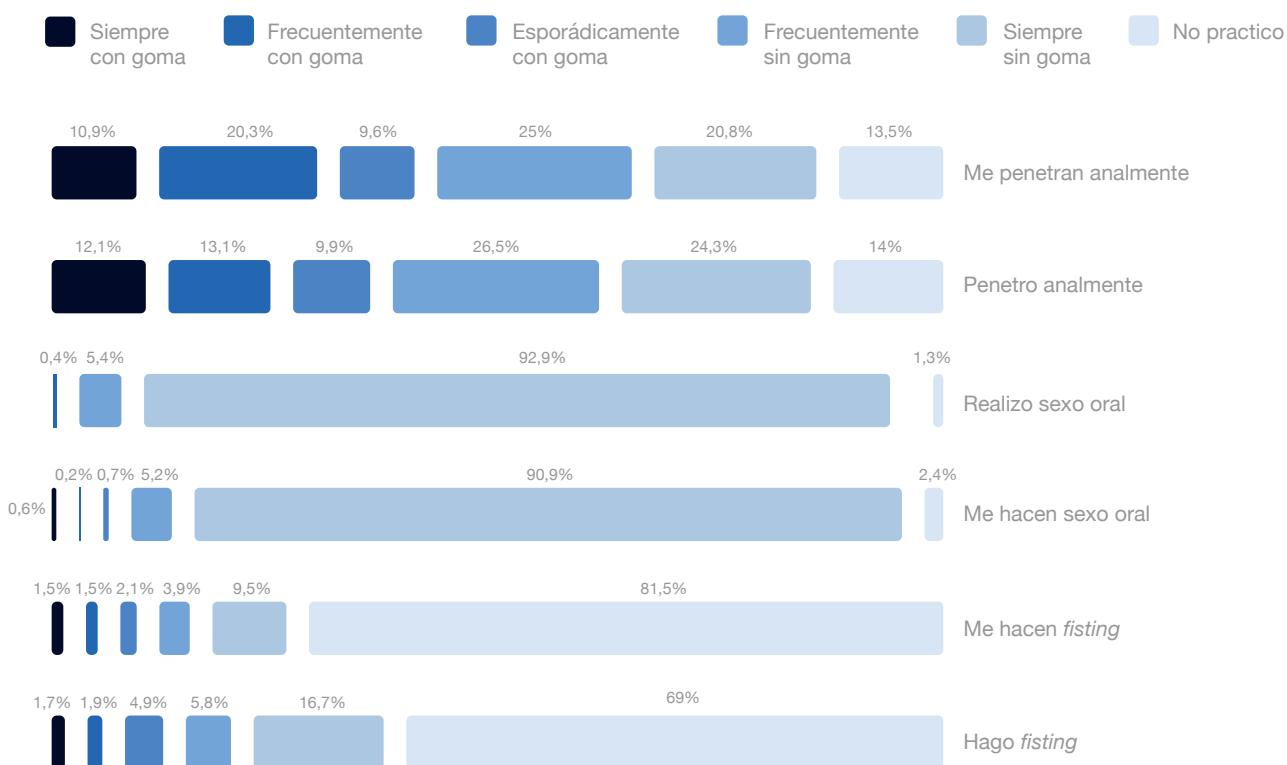
con preservativo (0,7%), siempre con preservativo (0,6%), y frecuentemente con preservativo (0,2%). El 2,3% de encuestados indicó no practicar sexo oral receptivo. Estos datos indican que una amplia mayoría de los participantes practican el sexo oral sin protección, lo que coincide con otros estudios donde el uso inconsistente del preservativo fue más común para el sexo oral en GBHSH (155).

Fisting

De la muestra de participantes, una mayoría indicaron no realizar *fisting* receptivo entre sus prácticas sexuales (81,5%). Entre los que sí lo practicaron (18,5%), una minoría refirió utilizar guantes de protección siempre (1,5%), frente a la mayoría que lo hacían siempre sin el uso de guantes (9,5%), frecuentemente sin guantes (3,9%), esporádicamente con guantes (2,1%), y frecuentemente con guantes (1,5%). El *fisting* insertivo fue reportado por un 31,0% de los participantes en el estudio. Entre estos, un 1,7% señaló hacerlo sistemáticamente con guantes, frente a una mayoría que refirió hacerlo siempre sin guantes (16,7%), frecuentemente sin guantes

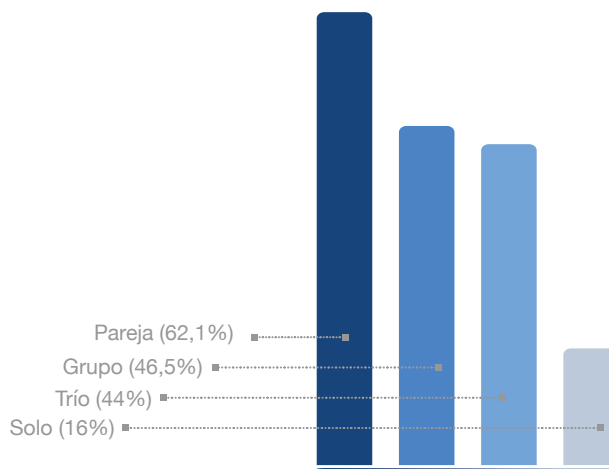
(5,8%), esporádicamente con guantes (4,9%), y frecuentemente con guantes (1,9%). Aunque el *fisting* no fue una práctica mayoritaria entre los encuestados, una amplia mayoría de los que lo practicaban señaló no utilizar siempre medidas de protección. La utilización de guantes de látex/nitrilo, para evitar el contacto con cualquier herida, y la utilización de cantidades generosas de lubricante, para ayudar a dilatar, reduciendo la posibilidad de que haya desgarros y hemorragias, son algunas de las recomendaciones para practicar *fisting*, reduciendo los riesgos de ITS.

Uso de preservativo



Entorno social del *chemsex*

Para conocer el entorno social en el que se practica *chemsex*, se solicitó a los participantes que indicaran con quién habían practicado *chemsex* en los últimos 6 meses. La pareja fue la opción principalmente seleccionada por los participantes (62,1%), seguida de en grupo (46,5%), en trío (44,0%), o en soledad (16,0%).

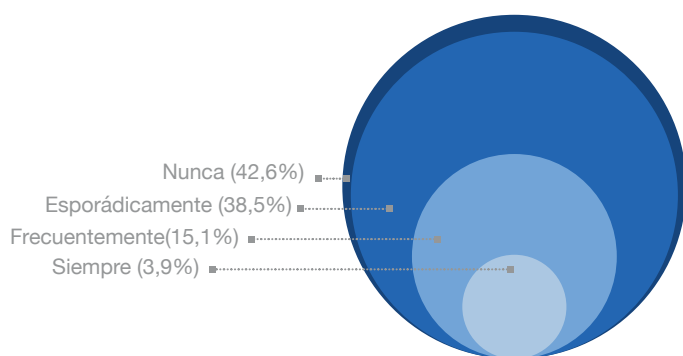


Control sobre la vida sexual

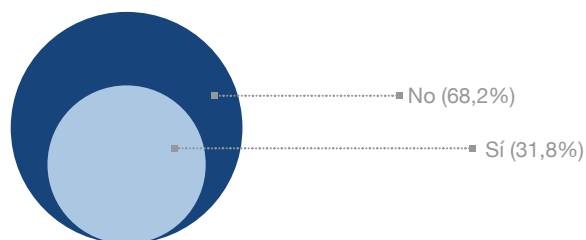
Respecto al control sobre la vida sexual, se preguntó a los participantes si habían sentido perder el control sobre su vida sexual. El 42,6% señaló no haber percibido una falta de control sobre su vida sexual, mientras que el resto indicaron haberlo perdido de forma esporádica (38,5%), frecuentemente (15,1%), y siempre (3,9%). A las personas que refirieron haber perdido el control de su vida sexual en alguna ocasión, se les preguntó si habían solicitado en algún momento ayuda profesional. Un 31,8% reportó haberla solicitado frente al 68,2%, que no

buscó ningún tipo de asesoramiento. Estos datos sugieren que mientras que una mayoría de los participantes (57,4%) sentían haber perdido el control sobre su vida sexual en algún momento, solo una minoría había solicitado ayuda especializada. Estos datos coinciden con hallazgos encontrados por Glynn et al. (38), en los que casi un tercio (31,0%) de los participantes en un estudio reportaron que les gustaría recibir ayuda o consejo profesional sobre el *chemsex*.

¿Has sentido alguna vez que has perdido el control sobre tu vida sexual?



En caso afirmativo, ¿has solicitado asesoramiento profesional?

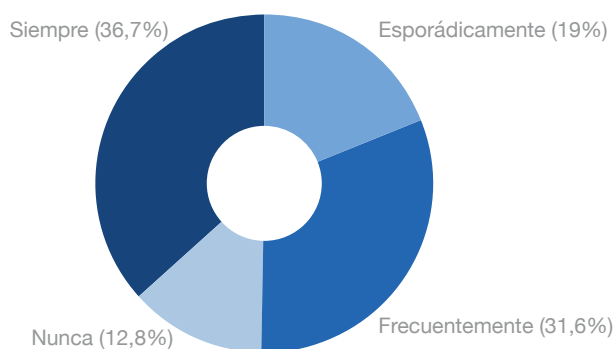


Comunicación con la pareja sexual

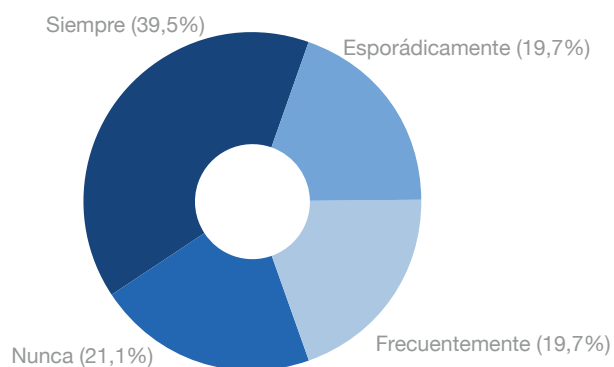
La comunicación sexual resulta una de las principales estrategias de prevención, por ello se preguntó a los participantes si hablaban o pactaban con sus parejas sexuales las prácticas sexuales a realizar y el uso del preservativo, PrEP, o algún otro método de prevención sexual. Respecto a las prácticas a realizar, un 36,7% señaló que siempre consensuaron

el tipo de prácticas sexuales, un 31,6% indicó hacerlo frecuentemente, mientras que un 31,8% señaló hacerlo esporádicamente o nunca. El uso de medidas de prevención fue siempre consensuado (39,5%), nunca (21,1%), frecuentemente (19,7%), y esporádicamente (19,7%).

¿Hablas y/o pactas con tus parejas sexuales sobre el tipo de prácticas sexuales que vais a hacer?



¿Hablas y/o pactas con tus parejas sexuales sobre si vais a utilizar preservativo, la PrEP o algún otro método preventivo?



Aspectos sanitarios

En los países desarrollados se detecta en los últimos años un persistente incremento de la incidencia de ITS en GBHSH. En España se mantiene una tendencia creciente del número de casos de gonorrea desde el inicio de la década de 2000. En cuanto a la sífilis, en el año 2019 se han notificado 5822 nuevos casos, con una tendencia ascendente, tras un periodo de estabilización (periodo 2011-2016). De la misma forma sucede con otras ITS (156). Las ITS son un problema importante de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. Por ello, decidimos analizar la incidencia del VIH y otras ITS entre los participantes en el estudio preguntando sobre diferentes aspectos sanitarios.

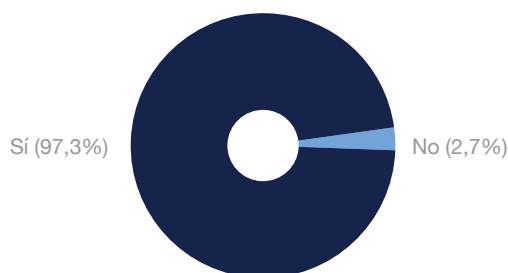
VIH

Cuando se preguntó a los participantes sobre si se habían realizado la prueba de detección del VIH, una amplia mayoría refirieron haberlo hecho en algún momento (97,3%), frente a una minoría que aún no se la había realizado (2,7%). Un 58,2% de aquellos que sí se habían realizado la prueba del VIH indicaron un resultado negativo, frente a un 41,8% que refirieron un diagnóstico positivo.

