

TRABAJO FIN DE GRADO

**ESTUDIO DE CASOS: SEXO ENTRE HOMBRES Y CONSUMO DE
SUSTANCIAS (CHEMSEX)**

Alumno: D. David González Borges

Tutor académico: D. Juan Manuel Herrera Hernández

Grado en Trabajo Social.

Universidad de La Laguna

Curso académico 2022- 2023.

Convocatoria junio de 2023.

Índice:

Resumen

1. Introducción	5
2. Marco teórico	6
2.1. <i>¿Qué entendemos por chemsex?</i>	6
2.2. <i>Modelos teóricos para entender la práctica del chemsex</i>	7
2.2.1 <i>Modelo ecológico</i>	7
2.2.2 <i>Teoría del estrés de minoría</i>	7
2.2.3 <i>Teoría de la sindemia</i>	8
2.2.4 <i>Modelo integrador de Jaspal</i>	9
2.3. <i>Motivaciones para la práctica de chemsex</i>	9
2.4. <i>Factores de riesgo y de protección para la práctica de chemsex</i>	9
2.5. <i>Algunas referencias para comprender el chemsex</i>	10
2.5.1 <i>Cultura sexual y competencias culturales LGBTIQ</i>	10
2.5.2 <i>El papel de las aplicaciones de contactos y del turismo gay</i>	11
2.5.3 <i>¿Dónde se practica el chemsex?</i>	12
2.6. <i>Drogas utilizadas en contexto de Chemsex</i>	13
2.7. <i>Situación del chemsex en España</i>	13
2.8. <i>COVID-19 y Chemsex</i>	14
2.9. <i>VIH, Chemsex y estigma</i>	15
3. Objetivos generales y específicos	16
3.1. <i>Objetivo general</i>	16
3.2. <i>Objetivos específicos</i>	16
4. Metodología	17
4.1 <i>Participantes</i>	17
4.2 <i>Instrumentos y definición de variables medidas</i>	17
4.3. <i>Procedimiento</i>	17
4.4. <i>Diseño de la investigación y plan de análisis</i>	17
5. Resultados	18
5.1. <i>Datos cuantitativos</i>	18
5.1.1. <i>Tiempo de consumo</i>	18
5.1.2 <i>Frecuencia del consumo</i>	19
5.1.3 <i>Motivaciones para el consumo</i>	19
5.1.4 <i>Drogas consumidas durante las prácticas sexuales</i>	20
5.1.5 <i>Gastos económicos</i>	20
5.1.6 <i>Lugares en los que se realiza el consumo</i>	21
5.1.7 <i>Consecuencias del consumo</i>	21

5.1.8 Preocupaciones.....	23
5.2. Datos cualitativos.....	24
6. Discusión.....	25
7. Conclusiones.....	28
Referencias bibliográficas.....	30
Anexos.....	33
<i>Anexo 1: Listado de tablas.....</i>	<i>33</i>
<i>Anexo 2: Instrumento.....</i>	<i>36</i>

RESUMEN:

Este Trabajo de Fin de Grado muestra una investigación acerca del consumo de sustancias durante las relaciones sexuales por parte de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, práctica conocida como “chemsex”. Su objetivo principal es, mediante un estudio de casos, recabar información sobre este fenómeno y la percepción que tienen sus participantes sobre el mismo. Para su realización se ha llevado a cabo un cuestionario a 15 hombres que han participado en esta práctica. Los resultados del análisis de los datos obtenidos demuestran que el consumo de sustancias durante las relaciones sexuales entre los participantes comenzó a edades tempranas y normalmente es prolongado en el tiempo, aunque se realiza de manera puntual y no habitualmente. Además, las motivaciones para el mismo giran entorno a la búsqueda de placer, excitación y aumento de las sensaciones, por lo que el consumo no se relaciona con el afrontamiento del malestar u otros problemas. Entre las drogas más consumidas se encuentran los nitritos (“poppers”), el cannabis y el éxtasis o MDMA. Además, cabe destacar que gran parte de la muestra obtenida no relaciona el consumo de sustancias con consecuencias negativas a nivel físico y, sólo la mitad de ellos, experimentan sentimientos negativos que afecten a su estado psicológico. Finalmente, pese a que no señalan la existencia de preocupación respecto a las prácticas relacionadas con el “chemsex”, no recomiendan su realización y, en su mayoría, son conscientes de los riesgos que conllevan.

PALABRAS CLAVES:

“Chemsex”, sexo, sustancias, drogas, práctica, riesgo, salud, HSH.

ABSTRACT:

This Final Degree Project presents an investigation about the consumption of substances during sexual relations by men who have sex with men, a practice known as "chemsex". Its main objective is, through a case study, to gather information about this phenomenon and the perception of its participants about it. A questionnaire was sent to 15 men who have participated in this practice. The results of the analysis of the data obtained show that the consumption of substances during sexual relations among the participants began at an early age and is normally prolonged in time, although it is carried out occasionally and not habitually. In addition, the motivations for substance use revolve around the search for pleasure, excitement and increased sensations, so that consumption is not related to coping with discomfort or other problems. Among the most consumed drugs are nitrites ("poppers"), cannabis and ecstasy or MDMA. In addition, it should be noted that a large part of the sample obtained did not relate substance use to negative physical consequences and only half of them experienced negative feelings affecting their psychological state. Finally, although they do not report any concern about chemsex-related practices, they do not recommend it and, for the most part, are aware of the risks involved.

KEY WORDS:

Chemsex, sex, substances, drugs, practice, risk, health, HSH.

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación se enmarca en la asignatura de Trabajo Fin de Grado del curso académico 2022 – 2023 del Grado de Trabajo Social de la Universidad de La Laguna. Su realización pretende indagar en el fenómeno del “chemsex” y conocer el perfil de los participantes de esta práctica, tanto sus características como las consecuencias que puedan estar experimentando o las preocupaciones que puedan tener respecto al consumo de sustancias durante las relaciones sexuales.

El “chemsex” es una práctica que se caracteriza por el consumo de drogas durante las relaciones sexuales con el objetivo de prolongarlas, facilitarlas, mejorarlas o potenciarlas, efectos que produce el consumo de determinadas sustancias. Este fenómeno se relaciona directamente a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y su comprensión se encuentra ligada a una serie de valores y competencias relacionadas con la cultura sexual gay.

En los últimos años existen evidencias que relacionan el “chemsex” con ciertas conductas sexuales de riesgo, un aumento de la transmisión de ITS y, en especial, del VIH, el no uso de protección, las adicciones o la aparición de trastornos mentales que, de un modo u otro, nos hacen poner el foco de atención en las necesidades de este colectivo y en la falta de investigación que existe en torno a esta problemática.

Es por ello por lo que consideramos importante conocer la percepción de las personas implicadas en esta práctica, los beneficios que obtienen del consumo, las motivaciones que les llevan a ello, las consecuencias que creen experimentar y la percepción que tienen del riesgo que conlleva, entre otros aspectos, son factores determinantes para poder intervenir con una realidad que actualmente se encuentra en aumento.

Este trabajo de investigación se compone de seis apartados. En primer lugar, en el marco teórico, se realiza una aproximación teórica a la realidad del “chemsex”, incluyendo características, modelos teóricos para comprender la práctica o la situación de la misma en España, entre otros apartados. En segundo lugar, se definen los objetivos generales y específicos de la investigación y se presenta la metodología, que incluye una descripción de los participantes y del proceso que se ha llevado a cabo. En tercer lugar, se presentan los resultados obtenidos, se realiza una reflexión y comparación entre los mismos y los estudios presentes en el marco teórico y, finalmente, se encuentran las conclusiones de la investigación. Además, se incluye una relación de las referencias bibliográficas utilizadas.

2. MARCO TEÓRICO

Este marco teórico se estructura en nueve apartados diferenciados en los que se incluye: una descripción del fenómeno del “chemsex”, una serie de modelos teóricos útiles para entender esta práctica, una explicación de las principales motivaciones en relación al consumo, una relación de los factores de riesgo y de protección, algunas referencias que permiten comprender en mayor medida el “chemsex”, una exposición de las drogas utilizadas, la situación en España de esta práctica, un análisis del impacto del COVID-19 en la misma y, por último, un breve planteamiento del estigma que existe en torno al VIH.

2.1. *¿Qué entendemos por chemsex?*

El término “chemsex”, de origen en Reino Unido, proviene de la contracción de las palabras en inglés “chemical sex”, es decir, en español, “sexo químico”. Se define como una práctica caracterizada por la ingesta voluntaria de ciertas drogas en un contexto sexual, tanto para la realización de fiestas como para cualquier tipo de relación sexual con el objetivo de facilitarla, mejorarla, potenciarla y, en especial, prolongarla. Esta realidad se asocia principalmente a hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y, por lo tanto, a la cultura sexual gay (McCall et al., 2015).

El consumo está relacionado con diversas drogas que, en solitario o combinadas, facilitan que, entre otros aspectos, las relaciones sexuales duren más de lo normal, posibilitan mantener sexo con múltiples parejas sexuales, provocan euforia y excitación sexual, desinhiben, anestesian, aumentan el placer y, además, inducen a una falsa ilusión de compenetración con la persona con la que se va a mantener relaciones sexuales. Además, las personas que lo practican suelen asociar el consumo al manejo de sentimientos negativos como la falta de confianza y autoestima, la homofobia interiorizada e incluso el estigma sobre ciertas enfermedades relacionadas con las prácticas sexuales (McCall et al., 2015).

En España, las sustancias más utilizadas en relación a esta práctica son el GHB/HBL, la mefedrona, la cocaína, los nitritos (“poppers”), la metanfetamina, la ketamina, el éxtasis o el MDMA y ciertos fármacos que favorecen la erección. Además, es destacable el hecho del uso de la vía intravenosa en estas sesiones de “chemsex”, utilizando drogas como la mefedrona, teniendo en cuenta las consecuencias negativas que conlleva este método de administración (Ocón et al., 2020).

A su vez, el “chemsex” está considerado como un fenómeno emergente dado que, pese a ser una práctica que se realizaba con anterioridad, es decir, que no ha surgido recientemente, en los últimos años ciertos aspectos están experimentando un cambio en la misma. Entre ellos: cada vez aumenta en mayor medida el tiempo dedicado a las relaciones sexuales, buscando prolongar la duración de las mismas el máximo tiempo posible y añadiendo nuevas prácticas para ello; la cantidad y diversidad de drogas que se consumen y, además, en cierto modo, el “chemsex” cada vez influye en mayor medida en la vida de las personas que lo practican, teniendo mayores consecuencias y dejando de ser una actividad que poder compaginar sin repercusión alguna (Fernández-Dávila, 2018).

Asimismo, se debe hacer hincapié en que, este fenómeno, está relacionado directa y casi exclusivamente a los hombres gays, bisexuales y, en general, todos los HSH, término que se utiliza para referirse a los hombres que tienen sexo con hombres. Por lo tanto, a la hora de abordar esta problemática, se debe tener en cuenta la realidad que envuelve a la misma, tanto la influencia que la sociedad tiene en el consumo de drogas

por parte del colectivo gay, en relación a la discriminación y a la percepción que se tiene del mismo socialmente; como al significado que estos hombres encuentran en las relaciones sexuales, respecto a los motivos por los que está práctica no es habitual en la población heterosexual y las características que tienen las prácticas sexuales en los hombres homosexuales (Fernández-Dávila, 2018).

En cuanto al número de participantes, las prácticas sexuales en relación al “chemsex” pueden darse en diversos supuestos: en solitario, recurriendo al uso de sustancias para excitarse o ver pornografía, así como vía online con otras personas, por ejemplo mediante llamadas o videollamadas; en pareja, ya sea estable u ocasional; en tríos o, por consiguiente, en sexo grupal (Ocón et al., 2020).

