

Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: *chemsex*. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención

Josep Coll¹, Carmina R. Fumaz²

¹Institut de Recerca de la Sida-IrsiCaixa, Barcelona. ²Fundació Lluita contra la Sida- Hospital de Dia de VIH-Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Resumen

Aunque el uso de drogas recreativas en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) no es reciente, se ha observado en estos últimos años un cambio importante en los patrones de consumo, tanto en el tipo de sustancias utilizadas como en los escenarios donde se produce este consumo. Así, se viene observando una nueva tendencia de consumo de drogas asociadas con la actividad sexual. Este fenómeno, denominado “*chemsex*” en inglés, consiste en el consumo de drogas psicoactivas antes o durante la actividad sexual.

Esta práctica se ha asociado a un mayor riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), además de otros problemas de salud relacionados, como por ejemplo la adicción, intoxicación, mala adherencia al tratamiento antirretroviral, interacciones farmacológicas.

De momento existe poca evidencia científica sobre la dimensión del *chemsex* en nuestro medio y sobre la efectividad de las estrategias preventivas.

No existe un perfil único de consumidores de este tipo de sustancias, y en cualquier caso difiere mucho del clásico usuario de drogas inyectadas que podía encontrarse en la década de los años 80 y 90, por lo que las intervenciones a implementar deben basarse en parámetros diferentes.

Palabras clave:

Hombres que tienen sexo con hombres.
Drogas recreativas. *Chemsex*.
Prácticas sexuales de riesgo.
Reducción de riesgos.
Infecciones de transmisión sexual.

Recreational drugs and sex in men who have sex with men: *chemsex*. Risks, health problems related, emotional factors and intervention strategies

Summary

Although the use of party drugs in men who have sex with men (MSM) is not new, an important change has been observed in recent years regarding the patterns of consumption, as well as in the type of substances used and where consumption takes place. There is now a new drug-taking tendency associated with sexual activity. This phenomenon, called “*chemsex*”, consists of taking psychoactive drugs before or during sexual activity.

This practice has been associated with a higher risk of HIV and other sexually transmitted infections (STI) transmission, together with other health problems; such as addiction, intoxication, lowered adherence to antiretroviral treatment or pharmacologic interactions.

Until now, there has been little scientific evidence about the importance of *chemsex* in our social environment and about the efficacy of preventative strategies.

There is no single profile of user of this type of substances and, in any case, it differs greatly from the classic injecting drug users of the decades of the 80's and 90's. Thus, the interventions to be developed should contemplate different parameters.

Key words:

Men who have sex with men. Party drugs. *Chemsex*.
Sexual risk practices. Risks reduction. Sexual transmitted infections. HIV.

Correspondencia: Josep Coll
E-mail: pcoll@irsicaixa.es

Introducción

El uso de drogas recreativas en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) no es en absoluto reciente. Las drogas han sido tradicionalmente utilizadas en contextos de diversión nocturna, en locales de ocio, como un elemento más de desinhibición conductual, siendo esta realidad aplicable también para la población heterosexual. También es de sobras conocido que sustancias como el *poppers*, utilizado para aumentar la excitación sexual, o los fármacos para mejorar la función eréctil aumentan el riesgo de infección por VIH en HSH¹. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un cambio importante en estos patrones de consumo de drogas, tanto en el tipo de sustancias utilizadas como en los escenarios donde se produce el consumo y el significado que se da al mismo. Así, se viene observando una nueva tendencia de consumo de drogas asociadas con la actividad sexual. Este fenómeno, denominado “*chemsex*” en inglés (combinación de la abreviatura de *chemicals* y *sex*), consiste en el consumo de drogas psicoactivas antes o durante la actividad sexual.

Las principales sustancias que han experimentado un aumento de consumo son las drogas sintéticas como la metanfetamina cristalizada (conocida como *tina* o *crystal meth*), γ -hidroxibutirato (GHB), γ -butirolactona (GBL) y mefedrona, aunque otras drogas como la cocaína, ketamina, *speed*, éxtasis o MDMA pueden ser utilizadas también en contextos de *chemsex*. Como señala Fernández-Dávila², los motivos para el consumo pueden ser diversos: aumentar la libido, intensificar o potenciar el placer sexual, facilitar la desinhibición, prolongar la duración de las sesiones de sexo, facilitar ciertas prácticas sexuales que podrían ser dolorosas (por ejemplo la introducción del puño en el ano y recto, práctica llamada *fisting*), búsqueda de conexión con otros (sensación de pertenencia a grupo), búsqueda de intimidad emocional (especialmente en sesiones uno-a-uno), o aliviar estados disfóricos (estrés, ansiedad, depresión).

