

BARRERAS, OPORTUNIDADES Y PERSPECTIVA DE DERECHOS EN EL TRABAJO CON PERSONAS LGTBIQ+ Y DROGAS: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DESDE LOS SERVICIOS



Financiado por:



Financiado por:



ASOCIACIÓN
DIANOVA ESPAÑA

28028 Madrid
Tel.: +34 91 468 87 65
Fax: +34 91 468 87 87
dianova@dianova.es

Edición

Asociación Dianova España
Gibet Ramon

Ilustración de portada: Istock photo
(ID de la ilustración:1221240434)

Asociación Dianova España
no comparte necesariamente las
opiniones expresadas en los artículos
publicados. Los únicos responsables
son sus propios autores/as.

dianova | 

ÍNDICE

ABORDAJE COMUNITARIO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A USUARIOS DE CHEMSEX: BUENAS PRÁCTICAS.

Rubén Mora Mesquida, Luis Villegas Negró,
Pablo Casero Fernández, Gerard Funés Martín 4

HORMONAS, VIH, CONSUMO DE SUSTANCIAS E INTERACCIONES: TRABAJADORAS SEXUALES TRANS.

Mercè Meroño Salvador, Carmen Joa Peralbo Bruno 20

EL ABORDAJE DEL CHEMSEX DESDE SERVICIOS Y PROGRAMAS DE LA ASOCIACIÓN BIENESTAR Y DESARROLLO (ABD).

Aldana Menéndez Ramirez, Jordi Garcia Rodríguez, Laura Moreno Rozas 38

APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN UN CASO DE CHEMSEX.

Alejandro Rivero Pérez 55

ABORDAJE
COMUNITARIO
PARA LA ATENCIÓN
INTEGRAL A
USUARIOS DE
CHEMSEX: BUENAS
PRÁCTICAS.

*COMMUNITY
APPROACH TO
COMPREHENSIVE
CARE FOR CHEMSEX
USERS: GOOD
PRACTICES.*

Pablo Casero Fernández

Psicólogo psicoterapeuta, especializado en colectivo LGTBI+ y adicciones. Coordinador del área psicológica del Servicio Chemsex Support en Stop Sida.

Luis Villegas Negró

Trabajador social, coordinador de la comisión de voluntariado de usuarios y ex usuarios de chemsex y coordinador del Servicio de ChemSex Support. Co-gerente de la Asociación Stop Sida.

Rubén Mora Mesquida

Psicólogo del servicio ChemSex Support de Stop Sida desde el año 2015. Participante en diversas investigaciones relativas al chemsex y publicación de artículos. Co-gerente de la Asociación Stop Sida.

Gerard Funés Martín

Voluntario de las comisiones ChemSex Support y ProtegerSex (Trabajadorxs Sexuales) de Stop desde 2020. Secretario de la entidad de 2020 a 2023. Actualmente forma parte del equipo técnico en los proyectos de digitalización y de acompañamiento a la participación comunitaria del voluntariado.

RESUMEN

El término CHEMSEX (denominación británica) es una fusión de las palabras “chems” (chemicals, en lo referente a drogas) y “sex” (referente a sexualidad). Se trata de un consumo sexualizado de sustancias vinculado a la cultura gay: definido por el Ministerio de Sanidad como un “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres”. Este artículo presenta la metodología del servicio ChemSex Support, iniciativa impulsada por la organización Stop Sida que tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades específicas del colectivo de personas que practican Chemsex. El servicio se establece como una respuesta comunitaria e integrada a un fenómeno complejo, que requiere un abordaje combinado desde las áreas de la salud sexual y de las adicciones, ya que muchas de las personas que practican chemsex no se vinculan ni acceden a la Red de Atención a las Drogodependencias (RAD). Con una demanda cada vez más creciente, ello perfila una necesidad que requiere de ser atendida colocando al usuario en el centro de las intervenciones.

PALABRAS CLAVE

Chemsex, gais, bisexuales, hombres que tienen sexo con hombres, adicciones.

ABSTRACT

The term CHEMSEX (British denomination) is a fusion of the words “chems” (referring to drugs) and “sex” (referring to sexuality). It refers to a sexualized consumption of substances linked to gay culture: defined by the Ministry of Health as the “intentional use of drugs to engage in sexual activity for a prolonged period of time among gay men, bisexuals, and other men who have sex with men.” This article presents the methodology of the ChemSex Support service, an initiative driven by the organization Stop Sida, which aims to meet the specific needs of the community of individuals who practice Chemsex. The service is established as a community-based and integrated response to a complex phenomenon, which requires a combined approach from the areas of sexual health and addiction, as many people who engage in chemsex do not engage with or have access to the Drug Addiction Care Network (RAD). With an increasingly growing demand, this outlines a need that requires attention, placing the user at the center of interventions.

KEY WORDS

Chemsex, gay, bisexual, men who have sex with men, addictions.

Introducción y análisis de la situación

El término CHEMSEX (denominación británica) es una fusión de las palabras “chems” (chemicals, en lo referente a drogas) y “sex” (referente a sexualidad). Se trata de un consumo sexualizado de sustancias vinculado a la cultura gay: definido por el Ministerio de Sanidad como un “uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres” A menudo, durante las sesiones de Chemsex se pueden involucrar múltiples parejas sexuales, una a una, en formato de tríos o sexo en grupo. Pero también se practica en solitario, visionando o no material pornográfico, o interaccionando online con otros usuarios, por ejemplo, a través de webcams. Es un fenómeno principalmente urbano y minoritario, que se practica principalmente entre hombres gais, bisexuales y otros que tienen sexo con hombres (HSH).

En general, los consumidores de drogas con fines sexuales tienen una mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo y un perfil diferente al de las personas que usan drogas por vía inyectada fuera del contexto sexual y que acceden a los centros de reducción de daños (Folch et al., 2015). Para dar respuesta a las necesidades que expresaban los usuarios de Stop Sida que practicaban chemsex, la entidad orientó algunos de sus recursos a evaluar más en profundidad la situación, en particular a través de su área de investigación. En concreto, se llevaron a cabo varios estudios para poder valorar el impacto y las particularidades del consumo

de drogas recreativas y el chemsex a nivel local y estatal (Fernández-Dávila, 2016 y 2017; Folch et al., 2015).

Ante la falta de una respuesta adaptada a las necesidades de los usuarios de chemsex, Stop Sida decidió abrir el servicio «ChemSex Support», desarrollado y mantenido casi exclusivamente con fondos propios, en sus inicios. Este servicio se centra en las necesidades psicosociales que puedan tener los usuarios, ofreciendo atención integral personalizada, de forma confidencial y gratuita, y facilitando la vinculación a la Red de Atención a las Drogodependencias (RAD).

Muchos usuarios de chemsex que habían pasado anteriormente por dispositivos de atención terapéutica grupales e individuales manifestaban que se habían sentido muy distintos y poco identificados con el resto de los integrantes de grupos terapéuticos, ya sea por sus situaciones vitales (personas sin hogar, de contextos socioeconómicos muy distintos, etc.) o por el tipo de sustancia que abordaban (cocaína, heroína, alcohol, cannabis o benzodiazepinas). Además, los dispositivos con los que se habían encontrado solían tener enfoques clásicos en drogadicciones, que no les permitían abordar en profundidad sus dificultades con la práctica del chemsex: enfoques coercitivos, religiosos, biologicistas y cognitivo-conductuales, centrados en el síntoma y no en la persona que dejaban de lado todos los componentes socioculturales y sexuales que sustentan la dificultad en la gestión del chemsex, entre otros aspectos.

Metodología del servicio ChemSex Support de Stop Sida

La atención a usuarios de chemsex en el servicio ChemSex Support se basa en las siguientes premisas generales, que quedaron recogidas en el documento técnico “Abordaje del fenómeno del chemsex” publicado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida:

- Enfoque basado en el usuario y atención integral centrada en la persona y no solo en el uso de drogas, teniendo en cuenta aspectos como la identidad/orientación sexual, perspectiva de género, vivencia del VIH, trabajo sexual, sexilio o proceso migratorio y otros condicionantes culturales. Asimismo, la atención se da en un espacio seguro y confidencial donde la persona no sea objeto de juicios morales, discriminación y estigmatización.
- Plan terapéutico personalizado, incluyendo tanto enfoques basados en la abstinencia, como en la reducción de riesgos y daños. Se realiza además un abordaje de la sexualidad y su vivencia, fundamental para el cambio terapéutico.
- Abordaje interdisciplinar, con estrecha colaboración institucional y coordinación entre los diferentes profesionales y servicios implicados, tanto públicos como comunitarios.

El enfoque basado en el usuario constituye el eje del servicio ChemSex Support, que parte de las necesidades

percibidas por el usuario, tomando en consideración cuáles son sus prioridades y motivaciones, ya que esto facilita su disposición e implicación en la intervención. Se exploran las estrategias que el usuario ya está adoptando (o que conoce y aún no ha puesto en práctica), y se indaga sobre qué resultados ha tenido. Así disponemos de más información sobre los recursos de los que dispone la persona, sobre los que construir estrategias preventivas y de cuidado personalizadas. Es fundamental explorar la aceptabilidad de las diferentes propuestas y su percepción sobre la probabilidad de llevarlas a cabo con éxito. Por tanto, es un proceso participativo e implica un seguimiento de la eficacia y la utilidad de las estrategias acordadas.