Cabe destacar el hecho de que, el “chemsex”, no es una práctica necesariamente negativa, dado que puede realizarse sin repercusiones para la salud de los participantes. Sin embargo, el aumento de casos, las prácticas sexuales de riesgo, el no uso de protección, la prolongación de las relaciones sexuales o las patologías tanto físicas como mentales a las que se asocia, aumenta los riesgos de que existan problemas de salud, trastornos mentales o adicciones, entre otros efectos que, lo convierten en una problemática (Ocón et al., 2020).

2.2. Modelos teóricos para entender la práctica del chemsex

Los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres son más propensos a presentar una serie de problemáticas de salud, tanto físicas como mentales, relacionadas con el consumo de sustancias, los trastornos mentales y las infecciones de transmisión sexual. Es necesaria la existencia de ciertos modelos teóricos que traten de explicar las motivaciones detrás del consumo, las razones por las que estos hombres están dispuestos a asumir conductas de riesgo y, en definitiva, por qué el “chemsex” es una práctica en auge pese a ser propensa a desarrollar problemáticas en sus participantes (Jaspal, 2018).

2.2.1 Modelo ecológico

El modelo ecológico trata de darle explicación a una determinada problemática a través de la interacción entre los diferentes factores que influyen en la misma, de modo que, haciendo uso de una visión holística, se realiza una búsqueda de todos aquellos factores individuales, interpersonales, comunitarios, sociales y estructurales que afectan en una determinada situación. Este modelo plantea la interacción de diferentes sistemas que dan explicación a las conductas individuales a través de diversos factores contextuales (Fernández-Dávila, 2016).

Por ejemplo, a nivel individual, el “chemsex” puede verse influenciado por la relación que existe entre el consumo de drogas y la salud mental, asociándose un deterioro del estado de salud al aumento del consumo y, al contrario, un mayor consumo de sustancias en caso de presentar problemáticas de salud mental como ansiedad, depresión o baja autoestima, entre otras. A nivel interpersonal, podemos encontrar la influencia del grupo de pares en el consumo de sustancias; a nivel comunitario, las actitudes, comportamientos y valores de la comunidad gay respecto al consumo de drogas en las prácticas sexuales; y por último, a nivel, estructural, las crisis económicas, sociales o sanitarias que afectan a los individuos a nivel personal (Fernández-Dávila, 2016).

2.2.2 Teoría del estrés de minoría

La teoría del estrés de minoría, de Ilan H. Meyer, hace referencia al hecho de que los hombres gays, bisexuales o, en general, que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, como parte de una minoría sexual, tienen mayor riesgo de sufrir las

consecuencias de ciertos estresores en comparación con la población heterosexual. Estos factores estresantes se dividirían en distales o proximales (Meyer, 2003).

Los factores distales de estrés se definen como elementos estructurales objetivos que afectan a los individuos, se incluyen la homofobia, la discriminación, la violencia o el abuso sexual. Estos factores afectan negativamente al colectivo LGBTIQ y, dependiendo de los mecanismos y estrategias de afrontamiento de cada individuo, pueden convertirse en una fuente de estrés crónico que fomenta el riesgo de sufrir consecuencias negativas como el aislamiento social o la aparición de trastornos mentales que, a su vez, pueden desencadenar diversas situaciones de vulnerabilidad (Meyer, 1995).

Estos factores distales, más allá de formar parte de la estructura de la sociedad e influenciar a los individuos, se materializan en forma de acoso o rechazo en las diferentes etapas de la vida de las personas, desde la escolarización hasta la tercera edad. Ante estas situaciones de estrés, las personas víctimas de discriminación recurren a mecanismos de anticipación y evitación que pueden desencadenar en distintas problemáticas de salud, tales como las que se producen al evitar el uso de los servicios médicos o el retraso en la búsqueda de ayuda ante cualquier situación (Ocón et al., 2020).

Asimismo, se señalan ciertos factores desencadenantes como el acoso en la infancia, las expresiones de género que no encajan en los patrones binarios establecidos o los abusos sexuales, como hechos directamente relacionados con la ideación suicida a lo largo de la vida, el desarrollo de psicopatologías, la predisposición a asumir ciertas conductas de alto riesgo e incluso un mayor uso de drogas psicoactivas (Plöderl y Fartacek, 2009); (Lloyd y Operario, 2012).

En cuanto a los factores proximales de estrés, se tratan de factores subjetivos influenciados, en su mayoría, por significados personales o sociales propios de cada persona o colectivo, tales como la homofobia interiorizada o la tendencia al rechazo. Estos factores se relacionan con actitudes despectivas hacia uno mismo, baja autoestima o ciertos trastornos mentales, así como con la pérdida de redes de apoyo o dificultades en cuanto a las relaciones interpersonales (Meyer, 1995). Del mismo modo, en relación al “chemsex”, ciertas conductas como la compulsividad sexual, el no uso de protección o el consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, pueden relacionarse directamente con estos factores proximales de estrés (Ocón et al., 2020).

2.2.3 Teoría de la sindemia

La sindemia se define como la concentración de dos o más enfermedades o epidemias en una población determinada que, a su vez, interactúan entre sí y son condicionadas por el contexto social, político y económico. Es decir, no solo se trata de la aparición y permanencia de determinadas enfermedades en un espacio específico, sino de cómo las situaciones de desigualdad y la manera en la que se estructura la sociedad, guardan relación con que ciertos colectivos vulnerables se vean afectados en mayor medida por estas condiciones de salud (Singer et al., 2017).

Desde esta teoría, el fenómeno del “chemsex”, incluyendo los problemas de salud, el consumo de sustancias y el elevado índice de contagios de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, se consideran epidemias que deben abordarse desde diversas áreas de manera holística, teniendo en cuenta el contexto social en el que se desarrollan en relación a factores condicionantes como el estigma sobre el VIH o la estigmatización del colectivo LGBTIQ (Halkitis y Singer, 2018).

2.2.4 Modelo integrador de Jaspal

Se trata de un modelo inspirado en la teoría del estrés de minoría que consiste en la interacción de ciertos elementos negativos que pueden provocar reacciones afectivas no deseadas en los individuos. Por ejemplo, representaciones o estresores sociales como la homofobia o la discriminación, afectan a cómo se forja nuestra identidad y pueden provocar sentimientos como la vergüenza, la tristeza o la culpa (Jaspal, 2018).

Asimismo, este modelo refleja como ciertos factores, como la personalidad, el apoyo social percibido o el abordaje psicoterapéutico, influyen positivamente en cómo estos elementos negativos afectan a los individuos y, a su vez, en las estrategias adaptativas o desadaptativas que surgen de esta interacción. Es decir, en caso de no contar con estos factores de protección, es más probable que el individuo recurra a conductas como el “chemsex” u otras prácticas sexuales compulsivas. Sin embargo, en caso de que el individuo cuente con elementos protectores, podrá recurrir al apoyo social o ser capaz de evitar las reacciones afectivas negativas (Jaspal, 2018).

Este marco teórico nos permite tener en cuenta los diversos aspectos con los que debemos intervenir respecto a las personas con un uso problemático del “chemsex”. Se deben considerar los rasgos de la personalidad, la sintomatología presente, las redes de apoyo, el significado que la persona tiene del ocio, la formación en habilidades sociales, la prevención de recaídas o la reducción de daños, entre otros aspectos. El objetivo es tener en cuenta las características personales del individuo y aquellas culturales en relación al género y la orientación sexual (Maxwell et al., 2019).

2.3. Motivaciones para la práctica de chemsex

Son varios los autores que tratan de identificar las principales motivaciones para el uso de drogas en las prácticas sexuales por parte de los HSH. Según Maxwell et al. (2019), los motivos principales para la práctica de “chemsex” son: la búsqueda de desinhibición, la sensación de aumento de energía y la relajación muscular. Asimismo, menciona la intensificación de las sensaciones, el aumento de confianza, la conciencia de las propias emociones y la facilidad para la penetración anal. No obstante, Bourne y Weatherburn (2017), señalan que las motivaciones principales para el uso de sustancias en las relaciones sexuales son: la búsqueda de placer, la sensación de pertenencia y el afrontamiento del malestar o los problemas de la vida cotidiana.

Por otro lado, según estudios realizados en España, encontramos motivaciones directamente relacionadas con la sexualidad, como la intensificación del placer sexual, la desinhibición, la mejora de la eficacia tanto en la duración como en la capacidad para relacionarse o la facilitación de prácticas sexuales que impliquen dolor; y motivaciones no directamente relacionadas con la sexualidad, como la evitación emocional de sentimientos negativos, el aumento de la confianza, la búsqueda de contacto humano o el no afrontamiento de duelos o conflictos internos (Fernández-Dávila, 2017).

2.4. Factores de riesgo y de protección para la práctica de chemsex

Entre los posibles factores de riesgo en relación al “chemsex” encontramos: el consumo problemático de drogas previo a su uso para prácticas sexuales; la realización de conductas de alto riesgo pese a la existencia de infecciones de transmisión sexual; incorporar el sexo en grupo como dinámica sexual habitual; la práctica de turismo u ocio sexual e incluso la selección de destinos vacacionales en función de la capacidad para realizar determinadas prácticas sexuales en los lugares de destino; acudir en exceso a festivales gais o celebraciones del orgullo; ser usuario habitual de saunas o locales dirigidos al sexo gay; la utilización de aplicaciones de geolocalización; el

desconocimiento sobre los riesgos de contagio de determinadas ITS o del consumo de determinadas sustancias; patologías previas de salud mental; hechos desencadenantes como duelos, rupturas o diagnósticos de VIH; y, por último, el traslado a otra ciudad o país que produzca un período de inestabilidad que desencadene en el consumo, entre otros (Ocón et al., 2020).

Respecto a los posibles factores de protección, se incluyen: residir en zonas donde no exista consumo o sea complicada la adquisición de sustancias; no pertenecer a círculos sociales en los que se practique “chemsex”; no utilizar aplicaciones de geolocalización; no acudir habitualmente a saunas o locales dirigidos al sexo gay; el miedo o la fobia al consumo de sustancias o a la utilización de jeringuillas; la realización de ocio sano, con hobbies y aficiones y que incluya una vida social diversa; tener información sobre los riesgos derivados del consumo; conocer los mecanismos de transmisión de las ITS y, por último, contar con una red de apoyo adecuada y con apoyo psicosocial y afectivo, entre otros (Ocón et al., 2020).

2.5. Algunas referencias para comprender el chemsex

2.5.1 Cultura sexual y competencias culturales LGBTIQ

El “Chemsex” es un fenómeno vinculado a una cultura sexual y a ciertas competencias culturales relacionadas con el colectivo LGBTIQ. Entender este hecho nos permite ser conscientes de las situaciones de desigualdad que sufren las personas pertenecientes a colectivos vulnerables y así actuar para paliarlas. Con estas competencias culturales nos referimos a la capacidad para comprender creencias, comportamientos, normas sociales, características, jergas, etc. y poder aplicarlas en la práctica profesional. Esta adquisición de competencias y habilidades es necesaria, sobre todo, por parte del personal sanitario que trata directamente con las consecuencias de salud derivadas de estas prácticas (Butler et al., 2016).

Asimismo, un factor relevante a tener en cuenta respecto a la cultura sexual presente en la comunidad gay, es la importancia que se le da al sexo por parte de este colectivo, fomentando, casi constantemente, el culto y la sexualización de los cuerpos (Fernández-Dávila, 2016). Gran parte de la industria de ocio dirigida al público gay gira entorno al sexo, habilitando espacios para ello y ofreciendo una imagen del hombre gay provocadora y altamente sexualizada (Ocón, 2017).

En España, diversos estudios han hecho énfasis en el alto nivel de permisividad, visibilidad y normalización que existen respecto al consumo de drogas dentro del ambiente gay, entendiendo la tolerancia y la aceptación de estas prácticas como parte del imaginario colectivo que no castiga el consumo y justifica su uso en las prácticas sexuales para el disfrute y la experimentación en el sexo (Fernández-Dávila, 2016).