Algunas de las personas que realizan este tipo de prácticas llegan a inyectarse algunas de las sustancias o son inyectadas por un tercero, lo que ha venido a llamarse *slamming*. Estas prácticas pueden realizarse tanto en fiestas de sexo en casas privadas como en locales comerciales de sexo (clubs de sexo, saunas). Pueden ser fiestas de sexo en grupo, pero no necesariamente. También pueden utilizarse en pareja. Estas fiestas de sexo en grupo en ocasiones son organizadas a través de apps (como por ejemplo el *Scruff* o *Grindr*), o por invitación entre amigos o conocidos.

En este nuevo escenario es fundamental determinar los riesgos que este tipo de prácticas puede conllevar, tanto a nivel individual como el impacto para la comunidad. Hasta el mo-

mento, son pocos los estudios que encontramos en la literatura científica sobre este fenómeno y sus consecuencias, pero los datos publicados coinciden en afirmar que estas prácticas se asocian a un aumento del riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como a un incremento de los problemas de salud mental y de drogodependencia entre algunas de las personas que las realizan.

Es importante destacar que el perfil de los usuarios de este tipo de sustancias difiere mucho del clásico toxicómano que podía encontrarse en la década de los años 80 y 90, y por ello las intervenciones a implementar deben basarse en parámetros diferentes. El adicto a drogas endovenosas representaba un estereotipo de marginalidad social. Ahora, los usuarios de drogas recreativas presentan a menudo un funcionamiento y ajuste en su entorno socio-familiar y laboral aparentemente normal. Este hecho puede suponer un reto muy destacado a la hora de intervenir en cambios conductuales ya que ante la, de nuevo, aparente falta de consecuencias negativas provocadas por el consumo, ni el usuario de drogas ni su entorno afectivo tienen una demanda clara de ayuda profesional.

A pesar de que puedan compartir ciertas características, no puede hablarse de un perfil único de consumidor. Podrían establecerse tres categorías: aquellos que consumen regularmente u ocasionalmente y que perciben que las usan de forma controlada; aquellos que lo perciben como un problema que tiene efectos deletéreos sobre su salud física, mental o vida social, y que han buscado ayuda profesional o están considerando buscarla; y finalmente aquellos que pueden tener problemas relacionados con el uso de drogas, pero no lo reconocen o no lo perciben como tal³.

En general, el individuo implicado en *chemsex* se percibe como diferente del consumidor de opiáceos, y el abordaje de los problemas relacionados con el *chemsex* tendrá que ser diferente y específico para este fenómeno.

Epidemiología

El consumo de drogas y la infección por el VIH han estado claramente asociados en España desde el inicio de la epidemia. Las personas que se inyectaban drogas, principalmente heroína, constituyeron inicialmente el grupo de población más afectado por el VIH. Esta situación ha cambiado, y actualmente los HSH constituyen el grupo de población con mayor incidencia en España y otros países occidentales.

Respecto al *chemsex*, aunque este nuevo patrón de consumo se está detectando también desde hace unos años en grandes ciudades de España, los principales estudios científicos publica-

dos se circunscriben a determinados circuitos en algunas zonas de Londres (*The Chemsex study*)³.

En la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas del 2016 se presentaron los resultados de una encuesta realizada en 777 individuos sobre conductas sexuales que evaluaba la prevalencia del *chemsex* y el *slamming* en el Reino Unido. Un 29% de los participantes reveló haber practicado *chemsex*, y uno de cada diez había practicado *slamming*. Los practicantes de *chemsex* o *slamming* tuvieron seis veces más probabilidad de practicar sexo sin preservativo y una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de presentar una ITS⁴.

A pesar de no tratarse de un estudio específico sobre *chemsex*, se han publicado en España datos sobre el consumo de drogas recreativas a partir de la encuesta europea por internet para HSH (Estudio EMIS)^{5,6}, realizado en el 2010 en 38 países europeos.

En este estudio destaca el alto consumo de algunas drogas entre HSH, y su asociación con prácticas sexuales de riesgo, especialmente en el caso de "policonsumo" (definido como el consumo de tres o más drogas diferentes en los últimos 12 meses), y en los inyectores de drogas, aunque este subgrupo sería minoritario.

Los autores señalan algunas limitaciones del estudio. Al ser una muestra captada básicamente *online*, solamente aquellos HSH con acceso a internet podrían haber accedido a la encuesta,

por lo que no se pueden generalizar los resultados. Otra importante limitación es que no se puede afirmar que el uso de drogas fuera simultáneo a la relación sexual ya que se preguntaba de forma desvinculada. No obstante, este estudio aporta información valiosa sobre el consumo de drogas y prácticas sexuales de riesgo en una amplia muestra de HSH.