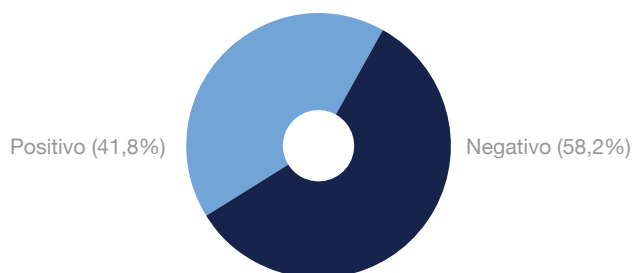
En los últimos años se han producido grandes avances en el campo de la terapia antirretroviral, incluidas las vacunas preventivas contra el VIH, que se encuentran en ensayos clínicos (157). La consecuencia ha sido una reducción en la progresión de la enfermedad, en la aparición de infecciones oportunistas y una extraordinaria reducción de la mortali-

dad y de los ingresos hospitalarios de las personas contagiadas por el VIH. Dada la importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral, analizamos las pautas farmacológicas llevadas a cabo por las personas positivas para el VIH. Entre las personas que participaron en el estudio que habían sido diagnosticadas de VIH, la mayoría señalaron estar tomando tratamiento antirretroviral (94,7%), mientras que un 5,3% aún no estaban recibiendo el tratamiento. Para conocer los niveles de concentración del VIH presentes en los participantes diagnosticados preguntamos si el virus mantenía una carga viral indetectable. Una mayoría de los encuestados refirieron presentar una carga viral indetectable (90,7%), mientras que el resto señalaron tener una carga viral no indetectable (9,3%).

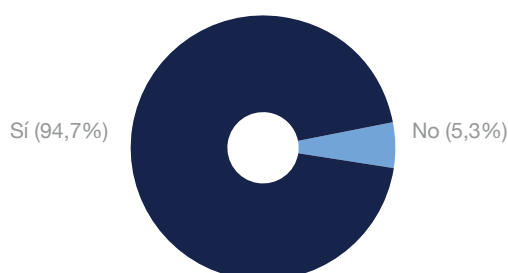
¿Te has realizado en alguna ocasión pruebas de VIH?



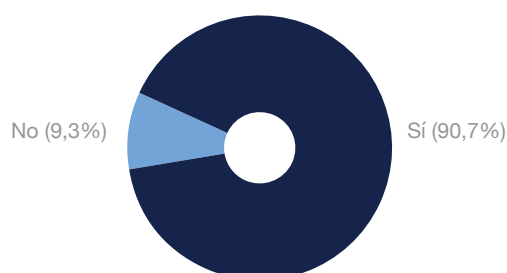
En caso afirmativo: ¿Cuál fue el resultado?



En caso de tener VIH: ¿Estás en tratamiento?



¿Estás indetectable?

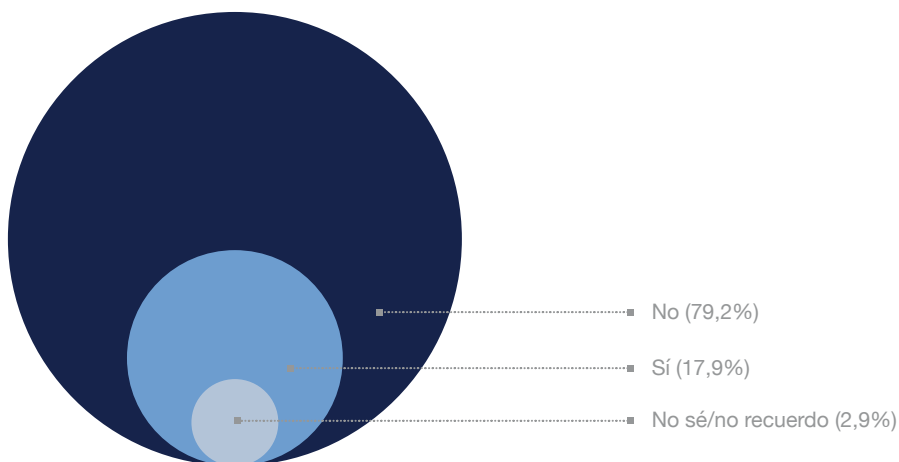


La adherencia al tratamiento antirretroviral es decisiva en la calidad de vida de las personas diagnosticadas de VIH, por lo que para determinar el grado de adherencia manifestada por los participantes les preguntamos si habían tenido dos o más olvidos en la toma del tratamiento antirretroviral en las últimas cuatro semanas. Un 79,2% señalaron no haber tenido olvidos en la toma del tratamiento, mientras que una minoría (17,9%) señalaron haber olvidado tomar el tratamiento, o no recordar haber tenido olvidos en la toma de la medicación (2,9%).

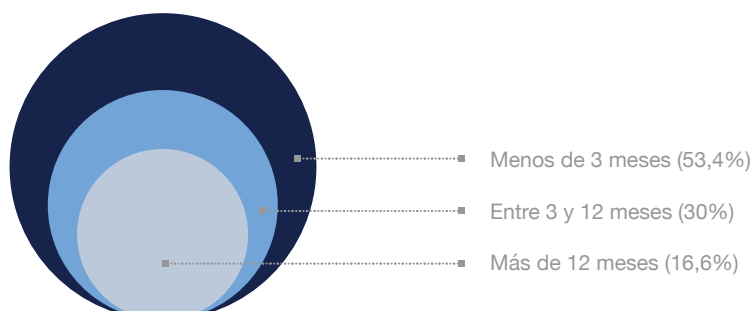
Uno de los principales retos en el abordaje del VIH reside en el diagnóstico precoz de aquellas personas que desconocen su situación y constituyen el origen

de más de la mitad de nuevas infecciones en nuestro país (se estima que entre el 54% y el 65% de las nuevas infecciones) (132). Por ello, se preguntó a los participantes acerca de cuándo fue la última vez que se realizaron la prueba para el diagnóstico del VIH. Un 53,4% señaló que hace menos de tres meses, un 30,0% entre 3 y 12 meses, y un 16,6% hace más de un año. Estos datos nos permiten confeccionar el perfil del paciente con VIH. La mayor parte de las personas diagnosticadas señalaron estar recibiendo tratamiento retroviral, ser indetectable y no tener olvidos en la toma del tratamiento. Los esfuerzos deben centrarse en el diagnóstico precoz de aquellas personas VIH positivas que aún no lo saben, y en una mayor adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

¿Has tenido dos olvidos/retrasos en la toma del tratamiento en las últimas cuatro semanas?



En caso de NO tener VIH,
¿Cuándo fue la última vez que te realizaste la prueba?

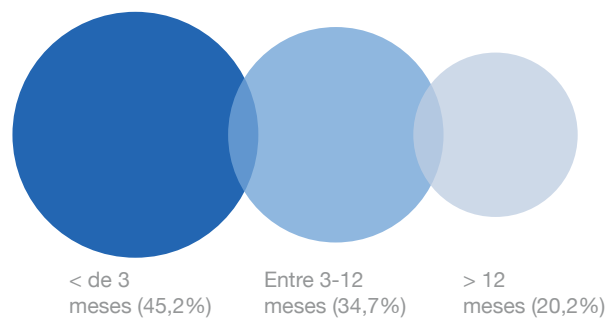


VHC o Hepatitis C

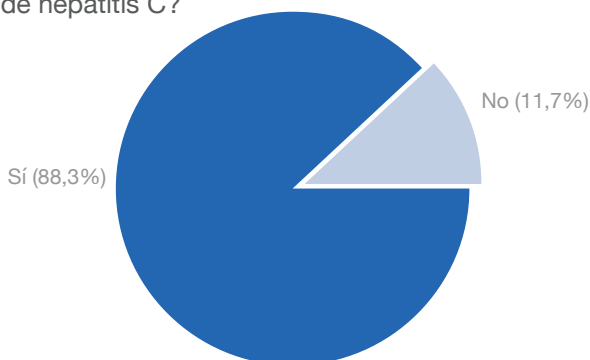
Respecto al VHC analizamos la prevalencia entre los participantes en el estudio, así como si se está en tratamiento, si se ha negativizado y cuándo fue la última prueba. Al preguntar a los participantes si se habían realizado pruebas para el diagnóstico de hepatitis C, un 88,3% respondieron que sí, frente al 11,7% que refirieron no habérsela realizado nunca. De aquellos que indicaron haberse realizado la prueba, un 8,3% de los participantes reportaron un diagnóstico positivo para la hepatitis C frente al 91,7% que refirieron no haber sido diagnosticados aún. La reinfección por VHC después del tratamiento con antivirales de acción directa resulta frecuente en GBHSH (158), por lo que preguntamos cuántas veces habían sido diagnosticados de hepatitis C. Una mayoría señalaron haber sido diagnosticados en una ocasión (73,2%), mientras que un 14,6% indicó haber sido diagnosticado en dos ocasiones, y un 12,2% en tres ocasiones. Respecto al tratamiento de la hepatitis C, un 65,9% de los que fueron diagnosticados indicaron no estar recibiendo tratamiento en la actualidad, frente al 34,1% que aún estaban en tratamiento médico. Cuando se preguntó a los participantes si habían negativizado el VHC, un 42,5% señala-

ron que aún no, un 35,0% sí, y un 22,5% señalaron no saberlo. Al analizar el tiempo transcurrido desde la última prueba de hepatitis C, un 45,2% señalaron que hace menos de tres meses, un 34,7% entre 3 y 12 meses, y un 20,2% más de un año.

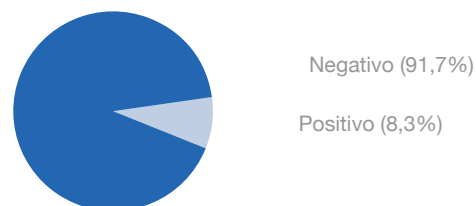
En caso de NO tener VHC,
¿Cuándo fue la última vez que te realizaste la prueba?



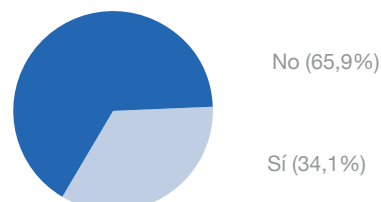
¿Te has realizado pruebas de hepatitis C?



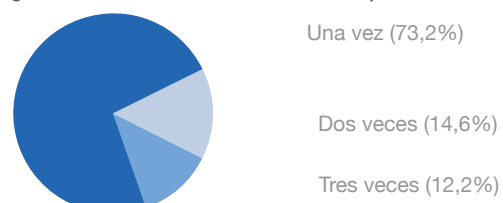
En caso afirmativo: ¿Cuál fue el resultado?



En caso de ser positivo:
¿Estás en tratamiento?



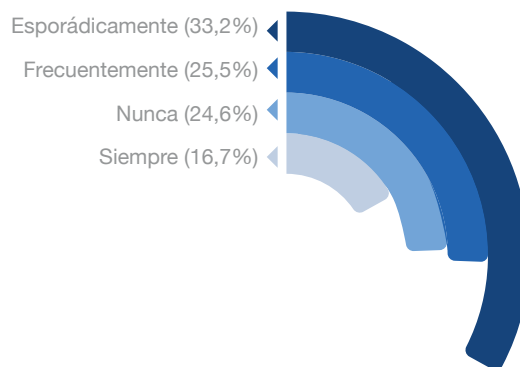
¿Cuántas veces has tenido hepatitis C?



Comunicación del estado serológico

La comunicación del estado serológico a las parejas sexuales con las que se consume drogas fue referida de forma esporádica (33,2%), frecuentemente (25,5%), nunca (24,6%), y siempre (16,7%). El estigma ligado al estado serológico positivo del VIH dificulta que las personas revelen su estado serológico, lo que se ha asociado a una reducción de las redes interpersonales de apoyo y a un incremento del riesgo de aislamiento y discriminación, además de una menor adherencia al tratamiento antirretroviral (160,161).