El servicio garantiza la diversidad de enfoques de abordaje, incluyendo el de reducción de riesgos y daños, y mejora la oferta de atención en el horario de tarde, adaptando sus horarios para facilitar su accesibilidad a los usuarios de chemsex.

Se da a conocer a través de diferentes campañas realizadas por Stop Sida (*Recursos Chemsex* - chemsex.info) y difundidas en las redes sociales de la entidad, a través de las intervenciones entre pares del equipo de voluntariado de ChemSex Support, en el “Foro Estatal de Chemsex” y en las jornadas estatales anuales sobre chemsex realizadas por Stop Sida y mediante la web *ChemSex Support* - chemsex.info. También en recursos ofrecidos por plataformas de ONG a las que pertenecemos y recursos municipales.

A continuación, se detallan las distintas actividades que ofrece el servicio Chemsex Support: 1. Atención psicológica; 2. Atención social; 3. Abordaje de la

vivencia del VIH; 3. Atención sexológica y 4. Inserción sociolaboral.

Actividad 1: servicio de atención psicológica presencial y/o a través de videoconferencia para usuarios de chemsex.

Stop Sida ofrece un servicio a través de videoconferencia para la atención psicológica y soporte de Gais, Bisexuales y Hombres que tienen sexo con Hombres (GBHSH) que practican chemsex. Stop Sida ha estado ofreciendo este servicio de forma presencial en Barcelona desde el año 2015, apoyado en un equipo de psicólogos y un trabajador social que forman parte de la comunidad gay, familiarizados con los contextos y significados del consumo y su finalidad sexual, ampliando ese mismo año la atención a usuarios de chemsex del resto del Estado de forma virtual, y más recientemente la atención presencial en Sevilla. Un equipo de psicólogos ofrece apoyo, orientación y terapia, tanto individual como grupal, en función de las necesidades detectadas y los objetivos marcados, así como ofrece información para la reducción de riesgos en la práctica del chemsex, facilitando actitudes de autocuidado.

En aquellos casos de atención presencial en los que el profesional valora la necesidad de una atención médica/psiquiátrica el psicólogo se coordina con el servicio de atención social para un acompañamiento y seguimiento a la unidad de adicciones y/o la derivación a servicios hospitalarios de psiquiatría, tanto en Sevilla como en Barcelona.

La duración de las sesiones de terapia individual es de una hora, mientras que la duración de las sesiones de terapia

grupal es de 90 minutos.

En cada caso, se les informa de su compromiso con el proceso terapéutico, y se establece una estrategia centrada en la persona y en función de sus necesidades. Se promueve la autonomía de la persona y la toma de decisiones informadas, de acuerdo con la filosofía de la entidad, en lo referente a la gestión del consumo y de su sexualidad. El número de sesiones en terapia individual y grupal depende de las necesidades de las personas.

El enfoque terapéutico trabaja desde una aproximación de reducción de daños y riesgos, por lo que no se requiere la supresión del consumo por parte del usuario como requisito para el acceso al servicio.

En el abordaje terapéutico, se concede importancia a los aspectos emocionales asociados al chemsex y a la vivencia de la sexualidad, ambos cruciales para entender qué función cumple el consumo para la persona. En este campo es donde el trabajo comunitario entre iguales ofrece más oportunidades terapéuticas. Desde este abordaje, se trabajan estrategias para un mayor autoconocimiento y comprensión de su funcionamiento y una mejor gestión emocional y conductual. Entre las áreas exploradas y abordadas en la psicoterapia se incluyen: consumo de sustancias, vivencia de la sexualidad, relaciones sociales, proyecto vital, relación de pareja, área laboral, autoconocimiento y seguimiento de los cambios realizados.

Terapias grupales:

Los pacientes pueden tener vivencias de homofobia, que podrían

dificultarles hablar de su sexualidad en un grupo heterogéneo. Además, consideramos importante que los terapeutas sean pares (hombres gays) porque facilita que tengan las competencias culturales para entender y contextualizar los relatos y vivencias de los pacientes. Por otro lado, el tipo de sustancias y el uso que hacen de ellas es muy particular y exclusivo de su grupo de referencia.

El hecho de que la atención grupal se encuadre en una entidad de base comunitaria puede reforzar sentimientos de pertenencia, tan deficitarios en estos pacientes y tan central en su sintomatología.

El equipo de psicólogos realiza mensualmente sesiones de coordinación con el resto del equipo multidisciplinar de atención al chemsex y sesiones clínicas mensuales para el seguimiento terapéutico de los usuarios, y el abordaje de posibles dificultades en sus procesos.

También se realizan mensualmente sesiones de supervisión de casos clínicos con un psiquiatra especializado en "grupoanálisis" y adicciones; esta técnica se centra en la interpretación de las relaciones interpersonales en el «aquí y ahora» a través de la «libre discusión flotante».

Características de la conducción de los grupos terapéuticos:

- Presencia observadora participante.
- Directividad más bien baja. Es la dinámica grupal la que ejerce el poder terapéutico.

- Discurso flotante: no hay un tema prefijado para cada sesión, son los integrantes del grupo los responsables de traer los temas.
- No centrado en el síntoma del consumo, sí en la función de ese síntoma y en los aspectos vinculares subyacentes.
- Los comentarios del equipo buscan capacitar a los miembros para comprender y asimilar lo que sucede en las interacciones del grupo en el "aquí y ahora". De esta manera se fomenta la comprensión de cómo se presentan, del impacto que tienen sobre los demás, y por ende su sentimiento de valía personal.
- Se da indicaciones al resto de terapeutas derivadores de que, al volver a sus procesos individuales, es probable que los pacientes traigan material que ha emergido en el grupo. Es deseable que el terapeuta les invite a traer de vuelta al grupo aquello que incumba al grupo.

Hacer esto permite seguir trabajando la angustia en el contexto relacional en el que emergió y no evitarla (estrategia, la de la evitación, que suele ser una de las funciones del consumo).

Los psicólogos están integrados en el equipo técnico multidisciplinar del Servicio ChemSex Support junto con el resto de profesionales y desde donde en reuniones mensuales se coordinan las diferentes acciones dirigidas a usuarios de chemsex.

Actividad 2: Atención social a usuarios de chemsex.

Se ofrece, de manera presencial y virtual, un servicio de atención social a Gays, Bisexuales y Hombres que tienen sexo con Hombres (GBHSH) que practican chemsex. Cuando las personas contactan con Stop Sida manifestando interés en recibir una atención específica y adaptada para el abordaje del chemsex, se concierta con ellos una cita para una entrevista de acogida, realizada por un trabajador social y en la cual se recoge información relevante del perfil y conducta de la persona en relación al sexo y las sustancias, y se le ofrece información sobre las opciones existentes para dar respuesta a sus necesidades.

El trabajador social realiza un estudio de caso con cada uno de ellos. A partir de aquí se establecen varias etapas:

1. Abordaje de las áreas afectadas por el consumo y realización de informes sobre las necesidades bio-psico-sociales y su perfil de consumo. En esta primera cita se realiza una entrevista en la que se abordan con el usuario los siguientes aspectos:
 - a. Identificar el perfil social de los usuarios: red familiar, situación laboral, vivienda, red social, status legal, cobertura sanitaria, nivel educativo, cobertura de necesidades básicas, etc. Se hace una derivación a la atención social o a otros servicios de Stop Sida, en función de sus necesidades.
 - b. Identificar el perfil de consumo: tipo de sustancias que se consumen, periodicidad de consumo, contexto de consumo, impacto económico, etc.
 - c. Determinar si existe o existió en el pasado vinculación con algún centro o recurso de la Red de Atención a las Drogodependencias (RAD). En caso de haber existido, explorar el motivo de la desvinculación.
 - d. Si el usuario ejerce el trabajo sexual se ofrece y realiza una identificación de necesidades en este ámbito para su derivación al programa de atención a hombres que ejercen el trabajo sexual ("ProtegerSex") de Stop Sida, donde se podrá abordar de forma específica y en coordinación con el técnico de este programa los recursos más adecuados según la demanda del usuario.
 - e. Una vez identificadas las necesidades del usuario se hace un acompañamiento en la toma de decisiones sobre los recursos más adecuados de acuerdo a su demanda (atención social, RAD, atención psicológica, etc).
 - f. Para recoger la información descrita se utiliza un cuestionario de entrevista semiestructurada que se rellena una vez ha acabado la entrevista. Con esta información el trabajador social realiza el informe pertinente.