Se observa un mayor consumo de drogas en HSH respecto a la población general, y dentro de este grupo, mayor prevalencia de consumo en HSH con VIH, tal como señala el estudio ASTRA realizado en HSH con VIH en el Reino Unido⁷.

En un sub-análisis del estudio SIALON II, realizado en el 2013 en Barcelona, se observó que el 28,3% de HSH encuestados en locales de ocio gay habían consumido alguna droga (exceptuando alcohol) en su última relación sexual⁸.

En otro estudio realizado en España se observó un mayor consumo de drogas en HSH mayores de 25 años⁹.

La prevalencia del consumo de drogas según el estudio EMIS se recoge en la Tabla 1.

Riesgos asociados al consumo

Estas drogas presentan diversos riesgos potenciales asociados a su uso, que pueden agruparse en distintas categorías:

Tabla 1. Prevalencia del consumo de drogas al menos una vez en los últimos 12 meses según edad, estado serológico frente al virus de la inmunodeficiencia humana y diagnóstico previo de otras infecciones de transmisión sexual.

	Edad			Estado serológico frente al VIH			Otras ITS previas*			Prevalencia total
	<25 años	25 años o más	p	Positivo	Negativo o desconocido	p	Sí	No	p	
Cannabis (marihuana, hachís)	34,1	29,0	< 0,0001	41,9	28,9	< 0,0001	39,1	29,1	< 0,0001	30,1
Popper	17,1	31,7	< 0,001	56,2	25,6	< 0,0001	45,7	26,1	< 0,0001	28,4
Viagra®, Cialis® o Levitra®	2,5	16,5	< 0,0001	32,9	11,4	< 0,0001	21,9	12,2	< 0,0001	13,0
Cocaína	13,1	20,3	< 0,0001	38,2	16,8	< 0,0001	32,0	17,0	< 0,0001	18,7
Éxtasis/MDMA	8,1	10,7	< 0,0001	24,2	8,7	< 0,0001	18,8	9,0	< 0,0001	10,1
Speed	7,4	7,7	0,658	16,0	6,8	< 0,0001	15,0	6,7	< 0,0001	7,7
Metanfetamina de cristal	5,6	6,0	0,384	10,9	5,4	< 0,0001	11,1	5,3	< 0,0001	5,9
GHB/GBL (éxtasis líquido)	3,8	6,3	< 0,0001	18,9	4,4	< 0,0001	14,6	4,6	< 0,0001	5,7
Ketamina	4,2	5,7	0,001	15,2	4,4	< 0,0001	12,5	4,4	< 0,0001	5,4
Mefedrona	0,9	1,5	0,029	5,5	0,9	< 0,0001	3,2	1,1	< 0,0001	1,4
LSD	1,9	1,1	0,001	2,2	1,2	0,002	2,8	1,1	< 0,0001	1,3
Heroína	1,0	0,8	0,408	1,4	0,8	0,059	1,6	0,8	0,001	0,9
Crack	0,8	0,6	0,300	1,2	0,6	0,018	1,2	0,6	0,005	0,7

GBL: gamma-butirolactona; GHB: ácido gammahidroxibutirato; ITS: infección de transmisión sexual; MDMA: 3,4 metilendioximetanfetamina; LSD: ácido lisérgico; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. *Últimos 12 meses. Los datos se expresan en porcentajes.

C. Folch et al. *Med Clin*.

Prácticas sexuales de riesgo

La relación entre *chemsex* y prácticas sexuales de riesgo es compleja, pero puede demostrarse una asociación en muchos casos, lo que implicaría un aumento del riesgo de infección por VIH y otras ITS¹⁰. No obstante, no siempre se producirían situaciones de riesgo para la transmisión del VIH, como por ejemplo en relaciones sexuales entre personas no infectadas por el VIH, o bien entre personas que se reconocen infectadas (práctica denominada *serosorting* en inglés, y que significa tener relaciones sexuales con parejas del mismo seroestado VIH), o cuando la persona con VIH tiene una carga viral indetectable. Al otro lado del espectro de riesgo se situarían aquellas relaciones sin preservativo entre parejas sexuales serodiscordantes en las que la persona con VIH no está en tratamiento o presenta una carga viral detectable, o con una ITS reciente. Según el estudio ASTRA⁹, solamente un 7% de los HSH encuestados declararon haber tenido sexo sin preservativo con este tipo de parejas.