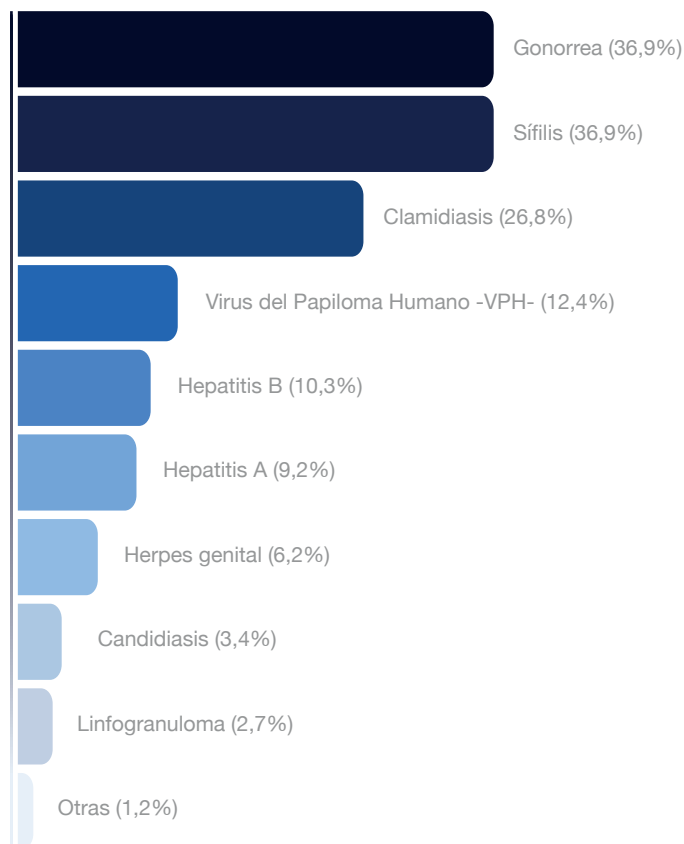
¿Hablas con las personas con las que tienes sexo y consumes drogas sobre vuestros estados serológicos?



Otras ITS

El 80,9% de los participantes en el estudio se habían realizado pruebas de otras ITS en el último año, frente al 19,1% que aún no se las había realizado. Aunque el diagnóstico precoz de las ITS es necesario para acceder al apoyo, atención y tratamiento, y para prevenir la adquisición o la transmisión adicional, un importante porcentaje de participantes presenta resistencias a realizarse pruebas de diagnóstico de ITS. Entre los que sí se realizaron pruebas para la detección de ITS, los diagnósticos más frecuentes en el último año fueron la gonorrea (36,9%), seguida de la sífilis (36,9%), clamidiasis (26,8%), virus del papiloma humano (12,4%), hepatitis B (10,3%), hepatitis A (9,2%), herpes genital (6,2%), candidiasis (3,4%), linfogranuloma (2,7%), y otras ITS (1,2%). Estos resultados coinciden con estudios previos en GBHSH, donde la gonorrea y la sífilis son las ITS más frecuentemente diagnosticadas (112,145,159).

¿Te han diagnosticado alguna otra infección?



¿Te has hecho pruebas de otras Infecciones de Transmisión Sexual en el último año?



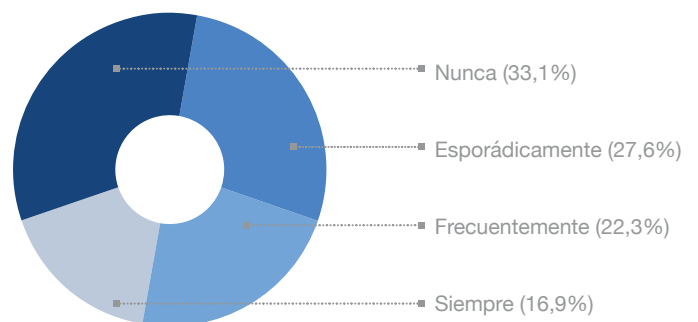
Apectos emocionales

A las consecuencias clínicas de la práctica del *chemsex* (mayor riesgo de transmisión de VIH y otras ITS) se unen otras menos visibles relacionadas con dificultades emocionales. Si bien en los últimos años se ha comenzado a estudiar el ajuste psicológico de las personas que consumen drogas con fines sexuales (13,48,91), las variables de salud mental siguen siendo poco estudiadas (92). Por ello, decidimos ampliar la evidencia disponible sobre los aspectos emocionales entre los participantes en el *chemsex*.

Chemsex y emociones posteriores

Con el objetivo de analizar las emociones posteriores a la práctica del *chemsex*, preguntamos a los participantes con qué frecuencia se sentían plenos o completos tras consumir drogas con fines sexuales. Un tercio de los participantes (33,1%) indicó sentirse pleno frecuentemente después de practicar *chemsex*. El resto de encuestados señalaron estar satisfechos de forma esporádica en los momentos posteriores a consumir drogas con fines sexuales (27,6%), seguidos de nunca (22,3%), y siempre (16,9%). Estos datos reflejan que una amplia mayoría de los participantes (83,1%) no se sienten satisfechos de manera sistemática tras participar en el *chemsex*. La búsqueda de una mayor intensidad sexual, o las consecuencias menos deseadas de la práctica (p. ej., los “días perdidos”, es decir, no dormir ni comer durante horas o días) podrían afectar la satisfacción sexual posterior. Un ejemplo de esta insatisfacción se puede observar en las sesiones de *chemsex*, cuando algunos participantes ignoran al resto y buscan a otros hombres a través de las Apps de contactos para tener el próximo contacto sexual (162). Futuros estudios ayudarían a analizar cuáles son los motivos específicos por los cuales una parte importante de participantes refieren no sentirse siempre satisfechos cuando participan en el *chemsex*.

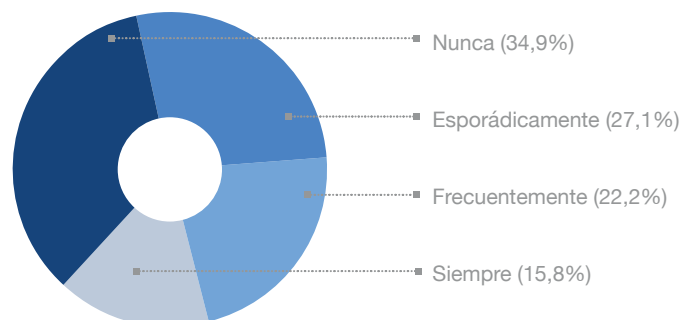
¿Te sientes completo o pleno los momentos posteriores a tener sexo y consumir drogas?



Chemsex y autocuidado

Según diversos estudios, el consumo de drogas es utilizado frecuentemente para mantener una desconexión emocional, después de sufrir situaciones traumáticas como el bullying homofóbico o situaciones de abuso, lo que se ha asociado al abandono del autocuidado (167). Por ello, solicitamos a los participantes que indicasen la frecuencia con la que sentían castigarse cuando participaban en el *chemsex*. Un 34,9% de los encuestados indicaron que nunca habían sentido que estas sesiones fuesen una forma de dañarse a sí mismos o una falta de autocuidado. Sin embargo, una parte importante (65,1%) refirieron haber percibido esto de forma esporádica (27,1%), con frecuencia (22,2%), o siempre (15,8%). Estos pensamientos de autocastigo podrían tener un papel importante en la asunción de comportamientos sexuales de riesgo, o en el abandono a asumir medidas de prevención de su salud sexual.

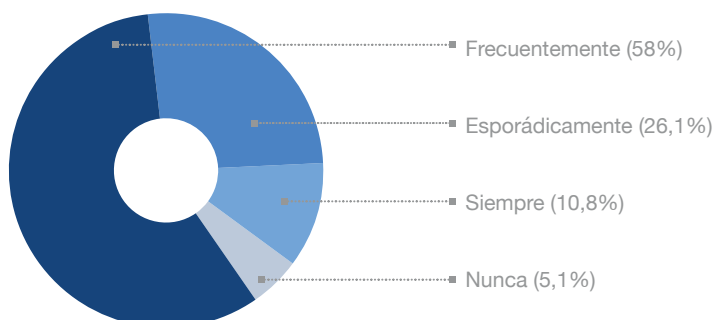
¿Sientes que cuando realizas estas prácticas sexuales son una forma dañarte a ti mismo / falta de autocuidado?



Chemsex y expectativas

Con la finalidad de conocer si las experiencias vividas en la práctica del *chemsex* eran satisfactorias para los participantes, preguntamos con qué frecuencia las sesiones solían cumplir sus expectativas. Más de la mitad de los encuestados (58,0%) indicaron que estos encuentros cumplían lo esperado frecuentemente, un 26,1% esporádicamente, un 10,8% siempre, y un 5,1% nunca. Es destacable que sólo una décima parte de los encuestados señalaron que el *chemsex* satisfacía siempre sus expectativas. Esto podría deberse, en parte, a la necesidad de buscar experiencias variadas y novedosas, y a la voluntad de asumir riesgos físicos y sociales entre los consumidores de drogas.

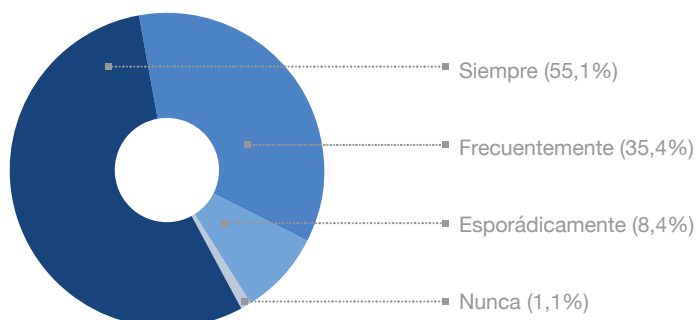
¿Las experiencias vividas cuando consumes drogas con fines sexuales suelen cumplir tus expectativas?



Chemsex y respeto de preferencias sexuales

Cuando se preguntó si suelen verse respetadas sus preferencias y gustos sexuales cuando practican *chemsex*, un 55,1% de los participantes señalaron sentirse siempre respetados, mientras que el resto indicó frecuentemente (35,4%), esporádicamente (8,4%), y nunca (1,1%). Aunque estos datos sugieren que las preferencias sexuales suelen ser respetadas en una mayoría de los participantes en el *chemsex*, un porcentaje importante (9,5%) declara que rara vez o nunca se ven respetadas sus opciones sexuales. Situaciones de abuso, temor al rechazo por la pareja sexual, o déficit en el proceso de toma de decisiones, provocado por el consumo de algunas sustancias, podrían explicar, al menos en parte, estos datos (163–166).

¿Suelen verse respetadas tus preferencias y gustos sexuales cuando consumes drogas con fines sexuales?



Chemsex y ocio

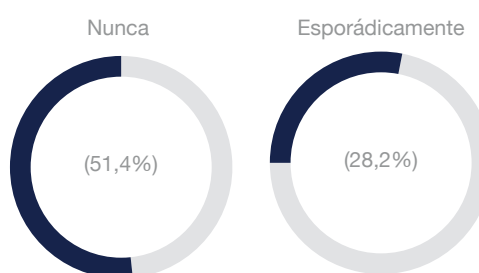
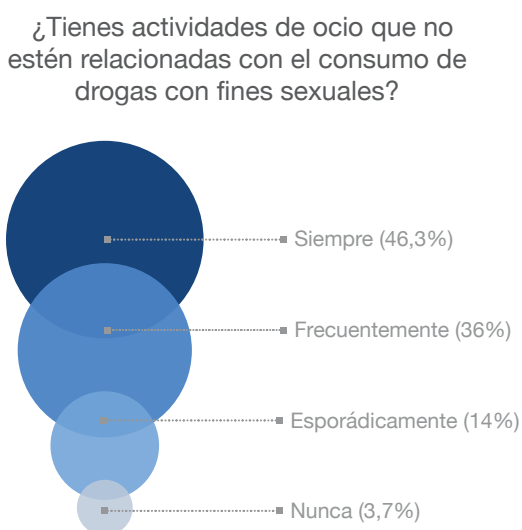
La aparición de grandes eventos dirigidos al público gay, y la incorporación progresiva de los GBHSH al uso de las Apps de geolocalización han resultado ser facilitadores de la expansión del *chemsex*. Decidimos preguntar a los participantes si tenían actividades de ocio no relacionadas con el *chemsex*. Un 46,3% respondió siempre, seguido de frecuentemente (36,0%), esporádicamente (14,0%), y nunca (3,7%). Estos datos indican que una mayoría de los encuestados (82,3%) disfrutaban siempre o frecuentemente de otros contextos sociales y de ocio fuera del *chemsex*. Generar y fortalecer espacios alternativos al ocio sexualizado que permitan crear redes comunitarias de interrelación sería una de las principales líneas de actuación.