Ciertos aspectos, mencionados en un foro realizado en Berlín respecto al “Chemsex” en Europa, no pueden desvincularse de la forma en la que entendemos este fenómeno, dado que han afectado a cómo se vive el sexo dentro de la comunidad gay y a la introducción y normalización del consumo de drogas durante esta práctica. Entre los elementos y circunstancias que han propiciado este hecho se encuentran: el acoso y la discriminación hacia las personas LGBTIQ y a su manera de experimentar la sexualidad; la epidemia de VIH, su impacto en la comunidad y la estigmatización que conllevó hacia los hombres gais; la tendencia de los grupos estigmatizados de compartir actividades que aumenten la vinculación y el sentimiento de pertenencia; los propios conflictos dentro de la comunidad respecto a temas como el género, la masculinidad o la feminidad; el uso de aplicaciones de geolocalización como método para facilitar el consumo y la búsqueda de

parejas sexuales y, por último, la cultura que gira en torno a los locales privados y a la sexualización de los espacios dirigidos a hombres gais (European ChemSex Forum, 2019).

Es muy importante destacar la relación entre el VIH y el “chemsex”, dado que, entre los HSH, las prácticas sexuales vinculadas al consumo de drogas son realizadas en mayor medida por personas contagiadas con el VIH que por seronegativas. Es más, parece no ser un asunto que preocupe a las personas participantes en las sesiones en las que se realiza esta práctica, no llegando siquiera a verbalizarse ni tomando precauciones para evitar el contagio. Este hecho parece guardar relación con la estigmatización hacia las personas con VIH y a la búsqueda de espacios seguros donde no exista discriminación respecto a su estado serológico (Santoro et al., 2020).

Por lo tanto, la cultura gay, incluye una serie de normas sociales, imaginarios, comportamientos y creencias que afectan a cómo se percibe la salud, tanto física como mental; al uso de sustancias y el porqué del mismo; a la expresión de sentimientos y la capacidad para pedir ayuda; a la búsqueda de espacios seguros donde poder desarrollarse o a la utilización de una jerga, códigos y lenguaje personalizados (Soriano, 2020).

2.5.2 El papel de las aplicaciones de contactos y del turismo gay

Como mencionamos anteriormente, en los últimos años, la manera de encontrar personas con las que mantener relaciones sexuales ha cambiado radicalmente. La aparición de aplicaciones que, utilizando la geolocalización de sus usuarios, muestran a multitud de hombres, en un determinado rango de kilómetros, en busca de diferentes experiencias sexuales, ha facilitado en gran medida las posibilidades de relacionarse en este aspecto. A su vez, se ha observado cierta relación entre su uso y el consumo de sustancias, utilizándose estas aplicaciones para la compra y venta de drogas o para la realización de encuentros en las que se produce un consumo de las mismas (Bourne et al., 2014).

En estas aplicaciones encontramos una muestra de lo que representa la cultura del “chemsex”, así como de la normalización y visibilización que se le da al consumo de sustancias en las mismas. Esto se observa en los perfiles de los usuarios, en la manera en la que se comunican entre ellos y en cómo expresan lo que buscan respecto a qué prácticas sexuales realizar y qué sustancias consumir. Existen multitud de códigos basados en siglas, acrónimos o emoticonos, entre otros, que hacen alusión a prácticas entorno al “chemsex” o a las drogas que buscan o están dispuestos a utilizar. Ejemplos de ellos son términos como sesión, colocón, chill o morbo y vicio, para referirse a las prácticas en relación al consumo de sustancias en el sexo o la utilización de códigos como “perfume” para hacer alusión a los nitritos (“poppers”), “tina” para la metanfetamina o “tema” para la cocaína (Ocón, 2017).

Respecto al turismo gay y su relación con el consumo de drogas durante las relaciones sexuales, según datos de un foro realizado en Londres sobre el “Chemsex” en Europa, el turismo sexual es uno de los factores más relevantes respecto al aumento del uso de sustancias en el sexo. Es habitual la participación en las sesiones de personas procedentes de otros países que, a través de las aplicaciones de geolocalización antes mencionadas, buscan participar en encuentros sexuales bajo la influencia de drogas (European ChemSex Forum, 2016).

A su vez, la existencia de eventos en diferentes países dirigidos al público gay en los que se promueve el ocio sexual y que crean entornos en los que es habitual que se fomente el consumo de sustancias en estos encuentros sexuales, representa un factor más

que relevante en cuanto a la relación entre el “chemsex” y el turismo. Existen ciertos destinos turísticos que son más llamativos para el público gay, dado que forman parte y representan valores relacionados con la cultura gay del culto y la sexualización de los cuerpos y de los espacios, los cuales de algún modo, constituyen lugares seguros para los hombres gais (Ocón et al., 2020).

Según la Organización Mundial del Turismo, el 10% del total de los turistas a nivel mundial forma parte del turismo LGBTIQ. Además, España se encuentra entre los principales destinos turísticos gais en Europa, lo que nos convierte en uno de los países que debe hacer frente al auge del “chemsex” y el consumo de drogas respecto a estas prácticas (Canal, 2021). El aumento del consumo de sustancias en relación con el sexo a nivel internacional, demuestra que el “chemsex” es un fenómeno que cuenta con un marco cultural compartido y un entendimiento entre las personas que lo practican desde los diferentes países (Ocón et al., 2020).

2.5.3 ¿Dónde se practica el chemsex?

Respecto a los lugares donde se realizan las sesiones de “chemsex”, diversos estudios demuestran que lo habitual es que el consumo se realice en casas particulares. Sin embargo, existen diversos negocios dirigidos a las personas que realizan esta práctica, tales como saunas, clubs, festivales, locales, así como se realizan encuentros y fiestas en locales privados u hoteles (Tan et al., 2018). Asimismo, se ha relacionado el uso de drogas durante las relaciones sexuales con el “cruising”, que es una práctica que consiste en mantener relaciones sexuales en lugares al aire libre y, por lo general, con personas sin ningún tipo de relación (Fernández-Dávila, 2022).

En España, según una encuesta realizada a hombres que mantienen sexo con hombres, el consumo se realizaba mayoritariamente en casas particulares, el 68,4% de los entrevistados tuvieron su último encuentro sexual o en su propia casa (21,5%) o en casa de otra persona (46,9%). En siguiente lugar, el 25,4% de los encuestados realizaron su último consumo en locales comerciales de sexo, incluyendo clubs, bares o saunas (EMIS, 2017).

Un factor relevante a tener en cuenta y que ha influido en el aumento de esta práctica es el auge de las aplicaciones sociales dedicadas, en gran parte, a la búsqueda de parejas sexuales, así como de encuentros grupales o sesiones donde se practique sexo bajo la influencia de drogas. Estas aplicaciones utilizan la geolocalización de los dispositivos para mostrar a todos los usuarios de su entorno que buscan mantener relaciones sexuales, simplificando así el proceso de búsqueda de posibles parejas. Es destacable el hecho de que el perfil de las personas que utilizan estas aplicaciones está relacionado con hombres jóvenes y con un alto nivel educativo, los cuales a su vez están dispuestos a participar en mayores conductas sexuales de riesgo (Zou y Fan, 2017).

Por lo tanto, los usuarios que quieran acudir a una sesión de chemsex, sólo necesitan tener acceso a internet o acudir a uno de los espacios donde es usual que haya hombres dispuestos a mantener relaciones sexuales. Cabe destacar que en las sesiones no es necesario ni habitual que los usuarios se conozcan, por lo que facilita el encuentro de parejas sexuales (Santoro et al., 2020).

Además, es destacable el hecho de que, durante la celebración de las fiestas del orgullo gay o durante festivales que aumentan la afluencia de gente en una zona determinada, el uso de drogas durante las relaciones sexuales se intensifica, incluso habilitándose espacios por parte de los organizadores de determinadas fiestas para la realización de encuentros sexuales en ellos (Tan et al., 2018).

2.6. Drogas utilizadas en contexto de Chemsex

Como mencionamos anteriormente, en España, las sustancias que se consumen con mayor frecuencia en relación con el “chemsex” son los nitritos (“poppers”), el cannabis, la cocaína, la viagra u otros medicamentos relacionados con la disfunción eréctil, el GHB/GBL, el éxtasis/MDMA, la mefedrona, la ketamina o las anfetaminas y sus derivados (Guerras et al., 2020).

Sin embargo, el consumo relacionado con el “chemsex”, según estudios realizados en Gran Bretaña y otras partes de Europa, inicialmente se asoció únicamente a drogas como la mefedrona, la metanfetamina y el GHB/GBL, debido al efecto específico que estas tienen en las relaciones sexuales, relacionadas con una sensación de euforia ligada a la desinhibición y a la excitación. No obstante, la definición de “chemsex” ha evolucionado y empezado a incluir diferentes drogas psicoactivas debido a las evidencias de su uso en estas prácticas sexuales (Bourne et al., 2015).

Si tenemos en cuenta sus efectos, podemos clasificar las sustancias utilizadas durante el “chemsex” en: estimulantes, como la cocaína, la mefedrona o el éxtasis/MDMA; depresoras, como el GHB/GBL, el alcohol o los sedantes; o alucinógenas como la ketamina, el LSD o los cannabinoides (Tracy et al., 2017).

Se ha de tener en cuenta que el “chemsex” es un fenómeno relativamente emergente, por lo que las sustancias utilizadas en esta práctica experimentan cambios constantemente. Esto depende de la capacidad para su adquisición, la zona geográfica, el precio, su situación legal, entre otros factores que aumentan o disminuyen la utilización de determinadas drogas. Además, en los últimos años, es habitual la aparición de nuevas sustancias en el mercado que buscan asimilar los efectos de otras drogas, hacerse hueco y sustituir a las ya conocidas, dado que, al ser de reciente creación, no están ilegalizadas, no tienen un coste elevado y se comercializan con facilidad hasta por medios como el internet (Ocón et al., 2020).

Para explicar cuáles son las principales sustancias utilizadas en el “chemsex”, cómo son sus formas de presentación, sus vías de consumo, los efectos que se esperan tras consumirlas y las posibles complicaciones que producen, hemos realizado una tabla que recoge una síntesis de todos estos elementos (véase Tabla 2).

Por último, en cuanto a las interacciones entre drogas y fármacos, es importante destacar que algunos tratamientos farmacológicos, entre los que se incluyen algunos fármacos antirretrovirales, presentan interacción cuando son mezclados con algunas sustancias. Esta interacción puede producir efectos como hipotensión, hipertensión alteraciones en el sistema nervioso central, depresiones respiratorias, taquicardias, psicosis, eventos cardiovasculares o el incremento de los niveles de algunas drogas en el organismo (Ocón et al., 2020).

2.7. Situación del chemsex en España

En España, como en la mayoría de los países, diversos estudios demuestran que el consumo de drogas por parte de los HSH es mayor que el de la población general. En los últimos doce meses, según la encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres, en España, las tres drogas mayormente consumidas por los encuestados son el alcohol, con un 91,9%, el tabaco, con un 48,9% y los nitritos (“poppers”), con un 34,9% (EMIS, 2017). Hemos realizado una tabla donde se recoge un listado de otras drogas también consumidas (véase Tabla 1).

Respecto al consumo de drogas en contexto sexual, el 14,1% de los hombres encuestados señaló haber consumido drogas estimulantes en los últimos 12 meses para que las relaciones sexuales fueran más intensas o duraran más tiempo. Asimismo, un 1,1% lo hizo en las últimas 24 horas y un 3,2% en los últimos 7 días y en las últimas 4 semanas. Cabe destacar que, entre los hombres que habían consumido en algún momento drogas estimulantes para tener relaciones sexuales, el 50,7% lo había hecho con más de un hombre (trío o sexo en grupo) en los últimos 12 meses (EMIS, 2017).