Algunos factores podrían explicar esta asociación con prácticas de riesgo, como la capacidad de estas drogas para desinhibir y provocar una hipersexualidad que facilitaría sesiones de sexo con más parejas, más largas y con prácticas sexuales de mayor riesgo. En un estudio realizado en un centro de atención a HSH consumidores de drogas de Londres, los usuarios declaraban una media de cinco parejas sexuales por sesión de *chemsex*, y que el sexo sin preservativo era la norma¹⁰.

Así pues, se observa un amplio espectro de niveles de riesgo, con diferente impacto en la transmisión del VIH.

Como se ha señalado, estas drogas facilitarían una mayor duración de la actividad sexual que, junto al mayor número de parejas, podría facilitar la aparición de erosiones o traumatismos en pene o recto que aumentarían el riesgo de transmisión de VIH y otras ITS. Además, debido al efecto anestésico de algunas de estas drogas, podrían realizarse prácticas sexuales más traumáticas, como el *fisting*, con mayor riesgo de traumatismo por la disminución del umbral doloroso.

En el caso del *slamming*, el riesgo de infección por virus transmitidos por sangre, como el VIH, hepatitis B y C, sería especialmente alto, sobre todo al compartir material de inyección. Otros riesgos potenciales son los mismos que los observados en inyectores de opiáceos: septicemia, endocarditis, trombosis, abscesos.

Todos estos factores nos llevan a pensar que, si bien se trata de un grupo diferenciado de individuos con una forma muy concreta de experimentar la sexualidad, las cifras mostradas en diferentes estudios resultan suficientemente elevadas como para considerar el riesgo que estas personas pueden tener para su propia salud y la de su entorno.

Trastornos por consumo de sustancias

Los efectos sobre el SNC de estas drogas pueden variar desde cuadros leves de ansiedad, agitación, depresión, hasta cuadros psiquiátricos más serios, como trastornos psicóticos, tanto agudos por consumo puntual como por consumo crónico, con la aparición de agresividad, alteraciones de la conducta, alucinaciones visuales y/o auditivas, paranoia⁵.

Otros problemas se derivan del potencial adictivo de estas drogas. En el caso de metanfetamina y mefedrona se puede generar una importante dependencia psicológica, que puede retroalimentarse al continuar usándose después de las sesiones de sexo con la finalidad de contrarrestar el "bajón" posterior, o para poder continuar con su actividad laboral después de una larga sesión de *chemsex*.

En muchos casos se puede llegar a una dependencia de las drogas para poder mantener una relación sexual. Así, algunos consumidores refieren una absoluta falta de interés por el sexo "sobrio" e incapacidad para sentir el mismo placer sin drogas⁵.

El caso del GHB o GBL es especialmente delicado ya que su rango terapéutico es muy estrecho, por lo que no es infrecuente que se produzcan casos de sobredosis, con inducción de coma, y que en algunos casos podrían llegar a provocar la muerte.

Otro importante problema relacionado con GHB o GBL es su alto potencial de dependencia física, con la aparición de cuadros de abstinencia potencialmente graves.

Se ha publicado recientemente un documento del grupo de expertos británico NEPTUNE¹¹, que aporta una información exhaustiva dirigida a profesionales sanitarios sobre los problemas relacionados con estas drogas.

Interacciones farmacológicas

Como se ha señalado, una proporción significativa de consumidores tienen infección por VIH, estando la mayoría de éstos en tratamiento con antirretrovirales, por lo que pueden aparecer interacciones potencialmente serias.

Aunque no existen estudios en humanos, hay un riesgo potencial de interacción con los inhibidores de la proteasa o de la integrasa potenciados con ritonavir o cobicistat, que podrían aumentar las concentraciones de metanfetamina, mefedrona, MDMA y GHB o GBL, provocando así un aumento de toxicidad. En el caso del GHB y GBL esta interacción sería especialmente relevante debido al estrecho margen terapéutico de estas drogas. La ketamina se metaboliza por el CYP3A4, por lo que se requeriría un ajuste de dosis de esta droga en personas en tratamiento con antirretrovirales potenciados, debido al riesgo de sobredosis.

Otra interacción a destacar es la que se da entre estos antirretrovirales potenciados y los inhibidores de la fosfodiesterasa

tipo 5 (sildenafil, etc), frecuentemente utilizados en contextos de *chemsex* (debido a las disfunciones eréctiles asociadas a algunas de estas drogas, y también por la larga duración de algunas sesiones), que podrían aumentar la concentración de los inhibidores de la fosfodiesterasa, con el riesgo de aparición de efectos adversos importantes, por lo que también debería ajustarse la dosis de éstos.

La utilización conjunta de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 y *poppers* puede provocar hipotensión, que en algunos casos podría ser grave.