Chemsex y relaciones sociales, familiares y laborales

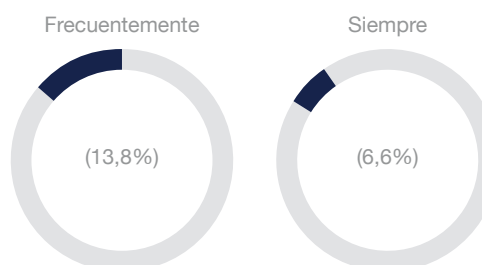
Algunos estudios han señalado que la práctica del *chemsex* puede tener un impacto negativo en el rendimiento profesional o académico, o en la vida social y afectiva de las personas que lo practican (32,42,168). Con la finalidad de estudiar los posibles efectos de la práctica del *chemsex* sobre las relaciones interpersonales, se solicitó a los participantes que indicasen la frecuencia con la que el *chemsex* había influido en sus relaciones personales, familiares o laborales. Un 51,4% de los encuestados en el estudio indicaron que el uso de drogas con fines sexuales nunca había afectado a sus relaciones personales, familiares, o laborales. Sin embargo, el resto de participantes percibieron el impacto del *chemsex* en sus relaciones de forma esporádica

(28,2%), frecuentemente (13,8%), o siempre (6,6%). Estos datos indican que el *chemsex* influye sobre las relaciones sociales de un porcentaje importante de las personas que lo practican. Esto podría deberse, en parte, a que el apoyo social se asocia negativamente con la intención de consumir drogas, lo que podría generar síntomas de ansiedad social debido a la presión por no consumir dichas sustancias (169).

Un uso compulsivo de Apps de contactos, también podría justificar, en parte, las consecuencias interpersonales del consumo de drogas con fines sexuales (27,170). Las intervenciones para abordar el *chemsex* deben de incidir en los distintos niveles de abordaje (p. ej., individual, interpersonal y comunitario), dados los potenciales daños para la salud física y mental.



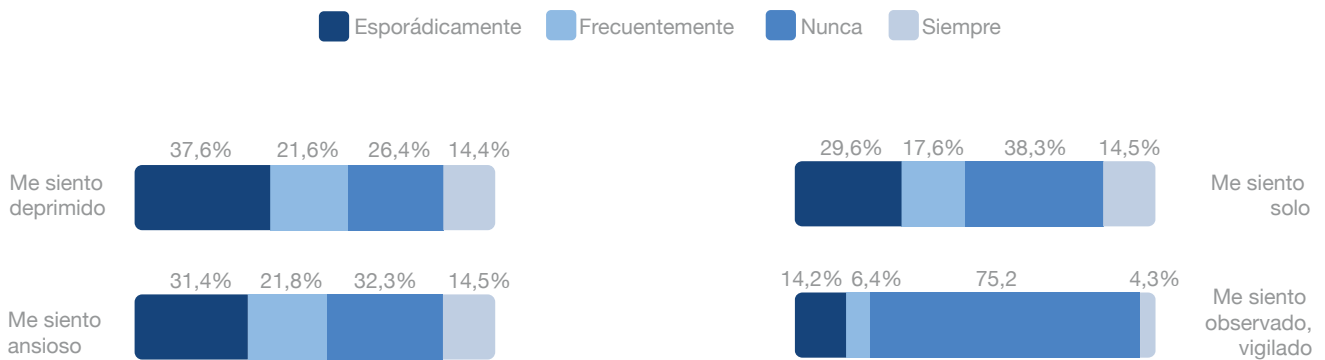
¿Tu experiencia cuando consumes drogas con fines sexuales ha afectado a tus relaciones personales, familiares y/o laborales?



Sentimientos después de practicar *chemsex*

Revisiones sistemáticas recientes señalan que el consumo de drogas en el *chemsex* se ha asociado a consecuencias de salud mental (91,139). Para evaluar el perfil psicológico se solicitó a los participantes que señalaran cuál de los siguientes sentimientos reflejaba mejor su estado de ánimo pasados dos o tres días después de practicar *chemsex*. Un 37,6% indicó sentirse deprimido esporádicamente, un 26,4% nunca, un 21,6% frecuentemente, y un 14,4% siempre. Cuando se les preguntó acerca de la ansiedad, refirieron no sentirse nunca ansiosos y/o con inquietud (32,3%), seguido de esporádicamente (31,4%), con frecuencia (21,8%), y siempre (14,5%). Una parte importante de los participantes señaló sentirse deprimido (36,0%) o ansioso (36,3%) siempre o frecuentemente después de practicar *chemsex*. Estos datos coinciden con estudios previos en

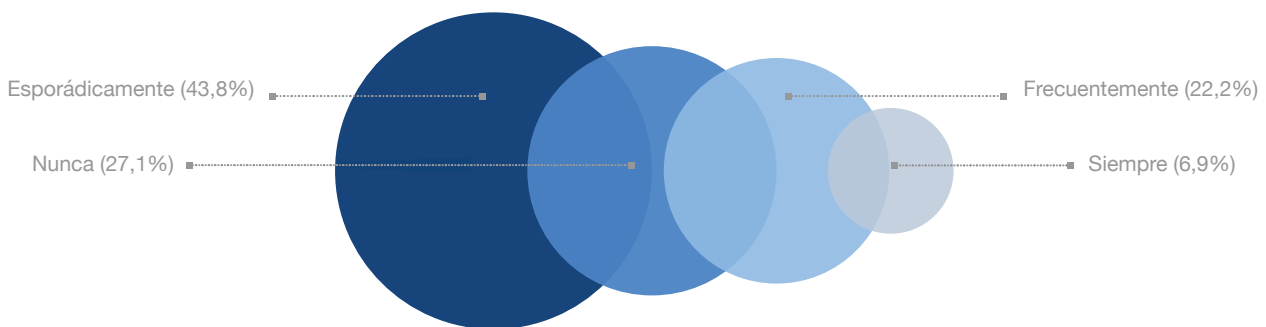
GBHSH que señalan alguna relación entre el *chemsex* y síntomas de depresión (48,121,171,172) o ansiedad. (164,173). El riesgo de consecuencias de salud mental en las personas que practican *chemsex* puede deberse a una variedad de razones, incluidos los prejuicios, la discriminación y el estigma social como fuente de estrés a largo plazo (102–106). Según Burton et al. (174) las personas pertenecientes a minorías sexuales padecen una peor salud psicológica si se compara con individuos heterosexuales, debido a factores tanto formales, como las sanciones legales, o informales, como la victimización. Por ello, la asociación entre síntomas como la depresión y la ansiedad y el *chemsex* es problemática ya que se desconoce si dichos síntomas están asociados a la práctica del *chemsex* o, más bien, se deben a otras circunstancias previas.



Un 38,3% de los que practicaban *chemsex* indicaron no sentirse solos nunca, frente al 29,6% que lo sintieron esporádicamente, el 17,6% frecuentemente, y el 14,5% que manifestó que siempre. La mayoría de los participantes indicaron que nunca se sentían observados o vigilados por alguien de alrededor (75,2%), seguido de esporádicamente (14,2%), frecuentemente (6,4%), y siempre (4,3%). Ante la pregunta de si sentían que se hacían daño o se perju-

dicaban al participar en el *chemsex*, un 36,9% refirió sentirse así esporádicamente, un 24,3% nunca, un 19,5% siempre, y un 19,3% frecuentemente. La falta de redes de apoyo y los escasos espacios de socialización podrían ser precipitantes para participar en el *chemsex*, y hallar en estas sesiones espacios donde buscar (y encontrar) una sensación de comunidad y pertenencia (162).

¿Siento deseo por volver a tener otra sesión?



Cuando se les preguntó si sentían deseo por volver a tener otra sesión, la mayoría indicaron esporádicamente (43,8%), nunca (27,1%), frecuentemente (22,2%), y siempre (6,9%). Aunque la mayoría de encuestados señalaron que rara vez o nunca habían sentido cierta dependencia, casi un tercio de los participantes (29,1%) señalaron cierta dependencia a

las sesiones. El efecto de las sustancias consumidas y su asociación con los contextos de consumo sobre el circuito de recompensa del sistema nervioso central es responsable de la dependencia, dentro de la cual cabe destacar el craving como un poderoso deseo de consumo, y el priming como un apremio de consumir de forma repetida.

Este estudio tiene varias limitaciones que conviene señalar. La primera de ellas se relaciona con la naturaleza transversal de los datos. La selección aleatoria de los participantes en este estudio imposibilita realizar un análisis longitudinal con respecto a los datos obtenidos en la Aproximación al *Chemsex* en España en el año 2016. Futuros estudios deberían explorar el orden temporal de las diferentes variables analizadas entre los mismos participantes. En segundo lugar, aunque nuestra muestra fue amplia, no es representativa de la población española y, por tanto, se recomienda precaución a la hora de generalizar los resultados. En este sentido, futuros estudios deberán reproducir y ampliar los resultados aquí descritos en otras muestras de GBHSH que practican *chemsex* en nuestro país. En tercer lugar, la evaluación del *chemsex* en el presente estudio incluyó el diagnóstico autoinformado de ITS. Futuros estudios deberían contar con otras fuentes de información objetivas, como el historial sanitario de los participantes. Finalmente, este estudio midió únicamente algunos síntomas de salud mental como la depresión, la ansiedad, y la dependencia. Futuros estudios deberían incluir indicadores adicionales, como por ejemplo, adicción conductual al sexo o las Apps de contactos, sintomatología psicótica, estrés postraumático, o medidas de la personalidad.

Conclusiones

El consumo de sustancias con fines sexuales supone un problema de salud pública que afecta principalmente a GBHSH. Este es uno de los escasos estudios realizados hasta la fecha que analiza la incidencia del consumo de drogas con fines sexuales en una amplia muestra de GBHSH que practican *chemsex* residentes en España. Los resultados de este estudio expanden la investigación previa de la Aproximación al *Chemsex* en España del año 2016, mostrando datos actualizados sobre variables demográficas, sustancias, métodos de prevención, hábitos sexuales, ITS, y resultados de salud mental entre GBHSH que practican *chemsex*.

Estos resultados nos permiten confeccionar el perfil sociodemográfico del participante en el *chemsex* en nuestro país. El perfil del usuario de *chemsex* sería el de un hombre gay, entre 25 y 44 años, principalmente nacido en España, con estudios universitarios, activo laboralmente, y sin pareja estable.

Algunas características asociadas al *chemsex* han hecho de esta práctica un fenómeno particularmente asociado a GBHSH. Entre estas, encontramos el papel de las redes sociales de geolocalización, los lugares donde se llevan a cabo estos encuentros, y las motivaciones que subyacen al *chemsex*. Este estudio muestra la importancia de las redes sociales de Internet, siendo el método de contacto preferido de los participantes para contactar con otras personas para practicar *chemsex*. Concretamente las Apps más utilizadas fueron Grindr, Scruff, y MachoBB. En cuanto a los contextos, la mayoría de los participantes refirieron consumir sustancias principalmente en sesiones de sexo, orgías o en grupos, mientras que en menor medida decidieron consumir con amigos en contextos no sexualizados. El consumo de sustancias parece no ser exclusivo de las sesiones de *chemsex*, por lo que su uso problemático también debe analizarse y abordarse en el resto de contextos. Los motivos referidos más frecuentemente para participar en el *chemsex* fueron: para hacer la relación sexual más placentera, para tener más aguante físico, y para tener más confianza en las relaciones sexuales. Estos datos indican que los motivos para participar en el *chemsex* son diversos y no excluyentes entre sí, y dependen en gran medida de las diferencias individuales.

Los datos referidos al consumo de sustancias indicaron que el alcohol, los poppers, la mefedrona, el GHB/GBL, y los fármacos para la disfunción eréctil, fueron las sustancias más frecuentemente consumidas por los participantes en el estudio. Asimismo, algunos encuestados también indicaron consumir otras sustancias con alto poder tóxico como el “nexus”, la “flakka” y el cloruro de etilo. El uso de

psicofármacos también fue referido por algunos participantes, concretamente, ansiolíticos y antidepresivos. Aunque una mayoría los consumían con receta médica, una parte no desdeñable señaló consumirlos sin receta. El consumo extendido de sustancias potencialmente peligrosas como la mefedrona y el GHB/GBL, la detección de nuevas sustancias, y la combinación de sustancias con psicofármacos, representan algunos de los retos más importantes que enfrentan las intervenciones sobre el consumo de drogas con fines sexuales.

En cuanto a las vías de administración de las sustancias, la inyectada sigue siendo elegida frecuentemente por aquellos que consumen mefedrona y metanfetamina. Una parte de aquellos que eligieron esta vía de administración señalaron compartir la jeringuilla, mientras que una mayoría de aquellos que esnifaban las sustancias indicaron compartir el rulo/turulo con otras personas. Estos datos sugieren que compartir material de consumo parece estar extendido sobre todo entre aquellos que consumen las sustancias por la vía esnifada. Resulta necesario diseñar programas de educación centrados en la minimización de riesgos entre aquellos que decidan compartir contexto de consumo con otros. La frecuencia de consumo varió entre las sustancias, siendo hachís/marihuana, alcohol, poppers y metanfetamina, las sustancias más consumidas diariamente, y alcohol, poppers, mefedrona, medicamentos para la disfunción eréctil, y GHB/GBL, los más consumidos semanalmente. Uno de cada dos participantes señaló haber perdido el control sobre el consumo alguna vez. De ellos, la mayoría no habían solicitado la ayuda profesional. Por último, una minoría señalaron asociar siempre el sexo con el consumo de drogas. Estos datos nos permiten concluir que algunas sustancias son frecuentemente consumidas, lo que podría aumentar las posibilidades de abuso y dependencia. Por ello, resulta necesario intensificar los esfuerzos en identificar a aquellas personas que tienen un consumo dependiente de sustancias, para minimizar los daños y riesgos que conlleva la práctica de *chemsex*.