La información recogida en estas entrevistas se introduce en una base de datos creada y gestionada por el Centro de estudios epidemiológicos de VIH/ITS de Cataluña (CEEISCAT), con fines de investigación y de adaptación de las intervenciones y los servicios a las necesidades detectadas. Esta base de datos permite la extracción de variables de forma cruzada, para facilitar el análisis de posibles variables clave en el fenómeno del chemsex. El formulario de entrevista semiestructurada es accesible en el siguiente enlace:

https://chemsex.info/wp-content/uploads/2017/05/Acogida-ChemSexSupport_NUEVO.pdf

2. Derivación y seguimiento. Una vez identificadas las necesidades, se hace un acompañamiento en la toma de decisiones sobre los recursos más adecuados según su demanda (atención social, red de atención a las drogodependencias –RAD-, atención psicológica individual o grupal o psiquiátrica, etc.).
3. Si solicita atención psicológica en el servicio, el trabajador social asigna entonces un psicólogo al usuario y le informa a éste sobre las necesidades identificadas y otros aspectos relevantes para su abordaje terapéutico. El trabajador social permanece en disposición de atender al usuario/a en el caso de que realice algún otro tipo de demanda durante el proceso terapéutico.

Los voluntarios expertos en reducción de daños en consumo de drogas ofrecen información, orientación, derivación y acompañamiento sobre el consumo de drogas y la reducción de riesgos, haciendo un seguimiento periódico. También acompañan procesos precontemplativos de motivación para el cambio y revisión de objetivos marcados por los usuarios, para la identificación de áreas problemáticas.

En la atención social se realizan, entre otras, las siguientes acciones:

- a. Derivaciones a centros o recursos de la RAD, con aquellos usuarios motivados a iniciar una vinculación con dichos centros de atención y que lo manifiestan como demanda.
- b. Recoger las demandas específicas de los usuarios que permitieran mejorar la vinculación de estos con la RAD, favoreciendo su permanencia y el inicio y mantenimiento del tratamiento necesario.
- c. Información y gestión de la tarjeta sanitaria y empadronamiento.
- d. Derivación a otros servicios socio-sanitarios: pisos de acogida gestionados por otras entidades, recursos de inserción socio-laboral, y otros.
- e. Punto de intercambio de kits de inyección en el caso de usuarios que practican “slamming” (consumo inyectado).

Los trabajadores sociales están integrados en el equipo del Servicio ChemSex Support donde se coordinan las diferentes acciones dirigidas a usuarios de chemsex. Además, tienen reuniones semanales con los psicólogos para la derivación y seguimiento de casos.

Actividad 3: Abordaje de la vivencia del VIH.

Dada la alta prevalencia de infección por VIH entre los usuarios de chemsex, una psicóloga integrada en el equipo del servicio ChemSex Support ofrece sesiones de atención individual para el abordaje de la vivencia del VIH en aquellos usuarios de chemsex que identifican una relación significativa entre su relación emocional con el VIH y la práctica del chemsex. Se coordina con el equipo de psicólogos en reuniones mensuales, facilitando un abordaje y acompañamiento más integral.

El servicio de atención psicosocial a usuarios de chemsex también ofrece la posibilidad de realizar intervenciones para la salud sexual de dichos usuarios. Permite ofrecer asesoramiento para el cuidado de la salud sexual y la reducción de daños, promover la vacunación de las hepatitis A y B, realizar la prueba rápida del VIH, sífilis y hepatitis C y facilitar la derivación a los recursos sanitarios más adecuados en función del resultado de estas pruebas, así como facilitar el intercambio de kits de inyección a aquellas personas que las utilizan en el slam (especialmente cuando se realiza entre pares y en los espacios públicos y privados en los que se practica el chemsex).

Actividad 4: Atención sexológica.

Dado que la sexualidad es un aspecto central en el fenómeno del chemsex, desde inicios de 2023 se ha incorporado al equipo la figura de un sexólogo, que realiza intervenciones con los usuarios de chemsex para abordar aquellos factores que les pueda alejar de una vivencia más satisfactoria de su sexualidad y del sexo sobrio.

Los aspectos a trabajar son variados y se establecen de acuerdo a las demandas de los usuarios. Entre estos, se incluyen la gestión del placer y del deseo, la vivencia de la orientación e identidad, el abordaje de la homofobia interiorizada, el consentimiento, la reconexión con la corporalidad, los límites y la comunicación para la negociación del sexo, así como la intervención en conductas sexuales compulsivas (pornografía, aplicaciones, ...)

El número y frecuencia de las sesiones se determina en función de la necesidad de la persona, realizando un acompañamiento y seguimiento de casos, en coordinación con el resto del equipo interdisciplinar del servicio ChemSex Support.

Actividad 5: Inserción socio-laboral de los usuarios de chemsex.

Una de las principales áreas afectadas por el consumo problemático en relación al chemsex tiene que ver con la pérdida de empleo. Existen pocos recursos, tanto públicos como privados, que faciliten la inserción sociolaboral de este colectivo y que atiendan sus necesidades específicas. Stop Sida ofrece un servicio para mejorar su empleabilidad de manera que puedan

acceder en condiciones de igualdad al mercado laboral.

Se diseñan intervenciones personalizadas en función de las necesidades del usuario para favorecer su empoderamiento, de forma que puedan tomar decisiones fundamentadas que afecten su inserción sociolaboral y aumenten su autonomía, y por tanto su empleabilidad. Así, se trabaja la adquisición o mejora de conocimientos alrededor del mercado de trabajo, el autoconocimiento, la realización del proyecto profesional, las vías y herramientas para la investigación de trabajo, y las habilidades sociales necesarias tanto para la preparación de las entrevistas de trabajo como para su integración a la empresa. Asimismo, se ofrecen recursos de derivación adecuados a sus necesidades.

Para poder hacer efectiva la incorporación al mercado de trabajo de los usuarios del programa, se mantiene y consolida una bolsa de trabajo propia con empresas LGTBI+ y LGTBIfriendly. También se deriva a los usuarios a otras entidades que trabajan la inserción sociolaboral y pueden dar un servicio complementario al nuestro.

Se realizan las siguientes actividades:

1. Promoción del proyecto entre los potenciales usuarios: Cuando una persona usuaria del servicio ChemSex Support pide una asesoría sociolaboral se deriva a este servicio, donde se recoge su demanda y se hace una primera entrevista de análisis y diagnóstico de la empleabilidad, y se decide el itinerario de inserción más adecuado. También se usan canales de

difusión propios de la entidad.

2. Análisis y diagnóstico de la empleabilidad: Se realizan entrevistas iniciales presenciales y en línea, para conocer en profundidad el perfil sociolaboral del usuario y su nivel de empleabilidad:

- a. Identificación y análisis conjunto de las necesidades y de los intereses de orientación.

- b. Realización de la historia de vida, formativa y profesional del usuario conjuntamente con la persona (Curriculum vitae).

- c. Detección de posibles dificultades ante la inserción: desconocimiento del mercado laboral actual y recursos disponibles, carencia de formación, motivación, dificultades en las habilidades sociales, gestión del consumo, impacto de la práctica del chemsex, etc. Para poder hacer un buen seguimiento, la técnica de inserción está integrada en el equipo de ChemSex Support y participa en las reuniones mensuales de coordinación y seguimiento de casos.

- d. Información al usuario sobre los servicios que se ofrecen, como asesorías, talleres de inserción laboral y habilidades sociales, bolsas de trabajo, etc.

3. Realización de itinerarios personalizados con los usuarios: Una vez realizado el análisis y diagnóstico de la empleabilidad, se lleva a cabo la elaboración y diseño conjunto del

itinerario de inserción sociolaboral. Habiendo identificado las necesidades e intereses en relación al trabajo y habiéndose contrastado con las demandas y requerimientos del mercado laboral, se valorará la conveniencia de derivación a otros recursos: Programas de formación de los ayuntamientos, otras entidades con programas de formación e inserción, bolsas de trabajo, escuelas de adultos, etc.

4. Seguimiento y apoyo del itinerario diseñado:

En las entrevistas de seguimiento se realizan las siguientes acciones:

- Explorar el grado de cumplimiento del itinerario creado conjuntamente y valorar la motivación y el nivel de satisfacción con este itinerario (dificultades, resistencias, ...)
- Evaluar y revisar el itinerario conjuntamente.

Dependiendo de las necesidades detectadas, se facilita la participación del usuario en talleres formativos presenciales y en línea de inserción laboral realizados por nuestra entidad (conocimiento del mercado de trabajo, autoconocimiento, alternativas a la contratación por cuenta ajena -cooperativas y emprendimiento social-, realización del proyecto profesional, vías y herramientas para la investigación de trabajo, preparación de entrevistas de trabajo ...)

5. Prospección de empresas.

6. Gestión de bolsa de trabajo: espacio en la web de nuestra entidad, en la cual las personas usuarias del servicio pueden consultar las ofertas de nuestra bolsa de trabajo y se pueden inscribir a las que sean de su interés. Esta tarea tiene el objetivo de aumentar la implicación de las personas usuarias del servicio y su rol activo en el proyecto.

Indicadores de evaluación utilizados.

A continuación, se detallan algunos de los indicadores de evaluación que se emplean en el servicio Chemsex Support de Stop Sida:

- Número de reuniones de coordinación del equipo de atención psicosocial (psicólogos, trabajadores sociales, sexólogos, técnicos de inserción socio-laboral).
- Nº de accesos digitales a los diferentes materiales de promoción del servicio.
- Cuestionario de evaluación de la atención recibida en el servicio, disponible en el apartado de servicios de la web de Stop Sida: OPINA SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN STOP ([google.com](https://www.google.com)).