Además, puede haber interacciones entre estas drogas. La más relevante sería entre el alcohol y GHB o GBL, ya que al ser todas depresoras del SNC se potenciaría su toxicidad, pudiendo producir una depresión respiratoria grave.

La Universidad de Liverpool posee un programa *online* de consulta de interacciones de antirretrovirales con otros fármacos y drogas que puede resultar de gran ayuda para conocerlas. (Disponible en: <http://www.hiv-druginteractions.org>).

Adherencia al tratamiento antirretroviral

Los estudios realizados sobre el impacto del consumo de drogas recreativas en la adherencia al tratamiento antirretroviral de los HSH son aún escasos. Un estudio publicado en 2012 halló que las personas infectadas por el VIH y con un diagnóstico de dependencia/abuso de metanfetamina tenían una adherencia a su tratamiento antirretroviral significativamente más baja que los no adictos¹². Cuando se evalúan los resultados de este estudio es importante tener presente que el criterio de dependencia/abuso de metanfetamina venía determinado por el DSM-IV. Puede deducirse entonces que se trataba de un grupo de sujetos con un consumo y adicción muy destacada, lo cual no es lo que se observa de forma más cotidiana en la práctica clínica, donde el consumo relatado por los pacientes resulta esporádico, con percepción de autocontrol y circunscrito a un escenario muy específico de encuentros sexuales.

El estudio ASTRA⁷ avala de nuevo la idea de dificultades en la adherencia al tratamiento antirretroviral. En este estudio el consumo de sustancias tóxicas se relacionó con falta de adherencia, y la metanfetamina se reveló como la droga más relacionada con prácticas sexuales de riesgo.

Sin embargo, otros autores sugieren que la relación entre el consumo de drogas recreativas y la falta de adherencia es compleja y debe estudiarse mejor. Parson *et al.*, hallaron que no existía asociación entre el uso de metanfetamina y la falta de adherencia en general, pero sí una menor adherencia de forma puntual en los días de consumo¹³.

Finalmente, se ha sugerido la utilización de técnicas de *focus groups* para identificar las dificultades que los consumidores

de metanfetamina tienen para seguir su tratamiento de forma correcta¹⁴.

Factores emocionales hallados en usuarios de drogas recreativas

A pesar de que no puede hablarse de un único perfil de usuario, sí que se ha descrito la existencia de factores emocionales asociados al consumo de drogas recreativas.

En primer lugar, para poder establecer intervenciones eficaces frente a esta realidad es importante caracterizar a las personas afectadas, aquellas con dificultades en el cuidado de su salud, tanto en el ámbito de la sexualidad como en el del consumo de drogas. En este sentido, un estudio realizado en población australiana mostró que el uso de metanfetamina era más elevado entre los HSH infectados por el VIH que entre los no infectados. La metanfetamina era más consumida también en hombres que se hallaban en la década de los 40 que en los mayores de 50, en los solteros, y en consumidores de otras drogas¹⁵. También una menor asertividad en rechazar las drogas se ha relacionado con mayor frecuencia y mayor cantidad de consumo de anfetaminas, autoestima más baja, mayores puntuaciones en una medición de búsqueda de sensación sexual, y mayor asistencia a eventos sexuales de riesgo¹⁶.

Una variable emocional que aparece con frecuencia en diversos estudios y que se relaciona tanto con el sexo sin preservativo como con el abuso de sustancias tóxicas es haber sufrido abusos sexuales en la infancia. El abuso sexual se ha asociado a intercambio de sexo por drogas o dinero, y experiencia de violencia en las relaciones afectivas¹⁷, más sexo anal sin preservativo, más sexo anal sin preservativo con parejas serodiscordantes, más síntomas de depresión y consumo de drogas ilícitas¹⁸, tanto en hombres infectados por el VIH como en no infectados.

En un estudio que ahondaba en aspectos relacionados con la infancia, los consumidores de metanfetamina refirieron mayores tasas de abuso físico, emocional y sexual en la infancia que los no consumidores, así como mayor sintomatología depresiva. Entre los consumidores, la depresión pudo predecirse por la negligencia emocional en la infancia. Estos resultados sugieren que el maltrato infantil puede estar implicado en el desarrollo de distress emocional (por ejemplo, depresión) y una mayor prevalencia de abuso de metanfetaminas en esta población. Estos hallazgos pueden tener importantes implicaciones en las intervenciones diseñadas para el abuso de drogas¹⁹. Es importante destacar que las tasas de trauma infantil en HSH infectados por el VIH son elevadas²⁰.