Dos tercios de los participantes refirieron sentirse influidos a no utilizar el preservativo cuando consumían drogas. Uno de cada cinco encuestados señalaron estar tomando la PrEP, de ellos, una mayoría la tomaban diariamente, bajo seguimiento médico, y la mayoría no tenía olvidos importantes en la toma. El consumo de PPE fue referido de manera minoritaria. Aunque una quinta parte de los participantes toma PrEP, su consumo debería extenderse entre aquellos que tienen mayor riesgo de seroconversión al VIH, acompañado del uso del preservativo para minimizar el riesgo de contagio de ITS.

Cerca de la mitad de los participantes refirieron practicar el sexo anal receptivo e insertivo, frecuentemente o siempre sin preservativo, lo que se ha asociado a un mayor riesgo de contraer ITS. De ellos, una parte importante recibió eyaculación anal sin preservativo y eyaculó dentro de su pareja sexual sin preservativo. El sexo oral fue principalmente referido sin preservativo, tanto el receptivo como el insertivo. Cuando se preguntó sobre el control de la vida sexual, más de la mitad indicaron haber perdido el control en alguna ocasión sobre su vida sexual, de ellos, la mayoría no buscó ayuda. La comunicación sobre el tipo de prácticas con las parejas fue referida esporádicamente o nunca por un tercio de los participantes, mientras que uno de cada cinco nunca consensuó con sus parejas sexuales las medidas de prevención.

En cuanto al VIH, una amplia mayoría refirieron haberse realizado la prueba en algún momento, de los que cuatro de cada diez señalaron haber sido diagnosticados por el VIH. La mayoría tomaban el tratamiento retroviral, eran indetectables, y no tenían olvidos en el tratamiento. Casi un tercio de los encuestados refirió haberse realizado la prueba hace 3-12 meses, mientras que un 16,6% indicaron que se la hicieron hace más de un año. En cuanto al VHC, la mayoría se había realizado la prueba diagnóstica en alguna ocasión, de ellos un tercio entre 3 y 12 meses y uno de cada cinco hace más de un año. Uno de cada diez era positivo para el VHC y la mayoría solo habían sido diagnosticados en una ocasión. Un tercio estaba recibiendo tratamiento en la actualidad. En cuanto al resto de ITS, uno de cada cinco participantes no se había realizado pruebas en el último año. Entre los que sí se las realizaron, las ITS más frecuentemente diagnosticadas fueron la gonorrea, la sífilis, y la clamidiasis. Una cuarta parte de los participantes señaló no hablar con sus parejas sexuales sobre su estado serológico. Estos datos reflejan que los participantes en este estudio tienen una elevada probabilidad de llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo y ser diagnosticados de ITS.

Una mayoría de los encuestados señalaron no sentirse siempre satisfechos tras participar en el *chemsex*, uno de cada diez indicó que nunca se veían respetados sus gustos sexuales, y casi dos tercios percibieron el *chemsex* como una forma de dañarse a sí mismos. Cuando se preguntó si las sesiones de *chemsex* cumplían sus expectativas, solo una minoría señaló que las cumplían siempre. Casi la mitad refirió que el consumo de drogas con fines sexuales había afectado a sus relaciones personales, familiares o laborales en algún momento. La mayoría señaló disfrutar siempre o frecuentemente de otros contextos de ocio fuera del *chemsex*. Por

último, en cuanto a los resultados de salud mental, algunos síntomas fueron referidos siempre o frecuentemente por uno de cada tres participantes, como la depresión, la ansiedad, la dependencia a las sesiones, la soledad y la sensación de hacerse daño o perjudicarse. El *chemsex* puede tener una asociación con el ajuste psicológico de los GBHSH, incluidos los resultados de depresión, ansiedad y dependencia.

Estos datos indican la importancia de crear conciencia sobre el *chemsex* como un problema de salud pública en GBHSH. Resulta necesario diseñar programas de identificación, educación y prevención específicos que reduzcan la incidencia de las consecuencias más indeseables del *chemsex* en GBHSH, independientemente de su orientación sexual. Concretamente, la intervención debería focalizarse en proporcionar información y conocimientos para la prevención de ITS y otras complicaciones para la salud física y psicológica, además de promover un abordaje centrado en las necesidades de quienes hacen *chemsex*, como la abstinencia y la minimización de riesgos y daños. Por último, es necesario favorecer una evaluación integral de los resultados de salud física y mental por parte de equipos multidisciplinares formados y especializados en la idiosincrasia de este fenómeno. La coordinación de estos equipos con entidades no gubernamentales especializadas en salud sexual supondría una valiosa asociación para promover el cuidado y la salud de los GBHSH que practican *chemsex* en España.

Recomendaciones generales para reducción de riesgos en *chemsex*

Antes de ir a una sesión en casa de alguien, sauna o cualquier otro espacio:

- Tener información completa sobre cada sustancia, sus efectos y riesgos.
- Intentar llevar tus propias drogas y en, la medida de lo posible, analizarlas en algún servicio gratuito como Energy Control (<https://energycontrol.org/>).
- Confirmar si el dealer es de confianza.
- Intentar pactar qué drogas se van a consumir y vías de consumo antes de la quedada.
- Establecer un límite de tiempo previamente para finalizar y volver a casa a la hora fijada, para ello puede ponerse una alarma que avise cuando se cumpla ese tiempo.
- Discutir/decidir límites en cuanto a prácticas sexuales antes de que comience la sesión.
- Recopilar la mayor información posible antes de ir : ¿cuántos sois?, ¿cuánto lleváis de sesión?, ¿prácticas sexuales?, ¿qué drogas se consumen?, ¿uso de condón u otra medida preventiva?, ¿*slamsex*?
- Ir acompañados de una persona de confianza o avisar a alguien externo.
- Tener información sobre salud sexual.
- Llevar la medicación que se necesite en función del tiempo que pueda pasar en la sesión (TAR, PrEP, PPE, etc.). Un pastillero semanal puede ayudar a ver rápidamente si hay algún olvido de la toma.
- Llevar condones, lubricante, guantes (si se realiza *slamsex* llevar material propio, no compartir).
- Tener el teléfono móvil a mano y cargado para cualquier emergencia.
- No llevar muchas cosas de valor y tomar medidas para evitar hurtos cuando la sesión es en tu casa.
- Acordar a quién llamar si hay problemas.

Durante la sesión

- Dejar tus cosas en un mismo sitio.
- Darse un descanso física y mentalmente, dentro de la sesión.
- Comer para mantener niveles de energía adecuados (alimentos ricos en proteínas, no en azúcar. Los cambios de humor aumentan el "antojo" de drogas).
- Hidratarse (el alcohol hace que pierdas más líquido), evitar golpes de calor y mantener hidratadas e higienizadas (duchas o lavados) las zonas genitales externas para evitar sequedad y heridas.
- No mezclar drogas, puede tener efectos peligrosos.
- Respetar los tiempos de efecto de las diferentes drogas, para evitar sobredosis:
 - ◆ Gtime (GHB/GBL): 1 pipeta/hora
 - ◆ Mefe (Mefedrona): 50mg inhalada/intravenosa/hora
 - ◆ Tina (Metanfetamina): 5-15mg/6-8 horas
- *Slamsex* (no compartir):
 - ◆ Sólo dejarse inyectar por personas que "sepan".
 - ◆ Inyectarse en vena, no en genitales ni capilares.
 - ◆ Dejar un espacio de 2/3 cm entre inyecciones.
 - ◆ No te inyectes el preparado caliente, puede quemar las venas.
- Eyaculaciones fuera del cuerpo en caso de no usar preservativo.
- Llama al 112 en caso de que alguien se encuentre mal o no reaccione a estímulos.
- No abandonar a una persona si siente malestar general, solicitar ayuda.
- Si ves a alguien que está inconsciente, establecer un espacio seguro para evitar posibles abusos sexuales.

Después de ir a la sesión

- Evitar coger el coche de vuelta a casa o al salir.
- Dejar al menos un día de descanso entre la sesión y las obligaciones laborales/familiares, etc.
- En caso de haber tenido alguna práctica con probabilidad de transmisión de alguna infección, valorar la necesidad de PPE o PrEP para el VIH, para otras ITS, dejar pasar el período ventana y realizar una serología completa.
- Si crees haber tenido una practica sexual no consentida o agresión sexual, acude a urgencias para reconocimiento médico y valoración de PPE.
- Contar las píldoras que quedan con respecto a las que se llevaron, para comprobar si se ha saltado alguna toma (por ejemplo, en caso de PrEP, si hace menos de 12 horas podría tomar la píldora olvidada, si hace más de 12 horas, no tomarla doble, dejar esa y seguir con la pauta establecida).
- Hidratarse y alimentarse bien.
- Disfrutar de actividades de ocio alternativo como las ofrecidas por ONG como Apoyo Positivo e Imagina Más.
- Si se siente que se está perdiendo “el control” con las sesiones, acudir a algún programa de ONG o Centros de Atención de Adicciones.
- No reducir las relaciones sexuales al uso de sustancias.

Recursos sobre el *chemsex*

Servicio Apoyo Positivo (Programa Sexo, Drogas y tú):

- Campañas de prevención y sensibilización en la comunidad, centros sanitarios/ hospitalarios y/o entidades.
- Talleres de sensibilización para la comunidad y talleres de intervención de usuarios de chemsex para profesionales sanitarios y sociosanitarios
- Intervención psicológica clínica y médica psiquiátrica.
- Acompañamiento a centros de adicciones y centros clínico-sanitarios.
- Seguimiento personalizado en reducción de riesgos y daños con testing en ITS y asesoramiento en salud sexual placentera.
- Asesoramiento y/o terapia sexológica.
- Ocio alternativo terapéutico del Programa Sexo, Drogas y tú: deporte, salidas, jardinería, yoga, mindfulness, ocio ocupacional terapéutico, etc.
- Grupo de auto apoyo terapéutico.
- Talleres sexológicos de reducción de riesgos.
- Atención social.
- Asesoría jurídica y laboral.

Cualquier información o solicitud de cita a:

Lorena Ibarguchi. Psicóloga y Coordinadora del programa Sexo, Drogas y tú
psicosocial@apoyopositivo.org
Teléfono: **91 358 14 44**
Pagina web: **www.apoyopositivo.org**

Servicio Imagina Más

- Información sobre drogas y sexo (dirigida a disminuir los daños de las principales sustancias).
- Atención psicológica individual.
- Atención sexológica individual.
- Atención social individual.
- Acompañamientos a centros de adicciones, centros de ITS, etc.
- Grupo de apoyo.
- Prueba rápida de VIH.
- Ocio y tiempo libre.
- Talleres y formaciones.