Estos son los indicadores específicos para cada una de las actividades del servicio Chemsex Support anteriormente presentadas:

Actividad 1: Servicio de atención psicológica de forma presencial y a través de videoconferencia para usuarios de chemsex.

- Número de atenciones individuales realizadas a través de videoconferencia y de forma presencial.
- Número de usuarios atendidos en atención individual.
- Número de sesiones de terapia grupal realizadas de forma virtual y presencial.
- Número de usuarios atendidos en atención grupal.
- Número de sesiones de supervisión clínica.

Actividad 2: Atención social a usuarios de chemsex.

- Número de usuarios atendidos a través de videoconferencia y de forma presencial.
- Número de entrevistas de acogida realizadas para detección de necesidades.
- Número de informes de necesidades detectadas.
- Número de sesiones de seguimiento.
- Número de tarjetas sanitarias y empadronamientos gestionados.
- Número de derivaciones a otros servicios socio-sanitarios (atención psiquiátrica, servicios sociales, centro de atención primaria, unidades de VIH del hospital de referencia, Centro de ITS, Agencia de Salud Pública de Barcelona y otros servicios de Stop Sida o de otras entidades).

- Número de kits de jeringuillas facilitados a usuarios de chemsex que practican “slamming”.

- Número de intervenciones entre pares para la información, orientación, derivación y acompañamiento sobre el consumo de drogas y la reducción de riesgos.

Actividad 3: Abordaje de la vivencia del VIH.

- Número de atenciones individuales realizadas a través de videoconferencia y de forma presencial.
- Número de usuarios atendidos.

Actividad 4: Atención sexológica.

- Número de atenciones individuales realizadas a través de videoconferencia y de forma presencial.
- Número de usuarios atendidos.

Actividad 5: Inserción socio-laboral de los usuarios de chemsex.

- Número de atenciones presenciales y virtuales realizadas en “Servicio de inserción laboral” para usuarios que han perdido la ocupación o están en riesgo de perderla a causa del chemsex y número de usuarios.
- Número de usuarios atendidos.
- Número de itinerarios personalizados realizados.
- Número de talleres formativos presenciales y en línea de inserción laboral realizados por nuestra entidad.

- Número de empresas prospectadas.
- Número de usuarios que acceden a nuestra bolsa de trabajo en la web de la entidad.

Notar que los datos de las personas que reciben atención psicológica y social se recogen a partir de los registros realizados por el trabajador social y los psicólogos integrantes del equipo de atención psicosocial a usuarios de chemsex. Se creó una base de datos específica para ello.

El coordinador del servicio recoge la información relativa a las reuniones de coordinación del equipo de atención

psicosocial.

El coordinador del área psicológica, por su parte, recoge la información relativa a las sesiones de supervisión clínica y las sesiones clínicas.

Asimismo, el técnico de comunicación de Stop Sida recoge los datos relativos al número de accesos digitales a los diferentes materiales de promoción del servicio, a través de las funciones que facilita Google Analytics y Youtube Analytics. También gestiona la información recogida en los cuestionarios de evaluación del servicio, rellenados de manera virtual (principalmente) e impresa.

Algunos de los resultados obtenidos en 2022:

Atención social a usuarios de chemsex (virtual/presencial):

- Número de entrevistas de acogidas y formularios completados: **122**
- Número de tarjetas sanitarias y/o empadronamientos gestionados: **8**
- Número de derivaciones a otros servicios sociosanitarios: **41**
- Número de kits de inyección facilitados: **139**

Atención psicológica y soporte a usuarios (virtual/presencial):

- Número de atenciones individuales realizadas: **1577**
- Número de usuarios atendidos: **142**
- Número de sesiones de terapia grupal realizadas de forma virtual: **42**
- Número de participantes en los grupos de terapia virtuales: **16**

Formación a profesionales de la red pública de atención sanitaria:

- Número de profesionales sanitarios formados: **111**
- Número de usuarios de chemsex que han participado en la formación: **4**

Promoción del servicio:

- Número de personas/entidades que han recibido información sobre el servicio en redes: **25.969**
- Número de usuarios de chemsex informados del servicio a través de las intervenciones entre pares del equipo de voluntariado: **618**
- Número de reproducciones de videos promocionales sobre el servicio ChemSex Support: **1012**

Sensibilización y prevención:

- Número de personas que han accedido a la web chemsex.info y su blog: **52.546**
- Número de reproducciones de los vídeos del programa: **12.088**
- Número de vídeos de campaña para la promoción de la salud sexual a usuarios de chemsex: **4**
- Número de guías para la promoción de la salud sexual a usuarios de chemsex: **1**

Cuidado de la salud sexual, reducción de riesgos y sensibilización contra la discriminación entre pares:

- Número de sesiones del Grupo de Ayuda Mútua (GAM) online: **16**
- Número de participantes en los grupos de ayuda mútua (GAM): **8**
- Número de atenciones virtuales: **434**
- Número de atenciones presenciales: **67**

IV Jornadas Chemsex:

- Número de ponentes: **31**
- Número de usuarios de chemsex participantes: **12**
- Número de participantes: **230**

Foro estatal de chemsex:

- Número de entidades o profesionales sanitarios inscritos: **114**

Conclusiones de la experiencia: recomendaciones y lecciones aprendidas

Este proyecto ofrece una respuesta comunitaria e integrada a un fenómeno complejo, que requiere un abordaje combinado desde las áreas de la salud sexual y de las adicciones, ya que la mayoría de las personas que usan drogas en contextos sexuales no se vinculan ni acceden a la Red de Atención a las Drogodependencias (RAD), y en general, los consumidores de drogas con fines sexuales (principalmente, mefedrona y metanfetamina) tienen una mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo y tienen un perfil diferente al de las personas que usan drogas por vía inyectada fuera del contexto sexual y que acceden a los centros de reducción de daños (Folch et al., 2015). El cumplimiento de los resultados esperados anualmente apunta a una excelente acogida del proyecto y al mantenimiento en el uso de los servicios que ofrece este proyecto, y perfila una

necesidad que necesita ser atendida colocando al usuario en el centro de las intervenciones.

Observamos que están empezando a incorporarse a las sesiones de chemsex otras diversidades sexuales (personas no binarias, mujeres trans, ...), dentro del contexto cultural y sexual descrito. Esto necesitará adaptar los dispositivos de atención a estas nuevas necesidades.

Otra línea de acción que desarrolla Stop Sida y que está teniendo un impacto muy positivo en la prevención y atención de los usuarios de chemsex es la participación comunitaria de dichos usuarios en la respuesta al fenómeno, identificando necesidades y creando e implementando estrategias adaptadas. Para ello realizan una formación como agentes de salud entre pares y se les acompaña en su empoderamiento dentro de la entidad y en espacios formativos y de toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

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. *Rev Multidisc Sida*. 4(7): 41-65. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/download/sesion-de-sexo-morbo-y-vicio-una-aproximacion-holistica-para-entender-la-aparicion-del-fenomeno-chemsex-entre-hombres-gais-bisexuales-y-otros-hombres-que-tienen-sexo-con-hombres-en-espana/#> (Consulta abril 2018).

Fernández-Dávila P. (2016). *“ChemSex in the sauna”*: an ethnographic study on the use of drugs in a gay sex venue in Barcelona. Poster presentado en el European Chemsex Forum. Londres, 6 al 8 de abril del 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301228034_ChemSex_in_the_sauna_An_ethnographic_study_on_the_use_of_drugs_in_a_gay_sex_venue_in_Barcelona (Consulta abril 2018).

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 Disponible en: <http://stopsida.org/wp-content/uploads/2017/11/Informe-estudio-cualitativo-ChemSex.pdf> (Consulta abril 2018).

Folch C., Fernández-Dávila P., Ferrer L., Soriano R., Díez M. & Casabona J. (2015) *Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. *Med Clín.*, 145: 102-107.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2021). *Chemsex: prevenció, detecció i abordatge a Catalunya: Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències*.

HORMONAS, VIH,
CONSUMO DE
SUSTANCIAS E
INTERACCIONES:
TRABAJADORAS
SEXUALES TRANS.

*HORMONES, HIV,
SUBSTANCES USE AND
INTERACTIONS: TRANS
SEX WORKERS.*

Mercè Meroño Salvador

Llicenciada en Psicologia por la U.B.. Máster en Salud Pública. Directora de programas del área de trabajo sexual y violencias machistas. Coordinadora de la web siemprevivas.org.

Carmen Joa Peralbo Bruno

Grado en Estudios socioculturales de género, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

RESUMEN

El presente artículo pretende poner el acento en la necesidad de realizar una revisión y actualización sobre las interacciones que pueden darse en los consumos combinados de tratamientos prescritos y consumos de sustancias legales e ilegales en mujeres trans trabajadoras sexuales. A través de la descripción de las sustancias más destacables y visibilizándolas, haremos también una reflexión sobre la necesidad de un modelo de intervención psicosocial que se ajuste a estas realidades.

PALABRAS CLAVE

Trabajo sexual, hormonas, drogas, antirretrovirales, interacciones, reducción de daños.