El sexo sin preservativo se ha asociado a mayor estigma, estrés relacionado con la condición de ser gay, estrategias de

afrontamiento basadas en la autculpa, abuso de sustancias tóxicas como afrontamiento²¹, así como a estresores de salud o económicos en el caso de hombres jóvenes²². El comportamiento sexual de riesgo es frecuente entre aquellos individuos en tratamiento por abuso de sustancias, y el alcohol y uso de cocaína parecen aumentar el problema²³. Entre los hombres con VIH, aquellos que refirieron el evento “problemas debido al alcohol o las drogas” tenían mayor disposición a referir sexo sin preservativo²⁴. Por último, el uso de drogas para fiestas de sexo y de sitios *online* para encontrar parejas sexuales también se ha relacionado con mayor frecuencia de sexo sin preservativo²⁵.

Estrategias de intervención y retos

Aunque existe una limitada evidencia sobre la efectividad de intervenciones para reducir los riesgos del *chemsex*, algunas estrategias podrían ser útiles para el abordaje de este problema.

El primer paso consiste en la identificación de aquellos problemas de salud y riesgos asociados al *chemsex*. Sin embargo, muchas de las personas que lo practican no tienen contacto con los servicios de salud, excepto en situaciones puntuales, como por ejemplo cuando presentan alguna ITS, o acuden a urgencias por cuadros de toxicidad o sobredosis, o para recibir profilaxis post-exposición del VIH, o en el caso de personas con VIH cuando acuden al control rutinario. Estas pueden ser oportunidades únicas para conocer la posible existencia de problemas relacionados con el *chemsex*. Es aconsejable realizar una anamnesis, preguntando sobre actividad sexual y prácticas de riesgo, antecedentes de ITS, consumo de drogas durante el sexo, y en caso afirmativo tipo de drogas, frecuencia y vías de administración, antecedentes de sobredosis, aparición de problemas relacionados con su consumo.

Es fundamental efectuar estas preguntas sin ningún tipo de actitud juzgadora o inquisidora, de lo contrario la persona puede sentirse cohibida y no responder o hacerlo parcialmente. Hay que tener en cuenta la doble estigmatización que pueden sentir algunas de estas personas por su condición de HSH y consumidores de drogas, por lo que el trato debe ser especialmente cuidadoso.

Las organizaciones comunitarias pueden desempeñar un papel importante en la detección de problemas asociados al *chemsex* y en su abordaje, ya que en muchos casos es más fácil que entren antes en contacto con estas organizaciones que con los servicios de salud (por ejemplo, para realizarse el test de VIH o cribado de otra ITS, o para solicitar información). El trato más directo, cercano y empático por parte del personal de centros comunitarios puede facilitar enormemente la generación de un clima de confianza en donde expresar las preocupaciones y problema relacionados con el consumo de estas drogas.

Como se señala anteriormente, el *chemsex* no siempre va a asociarse con más prácticas de riesgo ni con problemas de salud, como en el caso del consumo puntual y controlado, habiendo personas que no se planteen ni deseen abandonar el consumo. En estos casos es importante reforzar los mensajes preventivos y de reducción de riesgos, dejando la puerta abierta a la ayuda o soporte que pueda requerir en el futuro.

En otros casos pueden existir ya problemas relacionados con su consumo, pero sin que sean percibidos como tales por la persona. En estas situaciones, una entrevista no moralizante y respetuosa con sus decisiones, señalando la asociación con posibles problemas que ya esté experimentando, puede ayudar a cobrar conciencia sobre los efectos negativos de estas drogas, y que empiece una fase de contemplación previa a la búsqueda de soluciones. Igual que en el caso anterior, las estrategias de reducción de riesgos y daños^{26,27} cobran especial relevancia al ser las únicas medidas factibles por el momento.

Estas estrategias, sobre las que ya existe una amplia experiencia con otras sustancias como la heroína, y que han demostrado un impacto positivo en la disminución de incidencia del VIH, pasan por la información sobre el uso más seguro de estas drogas, a fin de conocer bien sus efectos, dosificación, riesgos de sobredosis, vías de administración más seguras, posibles interacciones con otras drogas o con los antirretrovirales, riesgos de adquisición de infecciones, etc.

En el caso del *slamming*, es necesario además informar y entrenar sobre técnicas seguras de inyección, y proporcionar material de inyección desechable, insistiendo en los riesgos de compartir material. Diversas organizaciones europeas están implementando programas de reducción de daños en el *chemsex* y *slamming* (disponible en: <http://www.londonfriend.org.uk> ; <http://www.mainline.nl>).