Cualquier información o solicitud de cita a:

Alba Alonso. Psicóloga y coordinadora de Programa de Atención *chemsex* Imagina Más
salud@imaginamas.org
Teléfono: **91 032 11 99**
Pagina web: **www.imaginamas.org**

Bibliografía

1. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 1 de diciembre de 2015;26(12):1171-6.
2. Hakim J. The rise of chemsex: queering collective intimacy in neoliberal London. *Cult Stud*. 4 de marzo de 2019;33(2):249-75.
3. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 1 de enero de 2019;63:74-89.
4. Moyle L, Dymock A, Aldridge A, Mechen B. Pharmacosex: Reimagining sex, drugs and enhancement. *Int J Drug Policy*. 24 de noviembre de 2020;86:102943.
5. Evers YJ, Dukers-Muijers NHTM, Van Liere GAFS, Hoebe CJP. Sex Abroad Among Men Who Have Sex With Men and Its Association With Chemsex, Sexual Risk Behavior, and Sexually Transmitted Diseases: A Cross-Sectional Study in the Netherlands. *Sex Transm Dis*. septiembre de 2020;47(9):e29-32.
6. Chemsex Forum Position Paper | RESHAPE/IHP [Internet]. [citado 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://ihp.hiv/chemsex-position-paper/>
7. Deimel D, Stoeber H, Hoesselbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V. Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduct J*. 9 de diciembre de 2016;13:36.
8. Hout MCV, Crowley D, O'Dea S, Clarke S. Chasing the rainbow: pleasure, sex-based sociality and consumerism in navigating and exiting the Irish Chemsex scene. *Cult Health Sex*. 2 de septiembre de 2019;21(9):1074-86.
9. Palamar JJ, Griffin-Tomas M, Acosta P, Ompad DC, Cleland CM. A comparison of self-reported sexual effects of alcohol, marijuana, and ecstasy in a sample of young adult nightlife attendees. *Psychol Sex*. 2018;9(1):54-68.
10. Gertzen M, Strasburger M, Geiger J, Rosenberger C, Gernun S, Schwarz J, et al. [Chemsex: A new challenge in addiction medicine and infectious diseases]. *Nervenarzt*. 14 de abril de 2021;
11. Losilla Rodríguez B, López-Zúñiga M, Espadafor-López B, López-Ruz M. Study of ChemSex in HIV positive and negative homosexual patients. *Actual MEDICA*. 30 de abril de 2019;104:24-30.
12. Achterbergh RCA, Drückler S, van Rooijen MS, van Aar F, Slurink IAL, de Vries HJC, et al. Sex, drugs, and sexually transmitted infections: A latent class analysis among men who have sex with men in Amsterdam and surrounding urban regions, the Netherlands. *Drug Alcohol Depend*. 1 de enero de 2020;206:107526.
13. Bohn A, Sander D, Köhler T, Hees N, Oswald F, Scherbaum N, et al. Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front Psychiatry* [Internet]. 4 de noviembre de 2020 [citado 25 de mayo de 2021];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7672155/>
14. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy*. 2017;43:33-43.
15. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. diciembre de 2016;38:4-12.
16. Hurley M, Prestage G. Intensive sex partying amongst gay men in Sydney. *Cult Health Sex*. agosto de 2009;11(6):597-610.
17. Ahmed A-K, Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, et al. Social norms related to combining drugs and sex («chemsex») among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 2016;38:29-35.
18. Fernández Dávila P. "Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Rev Multidiscip Sida*. 7 de abril de 2016;4:41-65.
19. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*. enero de 2019;139(1):23-33.
20. Drysdale K, Bryant J, Hopwood M, Dowsett GW, Holt M, Lea T, et al. Destabilising the «problem» of chemsex: Diversity in settings, relations and practices revealed in Australian gay and bisexual men's crystal methamphetamine use. *Int J Drug Policy*. abril de 2020;78:102697.
21. Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *Int J Drug Policy*. mayo de 2018;55:131-48.
22. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs Alcohol Today*. 25 de enero de 2019;19.
23. Kohli M, Hickson F, Free C, Reid D, Weatherburn P. Cross-sectional analysis of chemsex drug use and gonorrhoea diagnosis among men who have sex with men in the UK. *Sex Health*. septiembre de 2019;16(5):464-72.
24. Batisse A, Eiden C, Deheul S, Monzon E, Djezzar S, Peyrière H. Chemsex practice in France: An update in Addictovigilance data. *Fundam Clin*

Pharmacol. 7 de septiembre de 2021;

25. Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Ibarguchi L. Aproximación al Chemsex en España 2016 [Internet]. Apoyo Positivo e Imagina MÁS; 2016 [citado 14 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximaci%C3%B3n-Chemsex-en-Espa%C3%B1a-2016.pdf>

26. Ahmed A-K, Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, et al. Social norms related to combining drugs and sex («chemsex») among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. diciembre de 2016;38:29-35.

27. Choi KWY, Choi EPH, Chow EPF, Wan EYF, Wong WCW, Wong JYH, et al. The Experience of Using Dating Applications for Sexual Hook-Ups: A Qualitative Exploration among HIV-Negative Men Who Have Sex With Men in Hong Kong. *J Sex Res*. 3 de marzo de 2021;1-10.

28. Macapagal K, Moskowitz DA, Li DH, Carrión A, Bettin E, Fisher CB, et al. Hookup App Use, Sexual Behavior, and Sexual Health Among Adolescent Men Who Have Sex With Men in the United States. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2018;62(6):708-15.

29. Queiroz AAFLN, Sousa AFL de, Brignol S, Araújo TME, Reis RK. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. *Braz J Infect Dis Off Publ Braz Soc Infect Dis*. octubre de 2019;23(5):298-306.

30. Busardò FP, Gottardi M, Pacifici R, Vari MR, Tini A, Volpe AR, et al. Nails Analysis for Drugs Used in the Context of Chemsex: A Pilot Study*. *J Anal Toxicol*. 7 de enero de 2020;44(1):69-74.

31. Rana S, Macdonald N, French P, Jarman J, Patel S, Portman M, et al. Enhanced surveillance of syphilis cases among men who have sex with men in London, October 2016-January 2017. *Int J STD AIDS*. abril de 2019;30(5):422-9.

32. Santoro P, Rodríguez R, Morales P, Morano A, Morán M. One «chemsex» or many? Types of chemsex sessions among gay and other men who have sex with men in Madrid, Spain: findings from a qualitative study. *Int J Drug Policy*. agosto de 2020;82:102790.

33. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2017;93(3):203-6.

34. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham [Internet]. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropi-

cal Medicine; 2014 [citado 3 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2197245/>

35. Zhang SY, Demant J. Effects of self-control, drug-use peers and family attachment on drug use among Chinese users: A gender-specific analysis. *Drug Alcohol Rev*. 15 de abril de 2021;

36. Batisse A, Peyrière H, Cazanave C, Donna-dieu-Rigole H. « ChemSex », consommation en contexte sexuel : quelles substances ? Quelle prévention? Données du réseau français d'addictovigilance. *Therapies*. 1 de diciembre de 2018;73(6):559.

37. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2015;91(8):564-8.

38. Glynn RW, Byrne N, O'Dea S, Shanley A, Codd M, Keenan E, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy*. febrero de 2018;52:9-15.

39. Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W, Green S, Simms R, Cutts R, et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*. marzo de 2017;28(4):362-6.

40. Parent N, Coulaud P, Amirie M, Ferlatte O, Knight R. Cannabis use and mental health among young sexual and gender minority men: A qualitative study. *Int J Drug Policy*. 1 de mayo de 2021;91:102980.

41. Pienaar K, Murphy DA, Race K, Lea T. Drugs as technologies of the self: Enhancement and transformation in LGBTQ cultures. *Int J Drug Policy*. abril de 2020;78:102673.

42. Graf N, Dichtl A, Deimel D, Sander D, Stöver H. Chemsex among men who have sex with men in Germany: motives, consequences and the response of the support system. *Sex Health*. 2018;15(2):151-6.

43. Tan RKJ, Phua K, Tan A, Gan DCJ, Ho LPP, Ong EJ, et al. Exploring the role of trauma in underpinning sexualised drug use ('chemsex') among gay, bisexual and other men who have sex with men in Singapore. *Int J Drug Policy*. 24 de junio de 2021;97:103333.

44. Tan RKJ, Wong CM, Chen MI-C, Chan YY, Bin Ibrahim MA, Lim OZ, et al. Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: A qualitative study. *Int J Drug Policy*. 1 de noviembre de 2018;61:31-7.

45. Johnson MW, Herrmann ES, Sweeney MM, LeComte RS, Johnson PS. Cocaine administration dose-dependently increases sexual desire and

decreases condom use likelihood: The role of delay and probability discounting in connecting cocaine with HIV. *Psychopharmacology (Berl)*. febrero de 2017;234(4):599-612.

46. Evers YJ, Van Liere GAFS, Hoebe CJPA, Dukers-Muijers NHTM. Chemsex among men who have sex with men living outside major cities and associations with sexually transmitted infections: A cross-sectional study in the Netherlands. Caylà JA, editor. *PLOS ONE*. 14 de mayo de 2019;14(5):e0216732.

47. Pufall EL, Kall M, Shahmanesh M, Nardone A, Gilson R, Delpech V, et al. Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Med*. 2018;19(4):261-70.

48. Schecke H, Lea T, Bohn A, Köhler T, Sander D, Scherbaum N, et al. Crystal Methamphetamine Use in Sexual Settings Among German Men Who Have Sex With Men. *Front Psychiatry [Internet]*. 2019 [citado 28 de mayo de 2020];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00886/full>

49. Prestage G, Hammoud M, Jin F, Degenhardt L, Bourne A, Maher L. Mental health, drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men. *Int J Drug Policy*. 1 de mayo de 2018;55:169-79.

50. Berry MS, Johnson MW. Does being drunk or high cause HIV sexual risk behavior? A systematic review of drug administration studies. *Pharmacol Biochem Behav*. enero de 2018;164:125-38.

51. Sewell J, Cambiano V, Miltz A, Speakman A, Lampe FC, Phillips A, et al. Changes in recreational drug use, drug use associated with chemsex, and HIV-related behaviours, among HIV-negative men who have sex with men in London and Brighton, 2013–2016. *Sex Transm Infect*. 1 de noviembre de 2018;94(7):494-501.

52. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, Tellez-Molina MJ, et al. Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *PloS One*. 2019;14(12):e0220272.

53. Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *Lancet Lond Engl*. 12 de enero de 2013;381(9861):101-2.

54. Macfarlane A. Sex, drugs and self-control: why chemsex is fast becoming a public health concern. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 1 de octubre de 2016;42(4):291-4.

55. Souleymanov R, Brennan DJ, Logie C, Allman D, Craig SL, Halkitis PN. Pleasure and HIV biomedical discourse: The structuring of sexual and drug-related risks for gay and bisexual men who Party-n-Play. *Int J Drug Policy*. 1 de diciembre de

2019;74:181-90.

56. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med*. 30 de diciembre de 2010;363(27):2587-99.

57. McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet*. 2 de enero de 2016;387(10013):53-60.

58. MacGregor L, Kohli M, Looker KJ, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ, et al. Chemsex and diagnoses of syphilis, gonorrhoea and chlamydia among men who have sex with men in the UK: a multivariable prediction model using causal inference methodology. *Sex Transm Infect*. 15 de enero de 2021;

59. Kelley CF, Kahle E, Siegler A, Sanchez T, del Rio C, Sullivan PS, et al. Applying a PrEP Continuum of Care for Men Who Have Sex With Men in Atlanta, Georgia. *Clin Infect Dis*. 15 de noviembre de 2015;61(10):1590-7.

60. Hibbert MP, Porcellato LA, Brett CE, Hope VD. Associations with drug use and sexualised drug use among women who have sex with women (WSW) in the UK: Findings from the LGBT Sex and Lifestyles Survey. *Int J Drug Policy*. 1 de diciembre de 2019;74:292-8.

61. Kwan TH, Lee SS. Bridging Awareness and Acceptance of Pre-Exposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex With Men and the Need for Targeting Chemsex and HIV Testing: Cross-Sectional Survey. *JMIR Public Health Surveill*. 3 de julio de 2019;5(3):e13083.

62. Traeger MW, Schroeder SE, Wright EJ, Hellard ME, Cornelisse VJ, Doyle JS, et al. Effects of Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of Human Immunodeficiency Virus Infection on Sexual Risk Behavior in Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 16 de agosto de 2018;67(5):676-86.

63. Rojas Castro D, Delabre RM, Molina J-M. Give PrEP a chance: moving on from the «risk compensation» concept. *J Int AIDS Soc*. agosto de 2019;22 Suppl 6:e25351.

64. Armenta RF, Abramovitz D, Lozada R, Vera A, Garfein RS, Magis-Rodríguez C, et al. Correlates of perceived risk of HIV infection among persons who inject drugs in Tijuana, Baja California, Mexico. *Salud Publica Mex*. 2015;57 Suppl 2:s107-112.

65. Deimel D, Stoeber H, Hoesselbarth S, Dichtl A, Graf N, Gebhardt V. Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduct J*. 9 de diciembre de 2016;13:36.