ABSTRACT

This article aims to emphasise the need for a review and update on the interactions that can occur in the combined use of prescribed treatments and the use of legal and illegal substances in transgender sex workers. By describing the most relevant substances and making them visible, we will also reflect on the need for a model of psychosocial intervention that adjusts to these realities.

KEY WORDS

Sex work, hormones, drugs, antiretrovirals, interactions, harm reduction.

1. INTRODUCCIÓN

La Fundació Àmbit Prevenció es una entidad del tercer sector. Trabajamos desde 1993 con personas en riesgo de exclusión social para dar una respuesta ajustada a las necesidades de salud que presentan a través con un abordaje integral e interdisciplinar en el acompañamiento de procesos de empoderamiento y emancipación. Todo ello se lleva a cabo desde una perspectiva transfeminista interseccional, de lucha contra las violencias machistas y desigualdades, con el objetivo de construir una mayor justicia social.

Todos los proyectos a lo largo de nuestra historia han estado basados en la reducción de riesgos y daños desde una aproximación a las situaciones de las trabajadoras sexuales, personas que consumen sustancias psicoactivas y personas con VIH. Principalmente, desde programas *outreach*¹ y servicios de atención a partir, siempre, de la creación y cuidado del vínculo y de la cercanía a un entorno donde estas personas se encuentran, siendo esto una forma crucial de poder llevar a cabo una ajustada detección de necesidades y atención a las demandas.

En este marco de intervención, observamos, a su vez, nuevos retos por lo que respecta a realizar intervenciones profesionales. En este sentido, los escasos datos que nos proporciona el conocimiento científico basados en experiencias o proyectos similares nos lleva a la constatación de las carencias profesionales que se nos presentan. Especialmente, en lo que se refiere al ámbito que nos ocupa:

mujeres trans que ejercen trabajo sexual y, a su vez, están en terapias de sustitución hormonal, consumen sustancias psicoactivas (prescritas o no/ legales o ilegales), fármacos potenciadores de la erección y toman antirretrovirales.

Por todo lo expuesto anteriormente, creemos que nos será de utilidad para poder ofrecer una atención profesional de mayor calidad conocer todo aquello que tiene que ver con las interacciones que se pueden producir entre estos tratamientos farmacológicos y el consumo de sustancias prescritas (o no) facultativamente vinculado, también, a nuestra práctica profesional más cercana: las situaciones específicas de las trabajadoras sexuales bajo un enfoque de reducción de daños. Estos contextos presentan una diferencia esencial en lo que respecta a los lugares donde se produce la prescripción médica, el tratamiento antirretroviral o de profilaxis pre-exposición (PrEP), las terapias de sustitución hormonal, o los consumos de sustancias no prescritas, psicoactivas legales o ilegales: los relatos de consumo no son vividos desde el estigma y el punitivismo. Así, se consigue abordar aspectos holísticos que en otros settings (espacios) no son del todo habituales.

En el trabajo de aproximación, de manera espontánea o bien a través de entrevistas focalizadas en conocer las diferentes realidades, existe una dificultad añadida a la hora de estudiar las interacciones entre las diferentes sustancias que las personas utilizan: hay que entender las pautas y vías de administración y la frecuencia de uso. Y no solo ello, entender cómo las sustancias

¹ "Outreach": estrategias o programas de acercamiento que actúan en medio abierto, habitualmente a través de una unidad móvil.

interaccionan parte de tener en cuenta aspectos sociales de la persona como son hábitos, conductas y emotividad y en qué contextos se llevan a cabo.

A lo largo de los años hemos observado una casuística específica que queda en desatención y a la que aquí hacemos referencia: hay personas que hacen uso de hormonas, toman antirretrovirales, y consumen sustancias psicoactivas, legales e ilegales. Estas situaciones son complejas y particulares por lo que respecta a la reducción de daños y riesgos. Los diferentes fenómenos que confluyen en estos casos tienen respuesta desde diferentes servicios, según disponibilidad, en las zonas o ciudades en las que se producen. Por ejemplo, en nuestro caso, en la ciudad de Barcelona podemos contar con abordajes específicos en endocrinología (Unidad Trànsit²), Unidades de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH, Centros de Reducción de Daños (CRD), ... Todos ellos, servicios especializados que poseen una especialización en temas exclusivos de salud, a menudo relegando a un segundo lugar abordajes integrales desde una perspectiva psicosocial.

Los entornos de trabajo y de ámbito personal influyen enormemente en la manera que se realizan los consumos de sustancias psicoactivas, la adherencia y el seguimiento de tratamientos prescritos, de la misma forma que también juegan un papel primordial los aspectos relacionados con la situación socioeconómica, la vinculación a servicios y otras experiencias vitales (migración, situación

de irregularidad administrativa, edad, estado de salud...). Todos estos elementos a considerar cuando acogemos demandas, teniendo en cuenta que el fortalecimiento del vínculo emocional y profesional permite un punto de partida para el trabajo integral que se requiere.

Como servicio de aproximación y primera detección una de las casuísticas observadas en el periodo entre 2022 y 2023 es un repunte de la circunstancia de mujeres trans trabajadoras sexuales en terapia de sustitución hormonal estrogénica vía oral, que toman antirretrovirales, consumen sustancias psicoactivas legales prescritas y no prescritas e ilegales, en una situación de precariedad muy acentuada, principalmente, por el impacto del COVID-19 y la crisis socioeconómica de este último año en el contexto español motivada por la inflación del precio de los productos. La situación específica, entonces, se hace explícita en una tónica general de mujeres trans consumidoras de metanfetamina (tina), cocaína, popper, ácido gamma hidroxibutírico (GHB), que toman antidepresivos y antirretrovirales, además de situarse en una relación de automedicación respecto a la terapia de sustitución hormonal tomando estrógenos vía oral y antiandrógenos sin una pauta constante. Por ello mismo, las intervenciones basadas en la reducción de daños se complejizan, y resulta también necesaria la reflexión en lo que respecta a las pautas psicosociales.

¿Qué ocurre cuando diferentes realidades confluyen en una persona en concreto?

2 Trànsit: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/altres-serveis/model-atencio-salut-persones-trans/>

¿Cuál es la situación de estas personas a nivel psicosocial? ¿Qué tipo de abordaje se lleva a cabo desde el ámbito de la salud? ¿Qué información tenemos sobre las interacciones y cómo las plasmamos en las intervenciones? ¿Cómo impulsar intervenciones biopsicosociales desde los servicios de primera detección? Estas son las principales preguntas que mantienen en la línea discursiva a lo largo del presente artículo a partir de la experiencia propia trabajando con trabajadoras sexuales trans en las que confluyen diferentes realidades.

2. SUSTANCIAS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

Existe un amplio abanico de posibilidades por lo que respecta a sustancias, así como las combinaciones que se puedan dar, por lo que en esta primera parte pondremos de relieve a qué nos referimos en este artículo con cada una de ellas, al menos las más utilizadas por la población que nos ocupa, identificando los principales aspectos a tener en cuenta.

| Tipos de sustancias | | |
|---------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Sustancias | Uso | Clasificación |
| Estrógenos | Terapia de sustitución hormonal | Sustancia legal/prescrita* |
| Antiandrógenos | Terapia de sustitución hormonal | Sustancia legal/prescrita* |
| Metanfetamina | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |
| Cocaína | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |
| Crack | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |
| GHL/GHB | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |
| Cannabis | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |
| Popper | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |

| | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| Mefedrona (4-MMC) y otras catinonas | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |
| Alcohol | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |
| Tabaco | Consumo/abuso/adicción | Sustancia ilegal |
| Ansiolíticos | Prescripción médica y consumo/abuso/adicción | Sustancia legal prescrita* |
| Antidepresivos | Prescripción médica y consumo/abuso/adicción | Sustancia legal prescrita* |
| Antipsicóticos | Prescripción médica y consumo/abuso/adicción | Sustancia legal prescrita* |
| Antirretrovirales | Prescripción médica | Sustancia legal prescrita* |
| Fármacos potenciadores de la erección (F.P.E.) | Prescripción médica y consumo/abuso/adicción | Sustancia legal prescrita* |
| Profilaxis pre-exposición (PrEP) | Prescripción médica | Sustancia legal prescrita* |

Tabla 1. Tipos de sustancias usadas por mujeres trans trabajadoras sexuales.

*Si bien muchas de las sustancias prescritas necesitan aprobación médica, en la economía sumergida existe la posibilidad de obtención sin prescripción.

2.1. Hormonas

Cuando hablamos de hormonas hacemos alusión directa a la terapia de sustitución hormonal³ que llevan a cabo algunas personas trans. En concreto, esta consiste en la supresión de las hormonas producidas por el propio cuerpo y la administración de otras desde una fuente

externa. En términos generales, una vez valorados los niveles hormonales de partida, se procede a la administración de antiandrógenos, y se comienza con las dosis de estrógenos a través de diferentes formatos (parches), pastillas, spray y gel) y vías de administración (oral y transdérmica). El agente activo que protagoniza la terapia de sustitución hormonal

³ En el contexto inglés se hace uso del concepto hormone replacement therapy, con las siglas HRT, del que toma el nombre el proceso.

estrogénica es el estradiol, 17β-estradiol. En el caso de la prescripción de antiandrógenos el

espectro es más amplio, cómo la *bicalutamida* o *finasterida*, entre otros.

| Terapia de sustitución hormonal | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|------------------|
| Sustancia | Estrógenos | | Antiandrógenos | |
| Principio activo | Estradiol | | Acetato de ciproterona | Espironolactona |
| Vía | Transdérmica | Oral | Oral | Oral |
| Nombre comercial | Evopad® * Lenzetto®** Oestraclin®*** | Climen® Climodien® Progyluton® | Androcur® | Espironolactona® |

Tabla 2. Hormonas administradas en la terapia de sustitución hormonal.⁴

*parche, **spray y ***gel.