Como medidas complementarias, y respondiendo al mayor riesgo de infección por VIH y otras ITS (incluyendo la hepatitis C), es recomendable realizar cribados periódicos para estas infecciones. En el caso de personas sin VIH que presentan riesgo de infección por VIH estaría indicada la profilaxis pre-exposición, aunque todavía no está disponible en España. También es conveniente informar sobre la existencia de la profilaxis post-exposición y en que situaciones podría ser recomendable.

El abordaje de los problemas asociados al *chemsex* requiere un enfoque multidisciplinario (profesionales sanitarios, organizaciones comunitarias, responsables de salud pública, autoridades políticas). Es necesaria además la formación de los profesionales implicados, con el objetivo de familiarizarlos con estas drogas, el contexto de su consumo, riesgos asociados y causas de estas conductas.

El documento NEPTUNE¹¹, comentado anteriormente, constituye una valiosa herramienta de formación para el manejo de los problemas derivados de su consumo.

En la actualidad, muchas de las intervenciones realizadas para el tratamiento de sustancias como la metanfetamina se basan en técnicas motivacionales o terapias conductuales^{28,29}. Estas intervenciones tienen efectos modestos. El uso del *counselling* y las estrategias basadas en proporcionar información como medida preventiva y de intervención en las personas ya afectadas también parece tener efectos limitados. Considerando que la depresión, en muchas ocasiones encubierta y no detectada de forma clara por el propio afectado o su entorno, está relacionada con el consumo de sustancias tóxicas y el sexo sin preservativo³⁰, el estado emocional del paciente debería incluirse siempre en las intervenciones a diseñar, así como variables especialmente delicadas como el abuso sexual³¹, cuya relación con el uso de drogas recreativas ha sido ya demostrado.

Toda intervención debe considerar las circunstancias socio-culturales específicas de este colectivo a fin de que se sientan en un ambiente seguro para poder hablar y expresar sus problemas. Como se ha señalado, muchos de estas personas no se sienten identificados con el consumidor "clásico" de opiáceos, por lo que los centros de atención a drogodependencias convencionales pueden no ser considerados apropiados para ellos y rechazar la derivación a estos centros³².

Como profesionales sanitarios es importante reflexionar que nos encontramos aún frente a un fenómeno joven sobre el que deberemos aprender todavía mucho, sin olvidar el reto de que en la mayoría de las ocasiones la persona afectada no tiene una demanda de cambio conductual, carece de percepción de riesgo u escoge estas prácticas como una actitud vital.

En cualquier caso, como señala Caudevilla³³, los datos disponibles sobre el *chemsex* indican que es un fenómeno que no podemos ignorar, pero tampoco magnificar ni tratarlo con un enfoque sensacionalista, tal como se está viendo en algunos medios informativos. Estamos ante un reto para los profesionales sanitarios, autoridades políticas, sociedad civil y también para los medios de comunicación.

Agradecimientos

Al Dr. Pep Moltó por la revisión del apartado de interacciones farmacológicas.

Bibliografía

1. Ostrow DG, Plankey MW, Cox C, Li X, Shoptaw S, Jacobson LP, Stall RC. Specific sex drug combinations contribute to the majority of recent HIV seroconversions among MSM in the MACS. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;51(3):349-55.
2. Fernández-Dávila P. "Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*. 2016;4(7):41-65.
3. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P (2014) The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. www.sigmaresearch.org.uk/chemsex (Consulta marzo 2016).
4. Pufall ER, *et al*. Chemsex and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 913, 2016.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta online europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Resultados en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2013. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf> (Consulta marzo 2016).
6. Folch C, *et al*. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin (Barc)*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2014.04.030>
7. Daskalopoulou M, Rodger A, Phillips AN, Sherr L, Speakman A, Collins S, *et al*. Recreational drug use, polydrug use, and sexual behaviour in HIV-diagnosed men who have sex with men in the UK: results from the cross-sectional ASTRA study. *Lancet HIV*. 2014;1(1):e22-31.
8. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Informe epidemiològic CEEISCAT. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES). Document tècnic número 22. Barcelona: CEEISCAT, 2015. Disponible en: <http://www.ceeiscat.cat/documents/sives2015.pdf> (Consulta febrero 2016).
9. Fernández-Dávila P, Zaragoza Lorca K. Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH?. *Gac Sanit*. 2011;25: 372-8.
10. London Friend, Antidote. Out of your mind. 2014. Disponible en: <http://londonfriend.org.uk/wp-content/uploads/2014/06/Out-of-your-mind.pdf> (Consulta enero 2016).
11. Abdulrahim D & Bowden-Jones O, on behalf of the NEPTUNE Expert Group. Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE). London, 2015.
12. Moore DJ, Blackstone K, Woods SP, Ellis RJ, Atkinson JH, Heaton RK, Grant I; Hnrc Group And The Tmarc Group. Methamphetamine use and neuropsychiatric factors are associated with antiretroviral non-adherence. *AIDS Care*. 2012;24(12):1504-13.
13. Parsons JT, Kowalczyk WJ, Botsko M, Tomassilli J, Golub SA. Aggregate versus day level association between methamphetamine use and HIV medication non-adherence among gay and bisexual men. *AIDS Behav*. 2013;17(4):1478-87.
14. Montoya JL, Georges S, Poquette A, Depp CA, Atkinson JH, Moore DJ; Translational Methamphetamine AIDS Research Center (TMARC) Group. Refining a personalized mHealth intervention to promote