66. Hampel B, Kusejko K, Kouyos RD, Boni J, Flepp M, Stockle M, et al. Chemsex drugs on the rise: a longitudinal analysis of the Swiss HIV Cohort Study from 2007 to 2017. *Hiv Med.* abril de 2020;21(4):228-39.
67. Hickson F, Reid D, Hammond G, Weatherburn P. State of Play: findings from the England Gay Men's Sex Survey 2014. *Sigma Res Lond* May 2016. 1 de mayo de 2016;ISBN: 978-1-906673-24-6.
68. Moallef S, Nosova E, Milloy MJ, DeBeck K, Fairbairn N, Wood E, et al. Knowledge of Fentanyl and Perceived Risk of Overdose Among Persons Who Use Drugs in Vancouver, Canada. *Public Health Rep Wash DC* 1974. agosto de 2019;134(4):423-31.
69. Brookmeyer KA, Haderxhanaj LT, Hogben M, Leichliter J. Sexual risk behaviors and STDs among persons who inject drugs: A national study. *Prev Med.* septiembre de 2019;126:105779.
70. Hill MJ, Holt M, Hanscom B, Wang Z, Cardenas-Turanzas M, Latkin C. Gender and race as correlates of high risk sex behaviors among injection drug users at risk for HIV enrolled in the HPTN 037 study. *Drug Alcohol Depend.* 1 de febrero de 2018;183:267-74.
71. Ngor C, Sopheab H, Mam S, Gorbach P, Chhea C. Factors Associated With Sexual Risk Behaviors Among People Who Use Drugs in Communities in Cambodia. *Asia Pac J Public Health.* mayo de 2019;31(4):335-47.
72. Parkes A, Waltenberger M, Mercer C, Johnson A, Wellings K, Mitchell K. Latent class analysis of sexual health markers among men and women participating in a British probability sample survey. *BMC Public Health.* 9 de enero de 2020;20(1):14.
73. Schumacher A, Marzell M, Toepp AJ, Schweizer ML. Association Between Marijuana Use and Condom Use: A Meta-Analysis of Between-Subject Event-Based Studies. *J Stud Alcohol Drugs.* mayo de 2018;79(3):361-9.
74. Simons JS, Simons RM, Maisto SA, Hahn AM, Walters KJ. Daily associations between alcohol and sexual behavior in young adults. *Exp Clin Psychopharmacol.* febrero de 2018;26(1):36-48.
75. Patel EU, White JL, Gaydos CA, Quinn TC, Mehta SH, Tobian AAR. Marijuana Use, Sexual Behaviors, and Prevalent Sexually Transmitted Infections Among Sexually Experienced Males and Females in the United States: Findings From the National Health and Nutrition Examination Surveys. *Sex Transm Dis.* octubre de 2020;47(10):672-8.
76. Stevens O, Moncrieff M, Gafos M. Chemsex-related drug use and its association with health outcomes in men who have sex with men: a cross-sectional analysis of Antidote clinic service data. *Sex Transm Infect.* marzo de 2020;96(2):124-30.
77. Rosenberger C, Gertzen M, Strasburger M, Schwarz J, Gernun S, Rabenstein A, et al. We Have a Lot to Do: Lack of Sexual Protection and Information—Results of the German-Language Online Survey “Let’s Talk About Chemsex”. *Front Psychiatry.* 31 de mayo de 2021;12:690242.
78. Cartiser N, Sahy A, Advenier A-S, Franchi A, Revelut K, Bottinelli C, et al. Fatal intoxication involving 4-methylpentedrone (4-MPD) in a context of chemsex. *Forensic Sci Int.* febrero de 2021;319:110659.
79. Drevin G, Rossi L-H, Férec S, Briet M, Abbara C. Chemsex/slamsex-related intoxications: A case report involving gamma-hydroxybutyrate (GHB) and 3-methylmethcathinone (3-MMC) and a review of the literature. *Forensic Sci Int.* abril de 2021;321:110743.
80. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. La prevención y el control de las ITS en España 2013 - 2020: una revisión integrativa. [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ITS/Informe_Revisión_Planes_ITS_CCAA_2021.pdf
81. MacGregor L, Kohli M, Looker KJ, Hickson F, Weatherburn P, Schmidt AJ, et al. Chemsex and diagnoses of syphilis, gonorrhoea and chlamydia among men who have sex with men in the UK: a multivariable prediction model using causal inference methodology. *Sex Transm Infect.* junio de 2021;97(4):282-9.
82. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, et al. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV.* 1 de octubre de 2014;1(1):e22-31.
83. Mueses-Marín HF, Tello-Bolívar IC, Galindo-Orrego MI, Galindo-Quintero J. Perceptions about sexual risk, HIV and HIV-testing in Cali, Colombia. *Colomb Médica Cali Colomb.* 30 de junio de 2018;49(2):139-47.
84. Sopheab H, Chhea C, Tuot S, Muir JA. HIV prevalence, related risk behaviors, and correlates of HIV infection among people who use drugs in Cambodia. *BMC Infect Dis.* 13 de noviembre de 2018;18(1):562.
85. Garin N, Zurita B, Velasco C, Feliu A, Gutierrez M, Masip M, et al. Prevalence and clinical impact of recreational drug consumption in people living with HIV on treatment: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 1 de enero de 2017;7(1):e014105.
86. Gavín P, Arbelo N, Monrás M, Nuño L, Bruguera P, de la Mora L, et al. [Methamphetamine use in chemsex and its consequences on mental health: a descriptive study.]. *Rev Esp Salud Pública.* 31 de agosto de 2021;95:e202108108.
87. Ruiz-Robledillo N, Ferrer-Cascales R, Porti-

- Ila-Tamarit I, Alcocer-Bruno C, Clement-Carbonell V, Portilla J. Chemsex Practices and Health-Related Quality of Life in Spanish Men with HIV Who Have Sex with Men. *J Clin Med*. 13 de abril de 2021;10(8).
88. Li C-W, Ku SW-W, Huang P, Chen L-Y, Wei H-T, Strong C, et al. Factors associated with methamphetamine dependency among men who have sex with men engaging in chemsex: Findings from the COMeT study in Taiwan. *Int J Drug Policy*. 16 de enero de 2021;103119.
89. Hockenull J, Murphy KG, Paterson S. An observed rise in γ -hydroxybutyrate-associated deaths in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. *Forensic Sci Int*. 1 de enero de 2017;270:93-7.
90. Melendez-Torres GJ, Bourne A. Illicit drug use and its association with sexual risk behaviour among MSM: more questions than answers? *Curr Opin Infect Dis*. febrero de 2016;29(1):58-63.
91. Lafortune D, Blais M, Miller G, Dion L, Lalonde F, Dargis L. Psychological and Interpersonal Factors Associated with Sexualized Drug Use Among Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Systematic Review. *Arch Sex Behav*. febrero de 2021;50(2):427-60.
92. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, Tellez-Molina MJ, et al. Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *PloS One*. 2019;14(12):e0220272.
93. Borodovsky JT, Budney AJ. Cannabis regulatory science: risk-benefit considerations for mental disorders. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. junio de 2018;30(3):183-202.
94. Miltz AR, Rodger AJ, Sewell J, Gilson R, Allan S, Scott C, et al. Recreational drug use and use of drugs associated with chemsex among HIV-negative and HIV-positive heterosexual men and women attending sexual health and HIV clinics in England. *Int J Drug Policy*. 1 de mayo de 2021;91:103101.
95. Vaccher SJ, Hammoud MA, Bourne A, Lea T, Haire BG, Holt M, et al. Prevalence, frequency, and motivations for alkyl nitrite use among gay, bisexual and other men who have sex with men in Australia. *Int J Drug Policy*. 1 de febrero de 2020;76:102659.
96. De Gregorio D, Aguilar-Valles A, Preller KH, Heifets BD, Hibicke M, Mitchell J, et al. Hallucinogens in Mental Health: Preclinical and Clinical Studies on LSD, Psilocybin, MDMA, and Ketamine. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 3 de febrero de 2021;41(5):891-900.
97. Felmler MA, Morse BL, Morris ME. γ -Hydroxybutyric Acid: Pharmacokinetics, Pharmacodynamics, and Toxicology. *AAPS J*. 8 de enero de 2021;23(1):22.
98. Mithoefer MC, Feduccia AA, Jerome L, Mithoefer A, Wagner M, Walsh Z, et al. MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: study design and rationale for phase 3 trials based on pooled analysis of six phase 2 randomized controlled trials. *Psychopharmacology (Berl)*. 1 de septiembre de 2019;236(9):2735-45.
99. Lopez-Patton M, Kumar M, Jones D, Fonseca M, Kumar AM, Nemeroff CB. Childhood trauma and METH abuse among men who have sex with men: Implications for intervention. *J Psychiatr Res*. enero de 2016;72:1-5.
100. Fletcher JB, Clark KA, Reback CJ. Depression and HIV transmission risk among methamphetamine-using men who have sex with men. *Addict Res Theory*. 4 de mayo de 2021;29(3):263-70.
101. Evers YJ, Hoebe CJPA, Dukers-Muijers NHTM, Kampman CJG, Kuizenga-Wessel S, Shilue D, et al. Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex – a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep*. 1 de junio de 2020;18:101074.
102. Hylton E, Wirtz AL, Zelaya CE, Latkin C, Peryshkina A, Mogilnyi V, et al. Sexual Identity, Stigma, and Depression: the Role of the «Anti-gay Propaganda Law» in Mental Health among Men Who Have Sex with Men in Moscow, Russia. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. 2017;94(3):319-29.
103. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health*. noviembre de 2001;91(11):1869-76.
104. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*. septiembre de 2003;129(5):674-97.
105. Meyer VJ, Rubin LH, Martin E, Weber KM, Cohen MH, Golub ET, et al. HIV and recent illicit drug use interact to affect verbal memory in women. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 de mayo de 2013;63(1):67-76.
106. Teasdale B, Bradley-Engen M. Adolescent Same-Sex Attraction and Mental Health: The Role of Stress and Support. *J Homosex*. 1 de febrero de 2010;57:287-309.
107. Sattler FA, Wagner U, Christiansen H. Effects of Minority Stress, Group-Level Coping, and Social Support on Mental Health of German Gay Men. *PloS One*. 2016;11(3):e0150562.
108. Sun S, Pachankis JE, Li X, Operario D. Addressing Minority Stress and Mental Health among Men Who Have Sex with Men (MSM) in China. *Curr HIV/AIDS Rep*. febrero de 2020;17(1):35-62.
109. Torres TS, Bastos LS, Kamel L, Bezerra DRB, Fernandes NM, Moreira RI, et al. Do men who have sex with men who report alcohol and illicit drug use before/during sex (chemsex) present moderate/high

risk for substance use disorders? *Drug Alcohol Depend.* 1 de abril de 2020;209:107908.

110. Guerras J-M, Hoyos Miller J, Agustí C, Chanos S, Pichon F, Kuske M, et al. Association of Sexualized Drug Use Patterns with HIV/STI Transmission Risk in an Internet Sample of Men Who Have Sex with Men from Seven European Countries. *Arch Sex Behav.* febrero de 2021;50(2):461-77.

111. Kohli M, Hickson F, Free C, Reid D, Weatherburn P. Cross-sectional analysis of chemsex drug use and gonorrhoea diagnosis among men who have sex with men in the UK. *Sex Health.* septiembre de 2019;16(5):464-72.

112. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy.* 1 de mayo de 2017;43:33-43.

113. Rosner B, Neicun J, Yang JC, Roman-Urres-tarazu A. Substance use among sexual minorities in the US - Linked to inequalities and unmet need for mental health treatment? Results from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). *J Psychiatr Res.* marzo de 2021;135:107-18.

114. Hanum N, Cambiano V, Sewell J, Phillips AN, Rodger AJ, Speakman A, et al. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in England: data from the AURAH2 prospective study. *Lancet Public Health.* septiembre de 2020;5(9):e501-11.

115. López JB, Molina R, Salgado BR, Herrero JLM, Segal HD. Mefedrona y chemsex: análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid. *Rev Esp Drogodepend.* 2016;(4):47-61.

116. Garrido J. 'Chemsex': radiografía de un problema de Salud Pública. *El País [Internet]. Edición Digital.* 2021; Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/vihda-positiva/2021-01-11/chemsex-radiografia-de-un-problema-de-salud-publica.html>

117. Van Hout MC, Crowley D, O'Dea S, Clarke S. Chasing the rainbow: pleasure, sex-based sociality and consumerism in navigating and exiting the Irish Chemsex scene. *Cult Health Sex.* 2 de septiembre de 2019;21(9):1074-86.

118. Drysdale K, Bryant J, Hopwood M, Dowsett GW, Holt M, Lea T, et al. Destabilising the «problem» of chemsex: Diversity in settings, relations and practices revealed in Australian gay and bisexual men's crystal methamphetamine use. *Int J Drug Policy.* 14 de febrero de 2020;78:102697.

119. Demant D, Oviedo-Trespalacios O. Harmless? A hierarchical analysis of poppers use correlates among young gay and bisexual men. *Drug Alcohol Rev.* julio de 2019;38(5):465-72.