Otro estudio realizado en contexto nacional señaló que, de entre 666 hombres encuestados, 147, es decir, el 22,07%, había consumido una o más de una droga durante las relaciones sexuales en el último año, así como se demostró una relación entre las drogas asociadas al “chemsex” y su uso frecuente por parte de los HSH (Valencia et al., 2018).

En cuanto a las drogas consumidas durante las prácticas sexuales, según datos del proyecto europeo Euro HIV EDAT, realizado en 2016, los resultados de los participantes residentes en España fueron, respecto a las sustancias consumidas durante las relaciones sexuales en los últimos 12 meses, con un 17,1%, los nitritos (“poppers”), con un 10,7%, el cannabis, con un 9,1%, la cocaína, con un 7,1%, la viagra u otros medicamentos relacionados con la disfunción eréctil y, con un 5,6%, el GHB/GBL, seguidos de otras sustancias como el éxtasis, la mefedrona o las anfetaminas. Además, se muestra el policonsumo como una práctica frecuente entre los hombres que practican “chemsex” (Guerras et al., 2020).

En España, al igual que en el resto de Europa, el “chemsex” es una práctica que tiene mayor prevalencia en las grandes ciudades y cercanías, destacando las principales capitales como Madrid y Barcelona. Además, existen una serie de destinos donde destaca el turismo gay en los que se presenta un mayor índice de consumo en relación a las prácticas sexuales, tales como Maspalomas, en Gran Canaria, Torremolinos, en Málaga o Sitges, en Barcelona (Ocón et al., 2020).

En lo que al VIH se refiere, tanto los participantes españoles del proyecto europeo Euro HIV EDAT como los resultados del EMIS en España, demostraron que el porcentaje de hombres cuyo estado es positivo en lo que al VIH se refiere es mayor al de seronegativos o desconocedores de su estado serológico. En el proyecto Euro HIV EDAT, respecto al uso de drogas en un contexto sexual en los últimos 12 meses, los resultados son de un 21,9% de positivos en VIH frente a un 6,6% de seronegativos y un 2,1% de desconocedores (Guerras et al., 2020). En el EMIS España, el porcentaje en relación al uso de estimulantes en el sexo en las últimas 4 semanas, es del 22,1% de positivos frente al 6,2% de seronegativos y el 2,5% de desconocedores de su estado serológico (EMIS, 2017).

2.8. COVID-19 y Chemsex

La pandemia de la COVID-19 supuso un cambio en el desarrollo de nuestras vidas y en la manera en la que nos relacionábamos, afectando, como toda crisis, de forma desigual a los diferentes grupos de población. Entre ellos, los HSH y, en específico, a los que realizaban prácticas relacionadas con el “chemsex”. El confinamiento y la incapacidad para relacionarnos de forma presencial y cómo afecto esto a la interacción entre las personas en las fases posteriores de la pandemia, tuvieron graves consecuencias en este colectivo (Ocón et al., 2020).

Las medidas para hacer frente a la crisis sanitaria trajeron consecuencias para la salud mental de las personas que, ante situaciones de preocupación, estrés e

incertidumbre, vieron su estabilidad y su estado emocional perjudicarse en gran medida. Las personas que practican “chemsex” se caracterizan por mantener relaciones sexuales con diversas personas e incluso con varias al mismo tiempo, este hecho se vio amenazado con la llegada de un virus de fácil transmisión que impedía tener contactos con personas no convivientes debido al riesgo que suponía poder contagiarse. Asimismo, impedía, dependiendo de la fase de la pandemia, desplazarse, adquirir sustancias o reunirse, lo que, si se respetaban las medidas impuestas por las instituciones, debería haber impedido las prácticas relacionadas con el “chemsex” y todo lo que ello conllevaba para sus participantes (Ocón et al., 2020).

Asimismo, la pandemia restringió la realización de todas aquellas actividades relacionadas con el sector del ocio y el turismo gay, viéndose obligados a cerrar todos los negocios que se utilizaban como lugares de encuentro e impidiendo la celebración de eventos como festivales o aquellos en relación al Orgullo. Pese a que estas medidas se aplicaron a la población en general y no solo a las personas que tienen relación con el “chemsex”, cabe destacar que detrás de esta práctica existen ciertas características sociales que, viéndose limitadas la capacidad de relación y movilización, pudieron afectar en gran medida a aquellos hombres que se vieron privados de lugares en los que se sentían seguros y de las relaciones que, tal vez, utilizaban como mecanismo para paliar ciertas emociones negativas. Este hecho puede explicar la realización de sesiones y encuentros ilegales durante el estado de alarma que acabaron con intervenciones policiales en fiestas, locales o puntos de venta de sustancias (Ocón et al., 2020).

2.9. VIH, Chemsex y estigma

El estigma respecto al VIH puede manifestarse de diferentes formas, siendo comunes la violencia, la discriminación o la marginalización. Sin embargo, parece que las propias personas con VIH también manifiestan ciertas conductas de anticipación al rechazo en relación a estereotipos o sentimientos negativos sobre sí mismos. Del mismo modo, parece que se relaciona a este grupo de población con mayores posibilidades de padecer depresión, baja autoestima, ansiedad, ideación suicida, escasez de las redes de apoyo e incluso dificultades para adherirse a los programas de terapia antirretroviral. Además, se les asocia con mayores conductas sexuales de riesgo y menor control respecto a las infecciones de transmisión sexual (Rueda et al., 2016).

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1. Objetivo general:

- Recabar, mediante un estudio de casos, información sobre la práctica del “chemsex” y la percepción de los participantes.

3.2 Objetivos específicos

- Describir el perfil de las personas involucradas en prácticas relacionadas con el chemsex.
- Identificar características y consecuencias del consumo de sustancias en las relaciones sexuales.
- Recoger la percepción de riesgo de los participantes en la práctica del “chemsex” y recomendaciones desde la experiencia.

4. METODOLOGÍA

4.1 Participantes

El perfil de los participantes de esta investigación consiste en 15 hombres, de edades comprendidas entre los 20 y los 46 años, los cuales mantienen relaciones sexuales con otros hombres y que, a su vez, consumen o han consumido sustancias durante las prácticas sexuales. Sin embargo, pese a que la edad mínima es de 20 años y la edad máxima de 46, la media de edad de los participantes es de 25,06 años y la desviación típica 7,75.

4.2 Instrumentos y definición de variables medidas

Para llevar a cabo esta investigación el instrumento empleado ha sido un cuestionario ad hoc que consta de dos partes diferenciadas. En la primera, se recogieron los datos sociodemográficos de los participantes, en este caso únicamente género y edad. En la segunda parte, se realizaron una serie de cuestiones, 14 en total, con diferentes opciones de respuesta (excepto la última que se trató de una pregunta de respuesta abierta), en relación a la participación en prácticas sexuales bajo la influencia de drogas. Las preguntas que se plantearon tratan diversos aspectos como la edad de inicio de consumo, la frecuencia, las motivaciones, las drogas utilizadas, el gasto económico, el lugar en el que se realizaban estas prácticas, las consecuencias físicas y psicológicas, el tiempo de recuperación, la capacidad de sueño, las preocupaciones ocasionadas y, por último, las recomendaciones que le harían a una persona previo a iniciar un consumo.

4.3. Procedimiento

Para realizar esta investigación, tras la búsqueda bibliográfica pertinente, se realizó un cuestionario que recogiera una serie de preguntas dirigidas a reunir información sobre lo que buscábamos investigar. Una vez realizado el cuestionario, a través de la plataforma Formularios de Google, se trató de difundir, por medio de redes sociales, para que llegase a posibles participantes que cumpliesen los requisitos de la investigación, es decir, que fueran hombres que hayan practicado relaciones sexuales bajo la influencia de drogas.

Tras la obtención de los resultados, se procedió a realizar un análisis descriptivo de los mismos con el fin de elaborar una serie de conclusiones, de modo que se tuviera en cuenta cada respuesta de modo individual y en relación con las demás. Del mismo modo, se realizó un análisis temático de los distintas respuestas para observar patrones que se repitan en los distintos casos.

4.4. Diseño de la investigación y plan de análisis

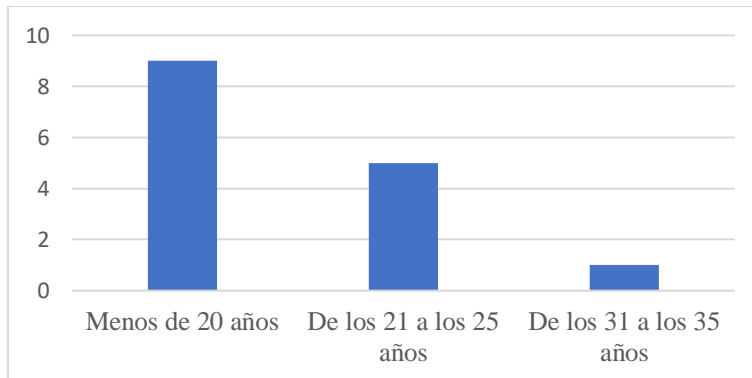
El diseño de la investigación es transversal, dado que analiza una serie de datos recogidos en un período de tiempo sobre una muestra predefinida. Además, consiste en un estudio cualitativo de casos centrado en el perfil, las características del consumo y las consecuencias derivadas del mismo, percibidas por los hombres participantes de prácticas sexuales en relación al chemsex. Incluye el análisis descriptivo y temático de los resultados del cuestionario realizado, así como se analizarán los datos estadísticamente a través de la herramienta Excel.

5. RESULTADOS

5.1. Datos cuantitativos

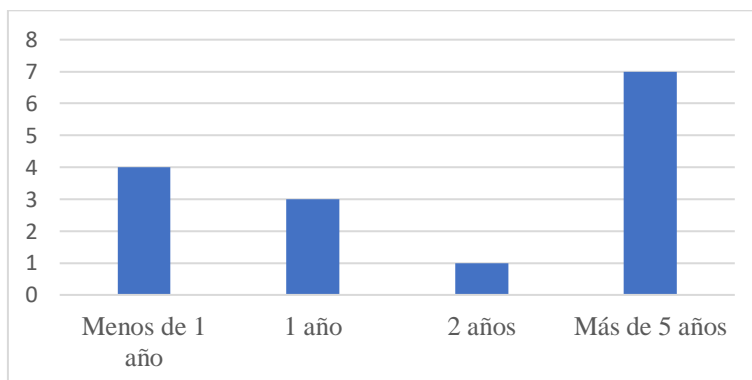
5.1.1. Tiempo de consumo

Figura 1: ¿A qué edad consumiste drogas durante el sexo por primera vez?



Respecto a la edad de inicio de consumo, las respuestas de los hombres participantes se sitúan entre el rango de “menos de 20 años”, que obtuvo 9 contestaciones (60%), el rango de “entre los 21 a los 25 años”, que tiene 5 de ellas (33,3%) y, por último, el rango de “entre los 31 a los 35 años”, que fue contestado por 1 de ellos (6,7%).

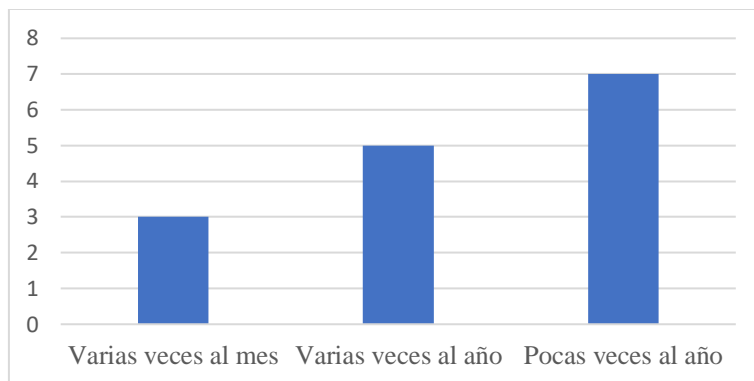
Figura 2: ¿Cuánto tiempo llevas consumiendo en relación a esta práctica?