- medication adherence among HIV+ methamphetamine users. *AIDS Care*. 2014;26(12):1477-81.
15. Lyons A, Pitts M, Grierson J. Methamphetamine use in a nationwide online sample of older Australian HIV-positive and HIV-negative gay men. *Drug Alcohol Rev*. 2013;32(6):603-10
 16. Semple SJ, Strathdee SA, Zians J, McQuaid JR, Patterson TL. Drug assertiveness and sexual risk-taking behavior in a sample of HIV-positive, methamphetamine-using men who have sex with men. *J Subst Abuse Treat*. 2011;41(3):265-72.
 17. Kalichman SC, Gore-Felton C, Benotsch E, Cage M, Rompa D. Trauma symptoms, sexual behaviors, and substance abuse: correlates of childhood sexual abuse and HIV risks among men who have sex with men. *J Child Sex Abus*. 2004;13(1):1-15.
 18. Mimiaga MJ, Noonan E, Donnell D, Safren SA, Koenen KC, Gortmaker S, et al. Childhood sexual abuse is highly associated with HIV risk-taking behavior and infection among MSM in the EXPLORE Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;51(3):340-8.
 19. 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*. 2016;72:1-5.
 20. Chartier KG, Hesselbrock MN, Hesselbrock VM. Development and vulnerability factors in adolescent alcohol use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19(3):493-504.
 21. Kelly BC, Bimbi DS, Izienicki H, Parsons JT. Stress and coping among HIV-positive barebackers. *AIDS Behav*. 2009;13(4):792-7.
 22. Wong CF, Kipke MD, Weiss G, McDavitt B. The impact of recent stressful experiences on HIV-risk related behaviors. *J Adolesc*. 2010;33(3):463-75.
 23. Tross S, Feaster DJ, Thorens G, Duan R, Gomez Z, Pavlicova M, et al. Substance Use, Depression and Sociodemographic Determinants of HIV Sexual Risk Behavior in Outpatient Substance Abuse Treatment Patients. *J Addict Med*. 2015;9(6):457-63.
 24. Calzavara LM, Burchell AN, Lebovic G, Myers T, Remis RS, Raboud J, et al. The impact of stressful life events on unprotected anal intercourse among gay and bisexual men. *AIDS Behav*. 2012;16(3):633-43.
 25. Kramer SC, Schmidt AJ, Berg RC, Furegato M, Hospers H, Folch C, et al; EMIS Network. Factors associated with unprotected anal sex with multiple non-steady partners in the past 12 months: results from the European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS 2010). *BMC Public Health*. 2016;16(1):47. doi: 10.1186/s12889-016-2691-z.
 26. 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*. 2016;29(1):58-63.
 27. 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.
 28. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, Dickow A, Frazier Y, Gallagher C, et al. Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*. 2004;99(6):708-17.
 29. Rawson RA, McCann MJ, Flammino F, Shoptaw S, Miotto K, Reiber C, et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*. 2006;101(2):267-74.
 30. Fletcher JB, Reback CJ. Depression mediates and moderates effects of methamphetamine use on sexual risk taking among treatment-seeking gay and bisexual men. *Health Psychol*. 2015;34(8):865-9.
 31. Wilson HW, Donenberg GR, Emerson E. Childhood violence exposure and the development of sexual risk in low-income African American girls. *J Behav Med*. 2014;37(6):1091-101. doi: 10.1007/s10865-014-9560-y. Epub 2014 Feb 21.
 32. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter?. It needs to become a public health priority. *BMJ*. 2015; 351: h5790. Disponible en: http://www.cnwl.nhs.uk/wp-content/uploads/bmj.h5790.full_1.pdf (Consulta febrero 2016).
 33. Caudevilla F. Algunas reflexiones en torno al "chemsex". Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/403/algunas-reflexiones-en-torno-al-chemsex.html>. (Consulta marzo 2016).