120. Keogh P, Reid D, Bourne A, Weatherburn P,

Hickson F, Jessup K, et al. Wasted opportunities: Problematic alcohol and drug use among gay men and bisexual men. *Sigma Res Lond ISBN* 1-872956-97-1. 1 de febrero de 2009;

121. Trouiller P, Velter A, Saboni L, Sommen C, Sauvage C, Vaux S, et al. Injecting drug use during sex (known as "slamming") among men who have sex with men: Results from a time-location sampling survey conducted in five cities, France. *Int J Drug Policy.* 1 de mayo de 2020;79:102703.

122. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug related harms in Europe [Internet]. EMCDDA Trendspotter briefing; 2020. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2_1.pdf

123. Aas CF, Vold JH, Gjestad R, Skurtveit S, Lim AG, Gjerde KV, et al. Substance use and symptoms of mental health disorders: a prospective cohort of patients with severe substance use disorders in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 27 de febrero de 2021;16(1):20.

124. Montastruc J-L, Bondon-Guitton E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G, et al. Pharmacovigilance, risks and adverse effects of self-medication. *Therapie.* abril de 2016;71(2):257-62.

125. López E, Jeanne G, Lefort L-H, Autissier C, Picot M-C, Peyrière H, et al. Characterization of benzodiazepine misuse and comorbidities in patients with alcohol use disorder. *Fundam Clin Pharmacol.* 2 de abril de 2021;

126. Aaron S, McMahon JM, Milano D, Torres L, Clatts M, Tortu S, et al. Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 de octubre de 2008;47(7):931-4.

127. Vanhommerig JW, Lambers FAE, Schinkel J, Geskus RB, Arends JE, van de Laar TJW, et al. Risk Factors for Sexual Transmission of Hepatitis C Virus Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Men Who Have Sex With Men: A Case-Control Study. *Open Forum Infect Dis.* septiembre de 2015;2(3):ofv115.

128. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy.* 1 de diciembre de 2016;38:4-12.

129. Baler RD, Volkow ND. Drug addiction: the neurobiology of disrupted self-control. *Trends Mol Med.* diciembre de 2006;12(12):559-66.

130. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a

qualitative study. *Sex Transm Infect.* diciembre de 2015;91(8):564-8.

131. Baddeley A. *Working memory*. New York, NY, US: Clarendon Press/Oxford University Press; 1986. xi, 289 p. (*Working memory*).

132. Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida* [Internet]. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf

133. del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica.* 1 de febrero de 2019;37(2):117-26.

134. Anstee S, Shepherd J, Graham CA, Stone N, Brown K, Newby K, et al. Evidence for behavioural interventions addressing condom use fit and feel issues to improve condom use: a systematic review. *Sex Health.* noviembre de 2019;16(6):539-47.

135. Piersiala K, Krajewski J, Dadej D, Loroach A, Czerniak W, Rozpłochowski B, et al. Correlates of inconsistent condom use and drug use among men having sex with men in Poland: a cross-sectional study. *Int J STD AIDS.* agosto de 2020;31(9):894-902.

136. Ayerdi Aguirrebengoa O, Vera Garcia M, Rueda Sanchez M, D' Elia G, Chavero Méndez B, Alvargonzalez Arrancudiaga M, et al. Risk factors associated with sexually transmitted infections and HIV among adolescents in a reference clinic in Madrid. *PloS One.* 2020;15(3):e0228998.

137. Bartnik AW, Krankowska D, Sapuła M, Cybula A, Wiercińska-Drapała A. Chemsex among HIV-infected patients – experience from a tertiary care hospital in Poland. Preliminary data. *HIV AIDS Rev Int J HIV-Relat Probl.* 2019;18(2):137-41.

138. Kenyon C, Wouters K, Platteau T, Buyze J, Florence E. Increases in condomless chemsex associated with HIV acquisition in MSM but not heterosexuals attending a HIV testing center in Antwerp, Belgium. *Aids Res Ther.* 19 de octubre de 2018;15:14.

139. Maxwell S, Gafos M, Shahmanesh M. Pre-exposure Prophylaxis Use and Medication Adherence Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review of the Literature. *J Assoc Nurses AIDS Care JANAC.* agosto de 2019;30(4):e38-61.

140. Ong JJ, Fu H, Baggaley RC, Wi TE, Tucker JD, Smith MK, et al. Missed opportunities for sexually transmitted infections testing for HIV pre-exposure prophylaxis users: a systematic review. *J Int AIDS*

Soc. 18 de febrero de 2021;24(2):e25673.

141. Liu H, Su Y, Zhu L, Xing J, Wu J, Wang N. Effectiveness of ART and condom use for prevention of sexual HIV transmission in serodiscordant couples: a systematic review and meta-analysis. *PloS One.* 2014;9(11):e111175.

142. Freeborn K, Portillo CJ. Does Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention in men who have sex with men (MSM) change risk behavior? A systematic review. *J Clin Nurs.* septiembre de 2018;27(17-18):3254-65.

143. Ringshall M, Cooper R, Rawdah W, Perera S, Bannister A, Nichols K, et al. Chemsex, sexual behaviour and STI-PrEP use among HIV-PrEP users during the COVID-19 pandemic in Brighton, UK. *Sex Transm Infect.* 16 de agosto de 2021;sex-trans-2021-055216.

144. Sun Y, Li G, Lu H. Awareness and use of nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis and factors associated with awareness among MSM in Beijing, China. *PloS One.* 2021;16(8):e0255108.

145. Ayerdi Aguirrebengoa O, Vera García M, Arias Ramírez D, Gil García N, Puerta López T, Clavo Escribano P, et al. Low use of condom and high STI incidence among men who have sex with men in PrEP programs. *PloS One.* 2021;16(2):e0245925.

146. Hoornenborg E, Coyer L, Achterbergh RCA, Matser A, Schim van der Loeff MF, Boyd A, et al. Sexual behaviour and incidence of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men using daily and event-driven pre-exposure prophylaxis in AMPREP: 2 year results from a demonstration study. *Lancet HIV.* julio de 2019;6(7):e447-55.

147. Hoff CC, Campbell CK, Chakravarty D, Darbes LA. Relationship-Based Predictors of Sexual Risk for HIV Among MSM Couples: A Systematic Review of the Literature. *AIDS Behav.* diciembre de 2016;20(12):2873-92.

148. Starks TJ, Gamarel KE, Johnson MO. Relationship characteristics and HIV transmission risk in same-sex male couples in HIV serodiscordant relationships. *Arch Sex Behav.* enero de 2014;43(1):139-47.

149. Morell-Mengual V, Gil-Llario MD, Fernández-García O, Ballester-Arnal R. Factors Associated with Condom Use in Anal Intercourse Among Spanish Men Who Have Sex with Men: Proposal for an Explanatory Model. *AIDS Behav* [Internet]. 29 de abril de 2021 [citado 30 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03282-0>

150. Pescatore NA, Pollak R, Kraft CS, Mulle JG, Kelley CF. Short Communication: Anatomic Site of Sampling and the Rectal Mucosal Microbiota in HIV Negative Men Who Have Sex with Men Engaging in Condomless Receptive Anal Intercourse. *AIDS Res Hum Retroviruses.* marzo de 2018;34(3):277-81.

151. Kelley CF, Kraft CS, de Man TJ, Duphare C, Lee H-W, Yang J, et al. The rectal mucosa and condomless receptive anal intercourse in HIV-negative MSM: implications for HIV transmission and prevention. *Mucosal Immunol.* julio de 2017;10(4):996-1007.
152. Vaccher SJ, Hammoud MA, Bourne A, Lea T, Haire BG, Holt M, et al. Prevalence, frequency, and motivations for alkyl nitrite use among gay, bisexual and other men who have sex with men in Australia. *Int J Drug Policy.* febrero de 2020;76:UNSP 102659.
153. Callander D, Park SH, Schneider JA, Khan MR, Kreski NT, Hambrick HR, et al. City of love: group sex is associated with risks for HIV and other sexually transmissible infections among gay and bisexual men in Paris, France. *Sex Health.* 2019;16(2):192-4.
154. Kolstee J, Holt M, Jin J, Hammoud MA, Degenhardt L, Maher L, et al. Characteristics of gay and bisexual men who rarely use HIV risk reduction strategies during condomless anal intercourse: Results from the FLUX national online cohort study. *PLoS ONE.* 1 de junio de 2020;15(6):e0233922.
155. Platteau T, van Lankveld J, Ooms L, Florence E. Sexual Behavior and Sexually Transmitted Infections Among Swingers: Results From an Online Survey in Belgium. *J Sex Marital Ther.* 17 de noviembre de 2017;43(8):709-19.
156. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2019 [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública; 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia_ITS_1995_2019.pdf
157. Khalid K, Padda J, Khedr A, Ismail D, Zubair U, Al-Ewaidat OA, et al. HIV and Messenger RNA (mRNA) Vaccine. *Cureus.* julio de 2021;13(7):e16197.
158. Gómez-Ayerbe C, Palacios R, Ríos MJ, Téllez F, Sayago C, Martín-Aspas A, et al. Acute hepatitis C virus infection and direct-acting antiviral drugs: Perfect combination to eliminate the epidemic? *Int J STD AIDS.* 23 de julio de 2021;9564624211033756.
159. McGregor IS, Callaghan PD, Hunt GE. From ultrasocial to antisocial: a role for oxytocin in the acute reinforcing effects and long-term adverse consequences of drug use? *Br J Pharmacol.* mayo de 2008;154(2):358-68.
160. Armoon B, Higgs P, Fleury M-J, Bayat A-H, Moghaddam LF, Bayani A, et al. Socio-demographic, clinical and service use determinants associated with HIV related stigma among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 22 de septiembre de 2021;21(1):1004.
161. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 13 de noviembre de 2013;16(3 Suppl 2):18640.
162. Raúl Soriano, Adán E, Ayerdi O, Belmar C, Belza MJ. Abordaje del fenómeno del chemsex [Internet]. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf
163. Bechara A, Martin EM. Impaired decision making related to working memory deficits in individuals with substance addictions. *Neuropsychology.* enero de 2004;18(1):152-62.
164. Brogan N, Paquette DM, Lachowsky NJ, Blais M, Brennan DJ, Hart TA, et al. Canadian results from the European Men-who-have-sex-with-men Internet survey (EMIS-2017). *Can Commun Dis Rep Releve Mal Transm Au Can.* 7 de noviembre de 2019;45(11):271-82.
165. Dávila PF. ¿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 Addict Drug* [Internet]. 10 de marzo de 2021 [citado 5 de octubre de 2021];21(1). Disponible en: [https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path\[\]=538](https://ojs.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path[]=538)
166. Sola Lara JA, Caparros-González RA, Hueso-Montoro C, Pérez Morente MÁ. [Factors determining risk sex practices in the acquisition of sexually transmitted diseases among men who have sex with men: a systematic review.]. *Rev Esp Salud Pública.* 28 de junio de 2021;95:e202106089.
167. Ibarguchi L. La adicción al ChemSex: «Tu vida es sexo-sobrevivir-dormir-droga». *elDiario.es* [Internet]. Edición Digital. 2019; Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/homofobia-interiorizada-serofobia-adiccion-chemsex_1_1486656.html
168. Hibbert MP, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK. *Sex Transm Infect.* 2019;95(5):342-50.
169. Wang Z, Yang X, Mo PKH, Fang Y, Ip TKM, Lau JTF. Influence of Social Media on Sexualized Drug Use and Chemsex Among Chinese Men Who Have Sex With Men: Observational Prospective Cohort Study. *J Med Internet Res.* 24 de julio de 2020;22(7):e17894.
170. Drückler S, van Rooijen MS, de Vries HJC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: a Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the

Netherlands. *Sex Transm Dis.* mayo de 2018;45(5):325-31.

171. Dolengevich-Segal H, Gonzalez-Baeza A, Valencia J, Valencia-Ortega E, Cabello A, Tellez-Molina MJ, et al. Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who inject drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *PLOS ONE.* 4 de diciembre de 2019;14(12):e0220272.

172. Nöstlinger C, Reyniers T, Smekens T, Apers H, Laga M, Wouters K, et al. Drug use, depression and sexual risk behaviour: a syndemic among early pre-exposure prophylaxis (PrEP) adopters in Belgium? *AIDS Care.* mayo de 2020;32(sup2):57-64.

173. Card KG, Armstrong HL, Wang L, Bacani N, Moore DM, Roth EA, et al. Escape expectancies and sexualized substance use among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *AIDS Care.* 18 de diciembre de 2019;1-9.

174. Burton CM, Marshal MP, Chisolm DJ, Sucato GS, Friedman MS. Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual minority youth: a longitudinal analysis. *J Youth Adolesc.* marzo de 2013;42(3):394-402.

APROXIMACIÓN AL CHEMSEX 2021:
Encuesta sobre hábitos sexuales y
consumo de drogas en España
entre hombres GBHSH