En cuanto a la duración del consumo, 4 de los 15 hombres que contestaron la encuesta llevan consumiendo menos de 1 año, lo que supone el 26,7% de las respuestas; 3 de ellos, el 20%, 1 año; tan solo 1 de las respuesta fue “2 años”, el 6,7% y, por último, el 46,7%, es decir, 7 contestaciones, llevan consumiendo más de 5 años.

5.1.2 Frecuencia del consumo

Figura 3: Frecuencia con la que realizas prácticas sexuales bajo la influencia de drogas



En relación a la pregunta 3, de entre las opciones de respuesta disponibles, los participantes contestaron que la frecuencia con la que realizan el consumo es, en 3 de los casos (20%), varias veces al mes, 5 de ellos (33,3%), realizaban prácticas sexuales bajo la influencia de drogas varias veces al año y, por último, 7 de las respuestas (46,7%), afirmaron realizarlas pocas veces al año.

5.1.3 Motivaciones para el consumo

Tabla 3: ¿Qué te motiva a consumir drogas para tener sexo?

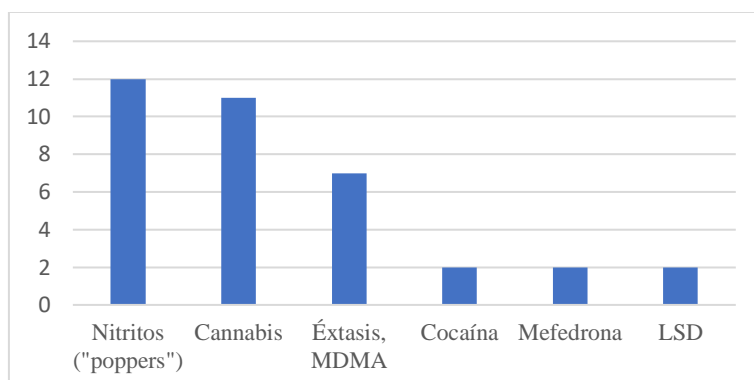
Tipos de motivaciones	Porcentaje	N
Aumentar la libido, excitarme	66,7%	10
Potenciar el placer	60%	9
Intensificar las sensaciones	46,7%	7
Que la eyaculación sea más intensa, dure más o sea más gratificante	46,7%	7
Prolongar la duración de las relaciones sexuales	33,3%	5
Despejarme, olvidarme de los problemas y preocupaciones	33,3%	5
Desinhibirme sexualmente	20%	3
Reducir la molestia que producen ciertas prácticas sexuales	13,3%	
Experimentación	6,7%	1

Respecto a las motivaciones para el consumo de drogas, destacan el aumento de la libido, con 10 contestaciones (66.7%), la potenciación del placer, con 9 (60%) y la intensificación de las sensaciones y, por otro lado, de la eyaculación, ambas con 7 respuestas (46,7%). Cabe destacar que, pese a que el total de hombres encuestados es de 15, la suma de las respuestas es mayor porque se permitía seleccionar múltiples opciones.

Además, de entre las disponibles, se añadió una nueva opción dado que un usuario comentó que su motivación era el hecho de experimentar.

5.1.4 Drogas consumidas durante las prácticas sexuales

Figura 4: ¿Qué drogas has consumido durante estas prácticas?

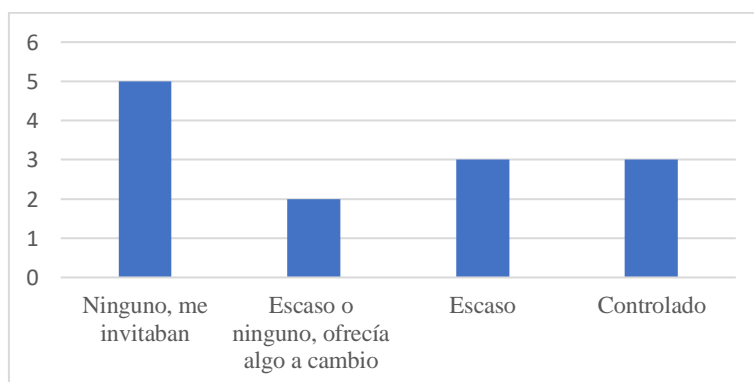


En cuanto a las drogas consumidas durante las prácticas sexuales, las 3 drogas más consumidas son: los nitritos “poppers”, con 12 respuestas (80%), el cannabis (marihuana, hachís), contestada por 11 personas (73,3%) y el éxtasis o MDMA, consumido por 7 participantes (46,7%). Además, las 3 drogas restantes que obtuvieron respuestas fueron consumidas cada una por 2 personas (13,3%). Otro dato a mencionar es que una persona señaló el alcohol, sustancia que no aparecía entre las opciones de respuesta.

Asimismo, es destacable el hecho de que, tratándose de una pregunta que permitía múltiples respuestas, 10 de las 15 obtenidas, es decir, el 66,6%, contestaron haber consumido más de una droga. Además, 8 de ellos, lo que representa el 53,33%, han consumido tres o más sustancias y, por último, de entre estas últimas, 4 personas, el 26,66%, señalaron haber consumido 4 o más sustancias.

5.1.5 Gastos económicos

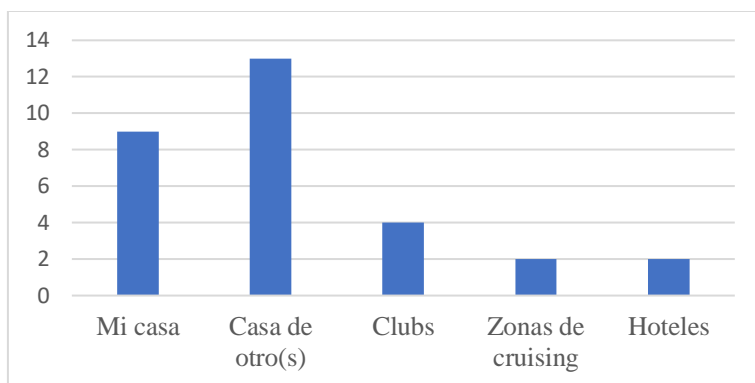
Figura 5: ¿Cómo valorarías tu gasto en la compra de drogas?



En relación al gasto económico, dos opciones: “ninguno, me invitaban” y “controlado”, obtuvieron 5 respuestas cada una, lo que representa un 33,3% de las respuestas. A continuación, “escaso” obtuvo 3 respuestas, un 20%, y, por último, “escaso o ninguno, no gasté dinero pero ofrecía algo a cambio”, tuvo 2 respuestas, lo que supone el 13,3%.

5.1.6 Lugares en los que se realiza el consumo

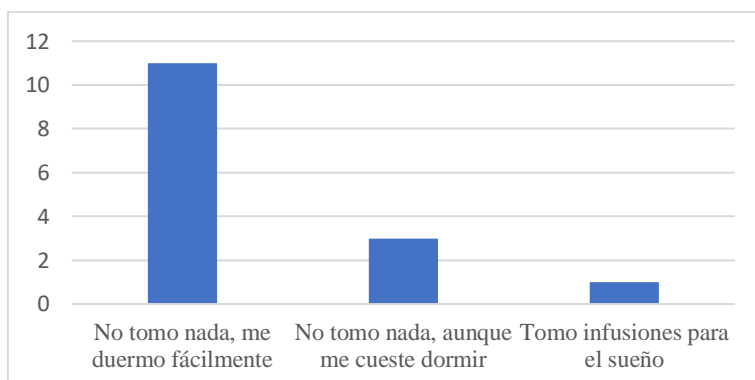
Figura 6: ¿En qué lugar se realizaba el consumo?



Respecto a los lugares de consumo, al tratarse de una pregunta que permitía señalar múltiples opciones, obtuvo más de 15 respuestas. Entre ellas, la opción que más contestaciones consiguió fue “casa de otro(s)”, con 13 respuestas (86,7%), seguida de “mi casa” con 9 de ellas (60%), clubs, con 4 (26,7%) y, por último, “zonas de cruising” y “hoteles”, ambas con dos respuestas cada una (13,3%).

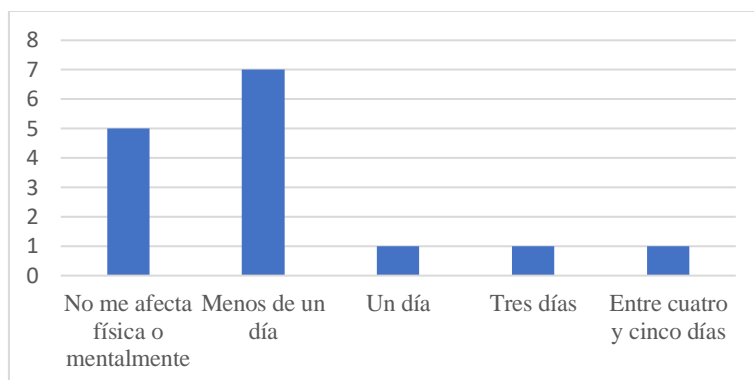
5.1.7 Consecuencias del consumo

Figura 7: ¿Tomas algo para dormir después de consumir drogas para tener sexo?



La octava pregunta señala que gran parte de los hombres que respondieron la encuesta, 11 de ellos (73,3%), no toman nada para dormir después de haber consumido drogas y duermen fácilmente. Sin embargo, 3 de los hombres (20%) apuntaron no tomar nada para dormir aunque les cueste dormir y tan sólo 1 (6,7%) declaró tomar infusiones para conciliar el sueño.

Figura 8: ¿Cuántos días tardas en recuperarte física y/o mentalmente después de haber consumido drogas para mantener sexo?



En cuanto al tiempo de recuperación, 5 de los participantes (33,3%), no se ven afectados ni física ni mentalmente después de consumir drogas para mantener sexo, 7 de ellos (46,7%), la mayoría, tardan menos de un día en evadir los efectos del consumo y, por último, en las siguientes categorías: “un día”, “tres días” y “entre cuatro y cinco días”, sólo contestaron 1 hombre cada una de ellas (6,7%).

Tabla 4: ¿Cuál es tu estado físico los días posteriores a haber consumido drogas para tener sexo?

Estado físico	Porcentaje	N
Mi estado físico se mantiene igual	73,33%	11
Los primeros días mi estado físico se mantiene igual pero después cambia	6,7%	1
Cansado	20%	3
Sin energía ni fuerza física	13,3%	2
Somnoliento	13,3%	2
Efectos similares a la resaca producida por el alcohol	6,7%	1

En relación al estado físico después del consumo de drogas para tener sexo, destaca que 11 de los 15 encuestados, el 73,3%, manifiestan que su estado físico se mantiene igual después de haber consumido, pudiendo observar que tan sólo 3 de ellos, el 20%, se encuentran cansados después del consumo. Cabe destacar que la opción de “efectos similares a la resaca producida por el alcohol” fue añadida debido a la respuesta de uno de los usuarios. Del mismo modo, las respuestas superan al total de los encuestados porque se permitía la múltiple elección.