2.2. Fármacos potenciadores de la erección

Su principal función es el incremento del flujo sanguíneo en el pene para facilitar la erección. Los más utilizados presentan *sildenafil*, *tadalafilo*

o *vardenafilo* como principios activos, comercializados como *viagra*®, *cialis*® y *levitra*®, respectivamente. Las causas pueden ser físicas y psicológicas, también se utiliza para prácticas sexuales de larga duración como el *Chemsex*.⁵

4 Reviriego, J. (2022). *La Salud de les persones trans a l'atenció primària*. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). Se puede consultar en: [La Salud de les persones trans a l'Atenció Primària \(camfic.cat\)](https://www.camfic.cat/).

5 El chemsex hace referencia a las relaciones sexuales vinculadas al consumo de sustancias para el aumento del placer o la duración de estas, siendo características de la población LGBTBI por el proceso de reconocimiento mutuo que se produce en identidades género-disidentes. En la literatura española, el chemsex ha sido definido como un "uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un periodo largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días)" entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), cuyo elemento clave es "el tiempo, porque a mayor tiempo puede ocurrir mayor exposición a diversos riesgos o daños". A nivel europeo, el documento de posicionamiento del 2º European ChemSex Forum, define el chemsex como: "un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gais y bisexuales, otros HSH y personas trans y no binarias que participan en la 'cultura de sexo casual o sin compromiso' gay" (Ministerio de Sanidad, 2020).

| Fármacos potenciadores de la erección | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|-------------|
| Principio activo | Sildenafil | Tadalafilo | Vardenafilo |
| Vía | Oral | Oral | Oral |
| Nombre comercial | Viagra® | Cialis® | Levitra® |

Tabla 3. Fármacos potenciadores de la erección.⁶

2.3. Antirretrovirales

2.3.1 Tratamientos (TARGA)

El tratamiento del VIH se basa en el uso conjunto de tres o más medicamentos para tratar la infección por el VIH. También se le llama terapia combinada, terapia triple o terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). En lo que se refiere a la prescripción médica de antirretrovirales, en la segunda edición de la guía ¿Qué

debo saber sobre el tratamiento del VIH?, publicada por GTt (2019)⁷ - grupo de trabajo sobre tratamientos, se exponen las directrices españolas y las recomendaciones preferentes de fármacos para inicio de tratamiento antirretroviral. En términos generales consistiría en comenzar con dos análogos de nucleósido (ITIN) más un tercer fármaco perteneciente a una clase distinta. A modo general, los más utilizados se pueden encontrar en la siguiente tabla resumen:

| Antirretrovirales | | |
|------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Clasificación | Denominación | Nombre comercial |
| Análogos de nucleósido | Abacavir y Lamivudina | Kivexa® Equivalente Farmacéutico Genérico [EFG] |
| | Tenofovir disoproxil fumarato y Emtricitabina | Truvada® Equivalente Farmacéutico Genérico [EFG] |

6 Información obtenida de Energy Control: Potenciadores de la erección. ChemSafe. <https://www.chem-safe.org/chem-info/que/sustancias-principales/potenciadores-ereccion/> y Serrano Giménez, S. (2003).

7 Información disponible en la segunda edición de la guía: ¿Qué debo saber sobre el tratamiento del VIH?: http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/que_debo_saber_tratamiento_VIH

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Análogos de nucleósido | Tenofovir alafenamida y Emtricitabina | Descovy® |
| Inhibidor de la integrasa* | Dolutegravir junto con Abacavir/ Lamivudina)Emtricitabina | Tivicay® Triumeq® |
| | Elvitegravir/Cobicistat junto con Tenofovir alafenamida/ Emtricitabina, y en Stribild® junto con Tenofovir disoproxil fumarato/Emtricitabina) | Genvoya® Stribild® |
| | Raltegravir | Isentress® |
| | Bictegravir junto con Tenofovir Aleanamida/Emtricitabina) | Biktarvy® |
| Inhibidores de la proteasa potenciados (IP/p)** | Darunavir, aunque también se puede utilizar Atazanavir. Generalmente se utilizan potenciados con Ritonavir o Cobicistat, pero Atazanavir también se puede emplear sin potenciar | Prezista® Reyataz® |
| <p>* Estos fármacos pueden presentar interacciones con otros medicamentos, incluyendo algunos suplementos nutricionales que contienen calcio, magnesio o aluminio. En ocasiones, estos suplementos pueden seguir tomándose al distanciar los momentos de administración de uno y otro. Es aconsejable consultar el prospecto de los inhibidores de la integrasa.</p> | | |
| <p>** Además de los inhibidores de la integrasa, las actuales directrices españolas de tratamiento recomiendan otros fármacos como tercer componente de una combinación antirretroviral, siendo las alternativas más habituales un inhibidor de la proteasa potenciado (Darunavir) o un ITINN (Rilpivirina o Doravirina).</p> | | |

Tabla 4. Antiretrovirales más utilizados.

2.3.2. Profilaxis pre-exposición (PrEP)

La profilaxis pre-exposición (PrEP) al VIH es la utilización de fármacos antirretrovirales: Tenofovir + Emtricitabina, para prevenir la infección por el VIH. En España la PrEP está incluida dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Actualmente existe la modalidad de toma diaria y la PrEP a demanda (2-1-1)⁸, esta pauta implica tomar una dosis doble entre 2 y 24 horas antes de mantener relaciones sexuales y otro comprimido a las 24 horas de la dosis doble y otra toma más a las 48 horas.

Se recomienda para las personas que se encuentran en situaciones y en períodos de su vida en los que pueden tener un alto riesgo de adquirir la infección por el VIH. Está dirigida a personas de 16 años, o más, que sean hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transexuales, mujeres que ejercen la prostitución, mujeres y hombres cis, usuarias/os de

Chemsex, u otras personas en situación de riesgo elevado de adquirir el VIH.

2.4. Sustancias psicoactivas legales

Actualmente, existen una gran variedad de sustancias medicinales utilizadas en el tratamiento farmacológico correspondiente a la sintomatología de una amplia gama de trastornos y enfermedades mentales. Estos fármacos pueden tener una doble dimensión de utilización: una prescrita facultativamente y otra obtenida a través del mercado sumergido para el autoconsumo. De la misma forma, haremos referencia al uso de alcohol y tabaco como sustancias psicoactivas legales a través del consumo, abuso y/o adicción.

A continuación, describimos algunas de las más nombradas (nombre comercial) de manera recurrente en el colectivo que nos ocupa:

| Sustancias psicoactivas legales | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------|--------|
| Situación | Prescritas | | | - | |
| Sustancia | Antidepresivos | Ansiolíticos | Antipsicóticos | Alcohol | Tabaco |
| Ejemplos | Citalopram® Escitalopram® Paroxetina® | Diazepam® Midazolam® Triazolam® | Risperidona® Aripiprazol® Olanzapina® Quetiapina® | | |

Tabla 5. Sustancias psicoactivas legales. Datos obtenidos por los relatos de las usuarias en espacios individualizados de atención.

⁸ La PrEP a demanda resulta eficaz en hombres gays y otros HSH con relaciones sexuales menos frecuentes. http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/19-12-19

2.5. Sustancias psicoactivas ilegales⁹

Consideramos las drogas ilegales aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización están legalmente prohibidos, o usadas sin la prescripción exigida. Suelen

clasificarse en función de los efectos que producen: estimulantes, depresores y psicodélicos y algunas de ellas pueden producir varios de estos efectos. En la siguiente tabla describimos algunas de las más frecuentemente utilizadas en la actualidad por las personas que acuden a los programas “outreach” (Gencat, 2019; Infodrogas, 2019):

| Sustancias psicoactivas ilegales | | |
|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------------|
| Sustancia | Efecto | Vías de administración |
| Cannabis | Depresor | Oral vía fumada |
| Cocaína | Estimulante | Inhalada |
| Crack | Estimulante | Oral vía fumada |
| Metanfetamina (Tina) | Estimulante | Oral vía fumada, esnifada Vía intravenosa |
| Popper | Estimulante | Inhalada, líquido volátil |
| GHL/GHB | Depresor | Oral formato líquido |
| Mefedrona (4-MMC) y otras catinonas | Estimulante | Oral vía esnifada Vía intravenosa |

Tabla 6. Sustancias psicoactivas ilegales.