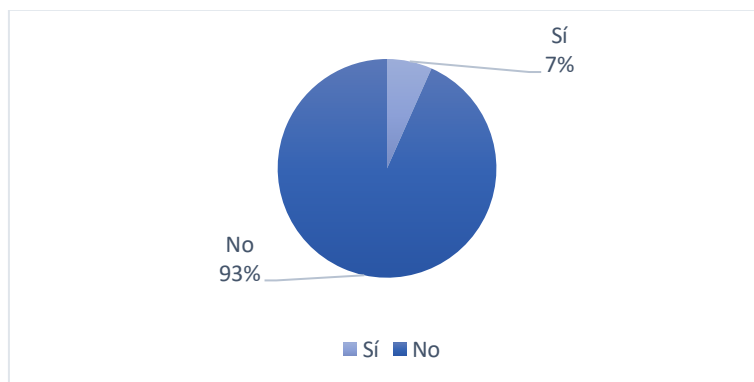
Tabla 5: *¿Cuál es tu estado psicológico los días posteriores a haber consumido drogas para tener sexo?*

Estado psicológico	Porcentaje	N
Mi estado psicológico se mantiene igual	46,7%	7
Me encuentro mejor psicológicamente	6,7%	1
Los primeros días me encuentro mejor psicológicamente pero después cambia	20%	3
Triste	6,7%	1
Sensible	20%	3
Apático, desganado	13,3%	2
Irritable, malhumorado	13,3%	2
Paranoico	6,7%	1

Respecto al estado psicológico después del consumo, la opción que más respuestas obtuvo fue “mi estado psicológico se mantiene igual”, con 7 contestaciones (46,7%), seguida de “los primeros días me encuentro mejor psicológicamente” y “sensible”, ambas seleccionadas por 3 de los hombres (20%). En esta pregunta las respuestas se dividieron entre más opciones por lo que los porcentajes obtenidos son inferiores.

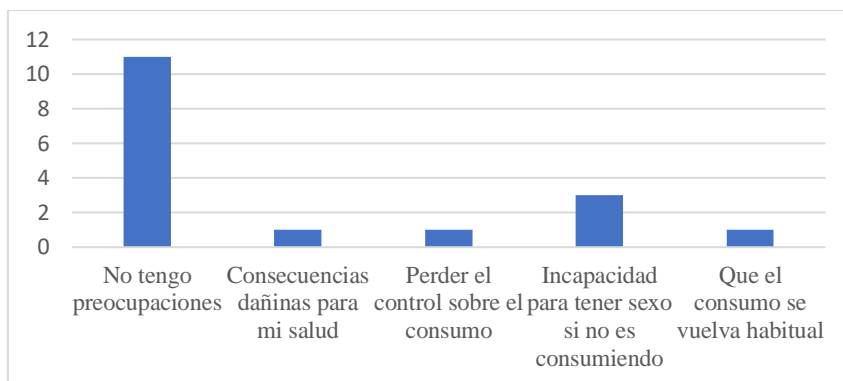
5.1.8 Preocupaciones

Figura 9: *¿Estás preocupado por tu consumo de drogas para tener sexo?*



La pregunta 12 manifestó que la inmensa mayoría de la muestra, 14 participantes de 15, el 93,3%, no están preocupados por su consumo de drogas en las relaciones sexuales, siendo que tan sólo 1 de los participantes (6,7%) señaló sí sentir preocupación.

Figura 10: En caso de manifestar preocupación ¿Qué crees que la causa?



En cuanto a las preocupaciones manifestadas por los participantes, el 73,3%, 11 de ellos, señalaron no tener ninguna preocupación, el 20% apuntó sentirse preocupado respecto a la incapacidad para tener sexo si no es bajo el consumo de drogas, mientras que, las opciones restantes: “perder el control sobre el consumo”, “las consecuencias dañinas que pueda tener para mi salud” y “que el consumo se vuelva habitual, más allá del sexo”, recibieron cada una 1 respuesta (6,7%). Cabe destacar que tan sólo uno de los participantes marcó más de una respuesta.

5.2. Datos cualitativos

La pregunta abierta era la siguiente: “Partiendo de tu experiencia, ¿qué recomendaciones darías a personas que desean iniciarse en esta práctica sexual para poder prevenir dificultades de salud, emocionales, relacionales, etc.?”

Entre las respuestas encontramos un mensaje directo y conciso en torno al no consumo, con respuestas como “recomendaría no empezar a consumir (...)”, “disfrutar del sexo sin consumo es mejor” o, directamente, “no consuman”. De entre las respuestas, 6 tenían mensajes que seguían esta dinámica de, en caso de querer iniciarse en el consumo durante las relaciones sexuales, es mejor no hacerlo.

Por otro lado, mayoritariamente, los discursos obtenidos por los participantes iban dirigidos a la idea de consumo responsable, con mensajes alentando a consumir de manera esporádica: “(...) no se puede consumir todos los días, ni siquiera varios días a la semana (...)”; a un consumo responsable: “llevar siempre el control de lo que haces y no volverse dependiente”; a un consumo consciente: “probarlo siempre rigiéndose de la responsabilidad y conocimiento de lo que estás haciendo”; y a unas prácticas sexuales, en la medida de lo posible, seguras: “sobre todo que utilicen protección y que tengan cuidado (...)”. Además, dos de las personas hicieron énfasis en que es importante tener en cuenta las personas con quienes vas a realizar esta práctica, destacando que fueran personas de confianza y en un entorno seguro. En definitiva, 8 de las 15 respuestas, intentaban alertar de los peligros que puede conllevar esta práctica si se convierte en habitual, si se realiza inconscientemente, con personas desconocidas o si se realiza llevando a cabo conductas de riesgo.

Por último, la respuesta restante hacía hincapié en que, en caso de que existan situaciones de malestar, trastornos mentales o cualquier otro problema de índole psicológico, es necesario pedir ayuda y no intentar solucionarlos con el consumo de sustancias en el ámbito sexual, por lo que, indirectamente, se suma a las respuestas en contra del consumo.

6. DISCUSIÓN

Dado que el apartado de resultados se ha dividido en una serie de categorías, son las que usaremos para realizar la comparación entre los estudios y los datos obtenidos por esta investigación.

Respecto al tiempo de consumo, y relacionado con el perfil de los hombres que practican “chemsex”, hemos observado que la mayoría de los participantes de la encuesta comenzaron el consumo en relación a las prácticas sexuales a edades tempranas, generalmente antes de los 20 años y en un período que comprende hasta los 25 años. Sin embargo, cabe destacar que la muestra de participantes que respondió a la encuesta se encuentra mayoritariamente entre los 20 y los 24 años, por lo que es comprensible que los resultados indiquen un inicio temprano del consumo.

Estos datos difieren de los ofrecidos por Fernández-Dávila (2016), dado que refiere que el “chemsex” es una práctica realizada en mayor medida por hombres adultos que no destaca entre los hombres menores de 25 años, asociando a los hombres jóvenes con un consumo menor y relacionando este hecho con la escasez adquisitiva propia de la edad y con el menor contacto con espacios donde se fomente el consumo.

No obstante, Zou y Fan (2016), en relación al uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, señalan la tendencia de estos hombres a ser más jóvenes y estar dispuestos a asumir conductas sexuales de riesgo. Por lo tanto, podemos relacionar el inicio temprano del consumo con este hecho, dado que estas aplicaciones, así como el “chemsex”, se encuentran en auge en los últimos años.

Asimismo, es destacable que cuando se trata de definir el perfil de los hombres que participan en el “chemsex”, autores como Coll y Fumaz (2016), destacan que, pese a compartir una serie de características, no se puede delimitar un perfil único de consumidor, dado que se diferencia en gran medida de los perfiles asociados al consumo de ciertas sustancias sin relación con las prácticas sexuales.

Otro factor que tratamos de tener en cuenta es el tiempo que la persona lleva consumiendo, es decir, el período que ha transcurrido desde su primer consumo hasta la actualidad. Los datos que recogimos señalan que la mitad de los participantes han realizado un consumo durante más de 5 años y, la otra mitad, entre un año y menos de un año. Según un estudio realizado por Stop Sida (2021), lo habitual es que el consumo se prolongue en un período de entre 3 y 10 años, aunque, por los datos que hemos recogido, el inicio del consumo entre los participantes se dio entre edades tempranas, por lo que la discordancia entre los datos puede deberse a que las edades de las personas que realizaron el estudio fueran mayores.

En relación a la frecuencia con la que se realiza el consumo, encontramos que gran parte de la muestra desarrolla el consumo de manera puntual, pocas o varias veces al año. Estos datos concuerdan con los recogidos por Serena (2020), que señala que es más común que las prácticas sexuales bajo el consumo de sustancias se realicen de manera esporádica que de forma habitual. Sin embargo, no todos los autores coinciden en esta descripción, dado que en ocasiones se describe el “chemsex” como una práctica incorporada en la vida de sus participantes como una forma de ocio y de disfrute, autores como Fernández y Garriga (2020), según un estudio realizado, apuntan a un consumo mensual e incluso semanal como lo más común entre los hombres que la realizan.

Por lo tanto, podemos diferenciar entre un consumo ocasional, asociado a un uso relativamente controlado de las drogas; y un consumo habitual, normalmente relacionado con un uso problemático de las sustancias y que puede introducir el factor dependencia.

En el caso de las motivaciones para el consumo, la mayoría de las que encontramos en nuestros participantes giran entorno al placer, a la excitación y a la intensificación de las sensaciones y de la eyaculación. Por lo tanto, como señalaban Bourne y Weatherburn (2017), una de las principales motivaciones para el uso de sustancias en las relaciones sexuales es conseguir que estas sean más placenteras. Estos mismos autores mencionan otras motivaciones también mencionadas en nuestra investigación como el afrontamiento del malestar o los problemas de la vida cotidiana.

Por otro lado, Maxwell (2019), también señala algunas motivaciones que aparecen reflejadas en las que tienen nuestros participantes, tales como la desinhibición, el aumento de la energía con el objetivo de prolongar la duración de las relaciones sexuales o reducir la molestia de ciertas prácticas como la penetración anal. Por lo tanto, los datos que hemos obtenido concuerdan con lo habitual.

Según diversos estudios, entre ellos, el realizado por Guerras et al. (2020), las drogas más comunes en las relaciones sexuales en España son, en primer lugar, los nitritos (“poppers”), en segundo lugar, el cannabis, y en tercer lugar, la cocaína. Tal y como se observa en los resultados, entre los participantes, las dos primeras posiciones se mantienen, es decir, tanto los nitritos como el cannabis se encuentran entre las drogas más utilizadas por la muestra. Sin embargo, el éxtasis o MDMA, pese a aparecer representado en la mayoría de los estudios, no se encuentra entre las drogas más utilizadas, mientras que en nuestra investigación se posiciona en tercer lugar. Asimismo, la cocaína figura entre los datos que hemos recogido y también otras drogas relacionadas con el “chemsex” como la mefedrona o el LSD, aunque en menor medida que el resto de ellas.

Respecto a los gastos económicos, son definidos por los hombres encuestados como escasos, controlados e incluso nulos, es decir, que eran invitados u ofrecían algo a cambio de las sustancias, ya sea el lugar de reunión, alguna práctica sexual o cualquier otro intercambio. El escaso gasto económico por parte de la muestra puede estar relacionado con lo mencionado anteriormente por Fernández-Dávila (2016), respecto al insuficiente poder adquisitivo por parte de los hombres jóvenes para la provisión de sustancias. Es decir, el hecho de que el gasto no sea elevado se debe a la incapacidad económica para hacer frente a ellos.

Del mismo modo, si relacionamos el carácter ocasional del consumo, es decir, que la mayoría de la muestra consuma de manera no habitual, la edad de los encuestados y el escaso gasto económico, seguramente exista relación entre la incapacidad para adquirir sustancias debido al coste de las mismas y el hecho de que el consumo no sea más elevado entre los hombres participantes. Limitando así el uso de sustancias en las prácticas sexuales a la disposición de las mismas.

Según la encuesta EMIS (2017), los lugares donde mayoritariamente se realizaba el consumo son las casas particulares, tanto propias de los entrevistados como de otras personas. Estos datos concuerdan con los recogidos en nuestra investigación, donde destaca la casa de otras personas frente a la casa del propio entrevistado. Asimismo, se mencionan otros lugares como clubs, zonas de cruising y hoteles, todos ellos contemplados por diversos autores como Tan et al., (2018) o Fernández-Dávila (2022).

Respecto a las consecuencias del consumo, al tratarse de un consumo ocasional y no directamente relacionado con la dependencia o el consumo problemático, las consecuencias que manifiestan los hombres entrevistados son escasas o inexistentes. Si comparamos nuestros datos con los obtenidos por el realizado por Stop Sida (2021), respecto al consumo de sustancias para conciliar el sueño, los datos se corresponden en que ambas muestras no evidenciaban un consumo relacionado con la capacidad para dormir. En cuanto a los días que necesitaban para la recuperación tanto física como mental, la mayoría de los hombres participantes de nuestra investigación solo empleaban menos de un día e incluso, entre parte de ellos, no se veían afectados física o mentalmente. Sin embargo, los entrevistados por el estudio antes mencionado apuntaban necesitar entre uno, dos o tres días, llegando incluso a la semana para recuperarse completamente.

Por otro lado, en relación al estado físico y psicológico los días posteriores al consumo, el estudio realizado por Stop Sida (2021) señalaba que la inmensa mayoría de los participantes se veían afectados físicamente después de practicar “chemsex”, mientras que, en nuestra encuesta, la mayoría cree que su estado físico se mantiene igual, a excepción de algunos hombres que manifiestan cansancio, somnolencia y sentirse sin energía ni fuerza física, como se apunta en el estudio antes mencionado. En cuanto al estado psicológico, la encuesta que hemos realizado muestra una división de los resultados, la mitad de los entrevistados consideran que su estado psicológico se mantiene igual. No obstante, la otra mitad, menciona sentimientos como la apatía, la irritabilidad, la sensibilidad o la tristeza, los cuales son los más mencionados por los participantes de “chemsex”.

En relación a si experimentan preocupación por su consumo de sustancias, la inmensa mayoría de los hombres entrevistados respondieron negativamente, de modo que se asemeja a estudios como el realizado por el EMIS (2017), donde gran parte de la muestra manifestó no estar preocupada por su consumo.

Sin embargo, entre aquellos que sí lo están, la consecuencia más mencionada en nuestra investigación y que aparece reflejada en el estudio realizado por Stop Sida (2021), es la incapacidad para mantener relaciones sexuales si no es bajo el consumo de drogas, la cual aparece como una de las tres principales preocupaciones.

Sobre las recomendaciones previas al inicio del consumo, autores como (Ocón, 2020), afirman que es habitual que el consumo de sustancias en relación al “chemsex” esté vinculado a ciertas conductas negativas como el autodesprecio o la baja autoestima, así como a conductas de riesgo como el no uso de protección o las relaciones sexuales con múltiples personas. Por lo tanto, el hecho de que la mayoría de los participantes de la encuesta no recomienden el consumo de sustancias en las relaciones sexuales, de la misma manera que advierten de sus peligros y de lo necesario que es tomar precauciones, puede guardar relación con el autoconcepto de estos hombres y con el conocimiento acerca de esta práctica, sus características y las consecuencias que puede traer. Es decir, pese a practicar “chemsex”, los participantes son conscientes de los riesgos que este conlleva y no recomiendan el consumo o al menos no sin las medidas necesarias para evitar conductas de riesgo.

7. CONCLUSIONES

A través de esta investigación hemos alcanzado una serie de conclusiones que se relacionan directamente con los objetivos planteados previamente.

En primer lugar, se propuso estudiar el perfil de las personas involucradas en el “chemsex”. Sin embargo, considerando las características de la muestra que hemos conseguido que realicen la encuesta y, además, teniendo en cuenta los argumentos de ciertos autores, respecto a la dificultad para definir un perfil común a todos los participantes de esta práctica, podemos afirmar que el hecho de que los resultados de la encuesta relacionen el consumo con los hombres jóvenes, está vinculado con los círculos entre los que se difundió la encuesta y no con una representación directa de la realidad.

No obstante, sí podemos afirmar que los hombres que practican “chemsex” inician el consumo a edades tempranas, de modo que, lo habitual, es que este se prolongue durante varios años, indicando cierta dependencia o uso acostumbrado de las drogas durante las relaciones sexuales. Asimismo, aunque los estudios se contradicen en este aspecto, asociamos el consumo, al menos entre personas jóvenes, a un consumo esporádico y puntual que, aunque prolongado en el tiempo, sólo se relaciona con un uso de carácter sexual y no con una dependencia a la sustancia. Es decir, los hombres jóvenes empiezan a consumir de manera anticipada, pero lo hacen consumiendo de manera relativamente controlada.

Es por ello por lo que, el uso de sustancias en las relaciones sexuales entre los participantes, está asociado en mayor medida al placer y a la excitación que a paliar sentimientos negativos o despejarse de los problemas, dado que, disfrutar del sexo y prolongar las relaciones sexuales son motivaciones propias de personas que encuentran en las sustancias, una manera de potenciar la satisfacción que encuentran en las relaciones sexuales, y no una forma de liberación respecto a aspectos negativos que puedan desencadenar en un uso problemático.

Entre las drogas utilizadas encontramos las sustancias comunes relacionadas con el “chemsex” en España, lo que demuestra que los nitritos (“poppers”), el cannabis y el éxtasis o MDMA son drogas que, de algún modo, resultan de fácil acceso hasta para personas jóvenes y, por lo general, sin numerosos recursos. Dado que lo habitual es que las personas jóvenes no dispongan del nivel adquisitivo para acceder a ciertas sustancias y que, del mismo modo, los participantes definen sus gastos económicos como escasos o controlados, estas drogas deben tener un precio costeable y no muy elevado. Aunque, tal vez, la escasez de los gastos en sustancias guarde relación con el carácter ocasional del consumo.

En segundo lugar, se trataron de analizar las consecuencias del consumo de sustancias en las relaciones sexuales. Mayoritariamente, los participantes no consideran que existan graves repercusiones para su salud física o psicológica, ni siquiera para la conciliación del sueño o respecto a la recuperación asociada al consumo. Por lo tanto, aunque parte de la muestra mencione sentimientos como la apatía o la tristeza en los días posteriores al “chemsex”, o estados físicos como el cansancio o la somnolencia, no se asemejan a las consecuencias que se mencionan en ciertos estudios respecto al uso de sustancias en las relaciones sexuales de manera habitual. Por lo tanto, consideramos que la escasez y la levedad de las consecuencias experimentadas por los participantes se deben a la puntualidad del consumo y que, de prolongarse en el tiempo y aumentarse en frecuencia, aumentarían exponencialmente las consecuencias negativas de esta práctica.

En último lugar, se planteó averiguar si las personas que practican “chemsex” experimentan preocupación respecto a esta práctica. Los participantes, pese a manifestar no estar preocupados por su consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, no recomiendan a otras personas la realización de esta práctica y, en caso de hacerlo, advierten de sus peligros y de las precauciones que se han de tener. Por lo tanto, existe evidencia de cierta preocupación respecto al consumo, aunque quizás no en relación a un uso problemático de las sustancias, dado que el consumo se realiza de manera esporádica. Es decir, la preocupación parece girar en torno a las conductas de riesgo y los peligros de la práctica en caso de realizarla de manera inadecuada, no a las posibles consecuencias negativas que pueda tener sobre ellos este consumo. Este hecho puede deberse a que, pese a conocer los riesgos del “chemsex”, aun no experimentan consecuencias negativas respecto a esta práctica.

En definitiva, podemos afirmar que el “chemsex” es un fenómeno de difícil interpretación dado que no se puede definir un perfil único de participantes, delimitar los factores que influyen en el inicio del consumo o concretar siquiera las consecuencias que esta práctica puede tener en los hombres que la realizan. Esto se debe a la incapacidad para denominar el “chemsex” como una conducta intrínsecamente problemática, dado que esto dependerá de las características del consumo, las conductas de riesgo que la persona esté dispuesta a asumir e incluso de la existencia de factores de protección o de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S., & Weatherburn, P. (2014). The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Weatherburn, P. (2015). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171-1176. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>
- Bourne, A., & Weatherburn, P. (2017). Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sexually transmitted infections*, 93(5), 342-346. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2016-052674>
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., Rosser, S., Larson, S., Allen, M., Fu, S., & Kane, R. L. (2016). *Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Canal García, S. (2021). Turismo LGTBIQ+ I. Conversión a segmento de mercado.
- Coll, J., & Fumaz, C. R. (2016). Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. *Rev Enf Emerg*, 15(2), 77-84.
- EMIS, Encuesta Europea On-Line para Hombres que Tienen Sexo con Hombres (2017). Resultados en España.
- European ChemSex Forum (2016). Forum Report. 1st European Chemsex Forum. London, 6-8, April 2016.
- European ChemSex Forum. (2019). A call to action for effective responses to problematic chemsex. 2nd European Chemsex Forum. Berlin, 22-24, March 2018.
- Fernández, J., & Garriga, G. (2020). Prevalencia del chemsex en nuestro medio.
- Fernández-Dávila, P. (2016). Sesión de sexo, morbo y vicio": una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 4(7), 41-65.
- Fernández-Dávila, P. (2017) Consumo de drogas y su relación con el sexo: Escuchando las voces de un grupo de hombres gais y bisexuales de la ciudad de Barcelona que practican ChemSex. Barcelona: Stop Sida, CEEISCAT y Subdirecció General de Drogodependències-Agència de Salut Pública de Catalunya; 2017. *Informe-estudio-cualitativo-ChemSex*.
- Fernández-Dávila, P. (2018). ChemSex en España: Reflexiones sobre buena praxis y lecciones aprendidas. *Revista multidisciplinar del Sida*, 6(13), 58-62. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5790>

- Fernández-Dávila, P. (2022). ChemSex en una zona de cruising gay de Barcelona: una exploración etnográfica sobre las necesidades de un grupo de hombres GBHSH en situación de extrema vulnerabilidad.
- Guerras, J. M., Hoyos, J., Agustí, C., Casabona, J., Sordo, L., Pulido, J., ... & Belza, M. J. (2020). Consumo de drogas en contexto sexual entre hombres que tienen sexo con hombres residentes en España Substance use in Sexual Context among Spanish Resident Men who have Sex with Men.
- Halkitis, P. N., & Singer, S. N. (2018). Chemsex and mental health as part of syndemic in gay and bisexual men. *International Journal of Drug Policy*, 55, 180-182. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.002>
- Jaspal, R. (2018). *Enhancing sexual health, self-identity and wellbeing among men who have sex with men: A guide for practitioners*. Jessica Kingsley Publishers.
- Lloyd, S., & Operario, D. (2012). HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, 24(3), 228-241. <https://doi.org/10.1521/aeap.2012.24.3.228>
- Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 63, 74-89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>
- McCall, H., Adams, N., Mason, D., & Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *Bmj*, 351. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h5790>
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Ocón, R. S. (2017). El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual.
- Ocón, R. S., Egozcue, M. J. B., Ramos, J. C., & Segal, H. D. (2020). ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DEL USUARIO CON PRÁCTICAS DE CHEMSEX.
- Plöderl, M., & Fartacek, R. (2009). Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians. *Archives of sexual behavior*, 38, 400-410. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9244->
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., ... & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*, 6(7), e011453. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453>
- Santoro, P., Rodríguez, R., Morales, P., Morano, A., & Morán, M. (2020). 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. *International Journal of Drug Policy*, 82, 102790. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102790>
- Serena, F. (2020) Uso de drogas en contextos sexuales: una aproximación al chemsex. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(7), 35-65.
- Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The lancet*, 389(10072), 941-950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
- Soria, M. L. (2021). Aspectos toxicológicos del chemsex. *Revista Española de Medicina Legal*, 47(2), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.013>
- Soriano, R. (2020). Publicación del documento técnico: Abordaje del fenómeno del chemsex; una propuesta desde el Plan Nacional sobre el Sida. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 8(21), 48-58.
- Stop Sida (2021) Estudio HOMOSALUD: Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GHBHSH) de España.
- Tan, R. K. J., Wong, C. M., Mark, I., Chen, C., Chan, Y. Y., Ibrahim, M. A. B., ... & Choong, B. C. H. (2018). Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: A qualitative study. *International Journal of Drug Policy*, 61, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.10.002>
- Tracy, D. K., Wood, D. M., & Baumeister, D. (2017). Novel psychoactive substances: types, mechanisms of action, and effects. *Bmj*, 356. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6848>
- Valencia, J., Gutiérrez, J., Troya, J., González-Baeza, A., Dolengevich, H., Cuevas, G., & Ryan, P. (2018). Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: datos desde un screening comunitario de VIH. *Revista Multidisciplinar del sida*, 6(13), 7-19.
- Zou, H., & Fan, S. (2017). Characteristics of men who have sex with men who use smartphone geosocial networking applications and implications for HIV interventions: a systematic review and meta-analysis. *Archives of sexual behavior*, 46, 885-894. doi:<http://10.1007/s10508-016-0709-3>

ANEXOS

Anexo 1: Listado de tablas

Tabla 1: Consumo de alcohol y otras drogas en los últimos 12 meses

Tipo de drogas	Porcentaje
Alcohol	91,9%
Tabaco	48,9%
Nitrito (“popper”)	34,9%
Cannabis	25,8%
Viagra o similares	20,4%
Sedantes/Tranquilizantes	20,4%
Cocaína	15,5%
MDMA	12%
Éxtasis	10,5%
GHB/HBL	8,7%
Speed	8,1%
Mefedrona	5,7%
Ketamina	5,6%
Metanfetamina	5,4%
Cannabinoides sintéticos	3,1%
LSD	1,5%

Fuente: Elaborada a partir de la encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS, 2017).