⁹ Para más información, consultar EnergyControl: <https://energycontrol.org/infodrogas/>

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN: INTERACCIONES E INTERVENCIÓN INTEGRAL

3.1. Interacciones

Las interacciones que se producen en la toma medicación, el consumo de sustancias legales e ilegales y las precauciones ante el consumo tienen que incrementarse extremadamente ya que la mayoría de los medicamentos tienen efectos cruzados (o sinergias) con otras sustancias. Esto puede llevar a un aumento o disminución de los efectos de la medicación, así como a reducir

los efectos de las drogas ilegales (lo que llevaría a un aumento en el consumo, y por tanto a un aumento de sus riesgos), o a un aumento de los efectos (con los riesgos asociados a ello). A continuación, se pueden observar algunas de las interacciones en cuanto a modificación de los efectos, intensificación de los síntomas o riesgos importantes para la salud. No es una tabla exhaustiva, pero sí que da cuenta de ciertas alianzas peligrosas, y muestra alguna de la información que se dispone, al menos en interacciones entre 2 sustancias (Hospital Clínic de Barcelona, 2016; Maple leaf medical clinic, 2022; Serrano López de las Hazas, J.I., 2011; Tallada, J. (2007).).

| Tipos de interacciones | | |
|------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sustancias | Interacciones | Efectos adversos |
| Estrógenos | Cocaína y crack | Posibles alteraciones del estado de ánimo |
| | Alcohol | Posible daño hepático |
| | Tabaco | Riesgo tromboembólico |
| | ATR | Ritonavir y Nelfavir tienen propiedades inductoras de hormonas |
| Antiandrógenos | Alcohol | Posibles alteraciones del estado de ánimo Espironolactona en la potenciación de la hipotensión ortostática |
| Metanfetamina | Cocaína y Crack | Puede aumentar el efecto de ambos, incrementando la probabilidad de sufrir episodios de sobreestimulación |
| | ATR | Posible interacción con: Genvoya, Stribild, Symtuza, Norvir, Atazanavir, Darunavir, Kaletra |
| | GHB | Empeoramiento del rebote dopaminérgico |
| | F.P.E. | Alto riesgo cardiovascular |

| | | |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metanfetamina | Ansiolíticos, antidepresivos... | La combinación con algunos antidepresivos del tipo IMAO (moclobemida, fenelzina, tranilcipromina...) o inhibidores de la proteasa, como el ritonavir, puede llegar a ser mortal |
| Cocaína y crack | Estrógenos | Posibles alteraciones del estado de ánimo |
| | GHL/GHB | Puede acortar y enmascarar los efectos del GHB/GBL, facilitando que se consuma más de la cuenta |
| | Popper | Alto riesgo cardiovascular |
| | Alcohol | Mayor cardiotoxicidad inducida por cocaína. En presencia de etanol, el cuerpo transforma la cocaína en cocaetileno, una sustancia más tóxica que la propia cocaína |
| | ATR | Es posible que la cocaína se elimine más rápido. Esto puede llevar a algunas personas a usar más cantidades, combinar más sustancias o cambiar la vía de administración. Posible interacción con: Atripla, Eviplera, Genvoya, Juluca, Odyssey, Stribild, Symtuza, Silpivirina, Etravirine, Sustiva, Viramune, Norvir, Atazanavir, Darunavir, Kaletra |
| F.P.E. | Alto riesgo cardiovascular | |
| GHL/GHB | Cocaína y crack | Se enmascaran los efectos del GHB, y por lo tanto se aumenta el consumo, lo que puede generar la aparición de efectos secundarios graves. |
| | Popper | Alto riesgo. Se puede potenciar el efecto depresor de ambas. |
| | Mefedrona (4-MMC) y otras catinonas | Puede acortar y enmascarar los efectos del GHB/GBL, facilitando que se consuma más de la cuenta. |
| | Alcohol | Potencia los efectos de ambas sustancias dando lugar a que el margen de seguridad se reduzca notablemente y aumenten las posibilidades de sufrir sedación excesiva y pérdida de conocimiento. |
| | Ansiolíticos | Potencia los efectos de ambas sustancias dando lugar a que el margen de seguridad se reduzca notablemente y aumenten las posibilidades de sufrir sedación excesiva y pérdida de conocimiento. |
| | F.P.E. | Alto riesgo cardiovascular |

| Cannabis | Metanfetamina | Posible interacción |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Popper | Cannabis | Se puede potenciar el efecto depresor de ambas. Esto se puede traducir en fuertes bajadas de tensión, desmayos, pérdida de la conciencia llegando, en casos severos, a la inducción al coma. |
| | Cocaína y crack | Alto riesgo cardiovascular |
| | GHL/GHB | Se puede potenciar el efecto depresor de ambas. Esto se puede traducir en fuertes bajadas de tensión, desmayos, pérdida de la conciencia llegando, en casos severos, a la inducción al coma. |
| | Alcohol | Puede aumentar las taquicardias y los riesgos de sufrir un paro cardio-respiratorio. |
| | F.P.E. | Alto riesgo cardiovascular. |
| Alcohol | Estrógenos | Riesgo tromboembólico. |
| | Cocaína y crack | Mayor cardiotoxicidad inducida por cocaína. En presencia de etanol, el cuerpo transforma la cocaína en cocaetileno (una sustancia más tóxica que la propia cocaína). |
| | GHL/GHB | Muy peligroso |
| | Popper | Alto riesgo |
| | Ansiolíticos, antidepresivos... | Puede contrarrestar los beneficios del medicamento antidepresivo y dificultar el tratamiento. Puedes correr riesgo de una reacción peligrosa con los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). |
| | F.P.E. | Alto riesgo |
| Tabaco | Estrógenos | Riesgo tromboembólico. |
| Ansiolíticos y Antidepresivos | GHL/GHB | Los ansiolíticos potencian los efectos de ambas sustancias dando lugar a que el margen de seguridad se reduzca notablemente y aumenten las posibilidades de sufrir sedación excesiva y pérdida de conocimiento. |
| | Alcohol | Puede contrarrestar los beneficios del medicamento antidepresivo y dificultar el tratamiento. Si se combinan con determinados tipos de alimentos y bebidas alcohólicas, los antidepresivos llamados IMAO pueden causar un aumento súbito peligroso de la presión arterial. |

| | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ansiolíticos y Antidepresivos | ATR | Midazolam y Triazolam pueden presentar serias interacciones con Atripla, Genvoya, Stribild, Symtuza, Sustiva, Norvir, Atazanavir, Darunavir, Kaletra. |
| | F.P.E. | Alto riesgo cardiovascular. Muy peligroso. |
| | Metanfetamina | La combinación con algunos antidepresivos del tipo IMAO (moclobemida, fenelzina, tranilcipromina...) o inhibidores de la proteasa, como el ritonavir, puede llegar a ser mortal. |
| Antirretrovirales (ATR) | Estrógenos | Ritonavir y Nelfavir tienen propiedades inductoras de hormonas. |
| | Ansiolíticos | Midazolam y triazolam pueden presentar serias interacciones con Atripla, Genvoya, Stribild, Symtuza, Sustiva, Norvir, Atazanavir, Darunavir, Kaletra. |
| | F.P.E. | Muchos fármacos utilizados en el tratamiento de la infección por el VIH y el VHC, especialmente la familia de los inhibidores de la proteasa, incrementan los niveles en sangre de los fármacos potenciadores de la erección. De forma general, es necesario utilizar una dosis menor, aunque siempre se requiere el consejo médico individualizado en este sentido. |
| Fármacos potenciadores de la erección (F.P.E.) | Metanfetamina | Alto riesgo cardiovascular. |
| | Cocaína y crack | Alto riesgo cardiovascular. |
| | Popper | Alto riesgo cardiovascular. |
| | Ansiolíticos | Alto riesgo cardiovascular. |
| | Antirretrovirales | Muchos fármacos utilizados en el tratamiento de la infección por el VIH y el VHC, especialmente la familia de los inhibidores de la proteasa, incrementan los niveles en sangre de los fármacos potenciadores de la erección. De forma general, es necesario utilizar una dosis menor, aunque siempre se requiere el consejo médico individualizado en este sentido. |

Tabla 7. Interacciones entre sustancias.

3.2 Intervención integral

En la revisión bibliográfica impulsada por la redacción y presentación de este artículo se han encontrado publicaciones con datos parciales, que ponen énfasis en determinados aspectos pero que no consiguen proporcionar preguntas o respuestas en lo que a un abordaje integral y personalizado se refiere. Las mujeres trans que se vinculan a programas “outreach” presentan situaciones particulares, vinculadas en muchas ocasiones con estigmas asociados a sus estilos de vida, que predisponen a una ocultación de sus hábitos de consumos de sustancias en algunos espacios de atención a la salud convencionales.

La importancia de la metodología empleada en el contacto con las personas participantes de los servicios juega un papel crucial a la hora de establecer un vínculo lo suficientemente férreo para la resolución de las demandas explícitas. Los servicios de primera detección son cruciales a la hora de establecer cribados para la derivación eficaz a otros servicios especializados, pero también para hacer realizar una aproximación en aquellos temas relativos a la salud con perspectiva de género y en reducción de daños.