Tabla 2: Relación entre sustancias, formas de presentación, vías de consumo, efectos esperados y complicaciones

Tipo de sustancia	Formas de presentación	Vías de consumo	Efectos esperados	Complicaciones
Mefedrona y otras catinonas sintéticas (estimulante)	Polvo, cristales, comprimidos o cápsulas	Oral, esnifada, rectal, intramuscular, intravenosa o subcutánea	Euforia, excitabilidad, incremento del nivel de alerta, energía y deseo sexual, excitación y sentimientos de empatía o de cercanía	Sintomatología adrenérgica: taquicardia o hipertensión; complicaciones a nivel sistémico: dificultad respiratoria, fallo hepático y renal o incluso la muerte; psicopatología grave: alteraciones del ánimo o conducta suicida; y síndrome de abstinencia e incapacidad para controlar el consumo
GHB/GBL (depresora)	Líquido transparente, inodoro y con un gusto levemente	Oral (goteros, pipetas o jeringas)	Dosis bajas: euforia, desinhibición, efecto ansiolítico, aumento del deseo sexual, alteración de las	Sobredosis, intoxicación con pérdida de conciencia, convulsiones, vómitos con riesgo de broncoaspiración, hipotermia, coma,

Tipo de sustancia	Formas de presentación	Vías de consumo	Efectos esperados	Complicaciones
	salado; comprimidos		percepciones visuales o táctiles, intensificación del orgasmo y aumento de la complicitad con la pareja. Dosis altas: somnolencia y pérdida de control motor	depresión respiratoria o muerte. Riesgo de sufrir abusos sexuales por pérdida del control motor. Síndrome de abstinencia grave, alto potencial adictivo.
Metanfetamina (estimulante)	Cristales transparentes, polvo y comprimidos	Pulmonar o fumada (pipas de cristal), oral en comprimidos o diluida en agua, intranasal o esnifada, intravenosa e intrarectal	Bienestar, excitación prolongada, aumento de la autoconfianza, euforia, energía y disminución del sueño y del apetito. Deseo sexual, desinhibición, reducción del dolor y retraso de la eyaculación	Efectos adrenérgicos como hipertensión, arritmia o infartos de miocardio; bronquitis e hipertensión pulmonar; ansiedad, inquietud, comportamientos compulsivos, insomnio o delirios paranoides; síndrome de abstinencia con sintomatología psicótica o depresión; alteraciones en la morfología cerebral
Ketamina (depresora)	Líquida, deshidratada en forma de polvos o microcristales	Oral, intranasal, intrapulmonar, intravenosa, subcutánea, intramuscular, intratecal e intrarectal	Estimulación, desinhibición e incremento del deseo sexual. Euforia, embriaguez o alteraciones en la percepción corporal, temporal y espacial. Efecto psicodélico, alucinaciones o disociación. Efecto anestésico, por lo que facilita ciertas prácticas sexuales	Náuseas, confusión, cefaleas o desorientación; taquicardias, hipertensión o broncodilatación; pérdida de coordinación motora y ataxia, riesgo de caídas, inmovilización, espasmos o convulsiones; daño hepático, a nivel renal y uretral; pérdida de la capacidad atencional o déficits en la fluencia y aprendizaje verbal, distorsiones perceptivas o consumo compulsivo
Nitritos de alquilo (poppers) (depresora)	Envases de colores distintos volúmenes	Inhalada	Euforia, calor generalizado, aumento de la capacidad de socialización y empatía; incremento del deseo sexual, excitación, aumento de las sensaciones	Cefalea, dificultades respiratorias, hipotensión, ataxia o irritación de las vías aéreas; pérdidas de visión temporales e irreversibles; complicaciones hematológicas, hipoxia y anemia hemolítica

Tipo de sustancia	Formas de presentación	Vías de consumo	Efectos esperados	Complicaciones
			táctiles, intensificación y prolongación del orgasmo y facilitación de la penetración anal debido a la relajación del músculo	
Cocaína (estimulante)	Polvo blanco, piedras o diluida	Intranasal o esnifada, pulmonar o fumada, oral e intravenosa	Taquicardia, hipertensión, temblores, sudoración y aumento de la temperatura corporal; euforia, incremento de la energía, intensificación de las sensaciones, mejora de la autoestima y reducción del sueño o del apetito	Accidentes isquémicos; dependencia, trastornos afectivos como la ansiedad o la depresión, trastornos psicóticos y alteraciones de la conducta
MDMA (estimulante y alucinógeno)	Pastillas, comprimidos o microcristales	Oral e intranasal o esnifada	Aumento de la sensación de empatía, acercamiento y sensualidad con los demás, euforia, incremento de la energía y de las percepciones sensoriales.	Náuseas, vómitos, insomnio, hiporexia, deshidratación, hipertensión arterial, shock cardiovascular, convulsiones o insuficiencia renal; ansiedad, alucinaciones, inquietud, síntomas psicóticos, abatimiento, cansancio o pensamientos negativos; neurotoxicidad y patrón de abuso
Cloruro de etilo (depresor)	Medicamento en forma de spray	Inhalada	Excitación sexual, incremento duración del orgasmo, euforia	Náuseas, vómitos, somnolencia, dificultades en la comunicación, apatía, agresividad, uso compulsivo o muerte por asfixia
2CB (estimulante y alucinógeno)	Polvo, cápsulas o tabletas	Oral e intranasal o esnifada	Alteraciones de la sensopercepción, euforia, incremento de la sociabilidad y locuacidad	Estados psicóticos o encefalopatía

Nota: muchas de las sustancias descritas se combinan con fármacos como la viagra u otros medicamentos para reducir la disfunción eréctil.

Fuente: Elaborada a partir del documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de Chemsex (Ocón et al., 2020).

Anexo 2: Instrumento

Datos sociodemográficos	
Género	Edad

Preguntas del cuestionario	Opciones de respuesta
1. ¿A qué edad consumiste drogas durante el sexo por primera vez?	Menos de 20 años; de los 21 a los 25 años; de los 26 a los 30 años; de los 31 a los 35 años; de los 36 a los 40 años; más de 40 años.
2. ¿Cuánto tiempo llevas consumiendo en relación a esta práctica?	Menos de 1 año; 1 año; 2 años; 3 años; 4 años; 5 años; más de 5 años.
3. Frecuencia con la que realizas prácticas sexuales bajo la influencia de drogas.	Cada día; varias veces a la semana; una vez a la semana; varias veces al mes; una vez al mes; varias veces al año; pocas veces al año.
4. ¿Qué te motiva a consumir drogas para tener sexo?	Aumentar la libido, excitarme; potenciar el placer; intensificar las sensaciones; desinhibirme sexualmente; reducir la molestia que producen ciertas prácticas sexuales; conseguir energía, no cansarme y que mi cuerpo pueda aguantar; prolongar la duración de las relaciones sexuales; despejarme, olvidarme de los problemas y preocupaciones; que la eyaculación sea más intensa, dure más o sea más gratificante; otra.
5. ¿Qué drogas has consumido durante estas prácticas?	Nitritos (poppers); Viagra, Cialis, Levitra u otros similares; cannabis (marihuana, hachís); cocaína; éxtasis, MDMA; metanfetamina; mefedrona; GBH/GHL; ketamina; anfetamina; LSD; heroína; crack; otra.
6. ¿Cómo valorarías tu gasto en la compra de drogas?	Ninguno, me invitaban; escaso o ninguno, no gasté dinero pero ofrecía algo a cambio; escaso; controlado; ligeramente excesivo; alto; excesivo, gasté dinero que no tenía.
7. ¿En qué lugar se realizaba el consumo?	Mi casa; casa de otro(s); clubs; saunas; locales privados donde se organizan fiestas u orgías; zonas de cruising; hoteles; otra.

Preguntas del cuestionario	Opciones de respuesta
8. ¿Tomas algo para dormir después de consumir drogas para tener sexo?	No tomo nada, me duermo fácilmente; no tomo nada, aunque me cueste dormir; tomo ansiolíticos; tomo medicamentos para el sueño; fumo marihuana; tomo infusiones para el sueño; otra.
9. ¿Cuántos días tardas en recuperarte física y/o mentalmente después de haber consumido drogas para mantener sexo?	No me afecta física o mentalmente; menos de un día; un día; dos días; tres días; entre cuatro y cinco días; entre seis y siete días; más de una semana.
10. ¿Cuál es tu estado físico los días posteriores a haber consumido drogas para tener sexo?	Mi estado físico se mantiene igual; los primeros días mi estado físico se mantiene igual pero después cambia; me encuentro mejor físicamente; los primeros días me encuentro mejor físicamente pero después cambia; cansado; sin energía ni fuerza física; somnoliento; dolorido; otra.
11. ¿Cuál es tu estado psicológico los días posteriores a haber consumido drogas para tener sexo?	Mi estado psicológico se mantiene igual; los primeros días mi estado psicológico se mantiene igual pero después cambia; me encuentro mejor psicológicamente; los primeros días me encuentro mejor psicológicamente pero después cambia; triste; sensible; apático, desganado; introvertido; sin apetito sexual; irritable, malhumorado; paranoico; vulnerable; otra.
12. ¿Estás preocupado por tu consumo de drogas para tener sexo?	Sí; no; no estoy seguro.
13. En caso de manifestar preocupación ¿Qué crees que la causa?	No tengo preocupaciones; las consecuencias dañinas que pueda tener para mi salud; perder el control sobre el consumo; los problemas que estoy teniendo debido al consumo; la incapacidad para tener sexo si no es bajo el consumo de drogas; la posible adicción a alguna droga; lo que pueda pasar si mi entorno se entera de que consumo; los problemas de salud derivados del consumo; que el consumo se vuelva habitual, más allá del sexo; mi entorno considera que tengo un problema respecto al consumo; que el consumo se continúe prologando a lo largo de los años; lo que he escuchado que le ha pasado a otras personas por consumir; los gastos económicos que supone consumir; otra.

Pregunta abierta

14. Partiendo de tu experiencia ¿Qué recomendaciones darías a personas que desean iniciarse en esta práctica sexual para poder prevenir dificultades de salud, emocionales, relacionales, etc.?