4. CONCLUSIONES

Es necesario seguir avanzando hacia un modelo de toma de decisiones compartida donde todas las partes tengan acceso a la información sobre las sustancias de uso y abuso,

la prescripción de medicamentos para la mejora de sintomatología y/ o la patología física y mental, así como los tratamientos hormonales disponibles en la actualidad. Son necesarias investigaciones que den cuenta de estos aspectos, no de manera parcial o binaria, si no en toda su complejidad. Debemos poner el foco en el asesoramiento basado en evidencias científicas centradas en las necesidades específicas que presentan estas personas.

Los enfoques de reducción de daños han de promover actuaciones encaminadas a la mejora de la salud, independientemente de las decisiones sobre el abandono del uso o abuso de las sustancias.

Cada vez más se tiende a la farmacología del cuidado, debido al aumento de esperanza de vida, la cronificación de los problemas de salud y la disponibilidad de fármacos que ha propiciado un incremento del uso de estos. Todos estos factores añadidos a los específicos, los que tienen que ver con las vulnerabilidades y las violencias al género, el análisis interseccional, son fundamentales para un abordaje individualizado que contemple el macro escenario social, y minimice las desigualdades, garantizando el cuidado y el acceso a la salud.

El entorno es cambiante, por tanto, las respuestas que vamos a dar a las nuevas y complejas situaciones deben ser sinérgicas y dinámicas.

BIBLIOGRAFÍA

Elvira, David (2017). *CatSalut. Instrucció 14/2017 Implantació del Model d'atenció a les persones trans en l'àmbit del CatSalut*. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3275/catsalut_instruccio_14_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gencat. *Taula Resum d'efectes i riscos (2019)*. https://drogues.gencat.cat/ca/ciudadania/sobre_les_drogues/taula_de_resum/

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH. (2019). *Interacciones entre los fármacos frente al VIH y drogas u otras sustancias*. gTt-VIH. (segunda edición) http://gtt-vih.org/aprende/publicaciones/interacciones_ARV_drogas_tabla

Hospital Clínic de Barcelona (2016). *Interacciones VIH*. <http://www.interaccionesvih.com/interaccions.html> Infodrogas. (2019). <https://www.tupunto.org/infodrogas/interacciones-de-sustancias/>

Maple leaf medical clinic (2022). *Estamos investigando las interacciones entre la terapia hormonal feminizante y el tratamiento con HVI*. <https://www.mlmedical.com/trans-women-research/ddi-mainstudy-blogpost-espagnol>

Ministerio de Sanidad. (2020). *Abordaje del fenómeno del chemsex*. Centro de publicaciones. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/28879_abordaje_del_fenomeno_del_chemsex.pdf Energy Control. Potenciadores de la erección. ChemSafe. <https://www.chem-safe.org/chem-info/que/sustancias-principales/potenciadores-ereccion/>

Orueta, R. Santos, C. González, E. et al. *Medicalización de la vida*. Rev Clin Med Fam vol.4 no.2 Barcelona jun. (2011). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011

Riviriego, J. (2022). *La salut de les persones trans a l'atenció primària*. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). <http://www.camfic.org/>

Samuel, K. (2022). *Trans women 66 times more likely to have HIV, with trans men nearly 7 times more likely, global analysis finds*. namaidsmap. <https://www.aidsmap.com/news>

Serrano Giménez, S. (2003). *Disfunción eréctil. Tratamiento*. FARMACIA PROFESIONAL. 17 (6), 58-64. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13049602>

Serrano López de las Hazas, J.I. (2011). *Interacciones farmacológicas de los nuevos antirretrovirales*. Farmacia Hospitalaria, 35 (1), pp. 36-43 Palma de Mallorca. <https://www.revistafarmaciahospitalaria.es/es-interacciones-farmacologicas-nuevos-antirretrovirales-articulo-S1130634310002308>

Tallada, J. (2007). *Antirretrovirales y hormonas transexuales*. Lo+POSITIVO, 37, 47-48. http://gtt-vih.org/actualizate/lo_mas_positivo/lmp37/antirretrovirales_y_hormonas_trans

Vidal Vademecum Spain. <https://www.vademecum.es/box-es>

EL ABORDAJE DEL
CHEMSEX DESDE
SERVICIOS Y
PROGRAMAS DE LA
ASOCIACIÓN BIENESTAR
Y DESARROLLO (ABD).

*THE CHEMSEX
APPROACH FROM
WELFARE AND
DEVELOPMENT
ASSOCIATION (ABD)
SERVICES AND
PROGRAMS.*

Aldana Menéndez Ramirez

Antropóloga

Jordi Garcia Rodríguez

Psicólogo

Laura Moreno Rozas

Psicóloga

RESUMEN

A partir de la experiencia en el ámbito de las drogas, la salud sexual y la exclusión social, ABD desarrolla programas y servicios desde una perspectiva interdisciplinaria y de trabajo comunitario que permite acciones preventivas, a través de la intervención entre iguales y recursos *online*, el acceso a tratamientos basados en la evidencia y la atención a personas en situación de vulnerabilidad o vulneradas, todas ellas esenciales para responder a las diferentes necesidades y realidades de la población GBHSH que practica *chemsex*.

PALABRAS CLAVE

Chemsex, atención integral, reducción de riesgos, tratamiento, exclusión social.

ABSTRACT

Based on the experience in the field of drugs, sexual health and social exclusion, ABD develops programs and services from an interdisciplinary perspective and community work that allows preventive actions, through the intervention peer to peer and online resources, the access to evidence-based treatment and care for people in vulnerable situations, all of which are essential to respond to the different needs and realities of the GBHSH population who practice chemsex.

KEY WORDS

Chemsex, holistic care, harm reduction, treatment, social exclusion.

1. INTRODUCCIÓN AL FENÓMENO

La relación entre el uso de drogas y el riesgo de infección por VIH se lleva investigando desde hace más de 20 años y se considera que existe una asociación entre ambos: los hombres que toman una variedad de drogas durante las relaciones sexuales tienen más probabilidades de participar en comportamientos de riesgo de transmisión del VIH, que hombres que no lo hacen (Bourne et al, 2017; Weatherburn, 2014).

Aunque en España, desde el inicio de la epidemia del VIH, se ha puesto de manifiesto una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la infección por el VIH, siendo las personas consumidoras de heroína el grupo más afectado hasta entonces de la población, en el momento actual la población con mayor incidencia de VIH en España y otros países occidentales son los HSH -hombres que tienen sexo con hombres- (Coll y Fumaz, 2016). Esta población representa cada año aproximadamente, la mitad de los casos reportados, cabe destacar que, desde la aprobación e implementación de los programas sobre la PrEP en 2019, se han notificado un 60% menos de diagnósticos en dicha población HSH.¹

Este vínculo entre el consumo de drogas durante las prácticas sexuales, los hombres que tienen prácticas sexuales con hombres y el VIH, nos devuelve al término de *chemsex*, palabra inglesa que combina *chems* de químicos o drogas y *sex* de sexo, denominando así encuentros o sesiones de sexo principalmente entre GBHSH (gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres -término de origen epidemiológico utilizado actualmente-), donde se consumen intencionadamente diferentes sustancias y que tienen una duración de horas o días, pudiendo estar presentes múltiples parejas sexuales (aunque se conoce también se realizan de forma individual y/o a través de plataformas *online*).

1.2 Las chems y su expansión

El uso sexualizado de sustancias psicoactivas ha estado presente en la historia de la humanidad desde hace milenios y su uso es independiente a cualquier orientación. El cambio producido en este contexto, parece estar relacionado con la aparición de sustancias de uso “reciente”: la metanfetamina, la mefedrona y el GHB, denominadas como *chems*. Además, otros aspectos son clave para comprender su proliferación, y también sus riesgos, éstos están estrechamente vinculados a la transformación de los entornos de consumo y a la cultura gay.

¹ Vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en España 2019. Actualización 30 de junio de 2020. Disponible: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf

Hasta la llegada del chemsex en Europa, el consumo de metanfetamina era minoritario y su adquisición costosa. Su uso siempre ha sido más frecuente en otros países como EE. UU, y ya desde la década de los 90, encontramos estudios sobre la asociación de esta sustancia y las prácticas sexuales de riesgo, en población de hombres gais, bisexuales y heterosexuales, y mujeres heterosexuales (Molitor et al, 1998²). En cuanto al aumento del consumo de metanfetamina en Europa, la existencia de circuitos cerrados de ocio a nivel internacional, y su vinculación al sexo casual, han facilitado que las barreras demográficas puedan atravesarse con mayor facilidad. Ésta ha sido la forma en que llegó, inicialmente, la metanfetamina a Londres (Stuart, 2019).

En relación al GHB,³ éste fue sintetizado en la década de los 60 y a lo largo de su historia se ha utilizado, como anestésico por sus efectos en la fase REM, como fármaco para la deshabitación del alcohol, e incluso como anabolizante (Lapierre et al, 1990; Addolorato et al, 1999; Wedin et al, 2006). Su uso recreativo también está presente en otras poblaciones

y contextos de consumo^{4 5} (Koesters et al, 2002). En cuanto a su adquisición, ésta suele ser menos frecuente que la de su precursor, el GBL (el cual al ingerirse actúa como un profármaco). Esto podría deberse a dos razones: los riesgos en la síntesis del GHB y el fácil acceso al GBL, hasta el momento actual donde su venta está relativamente más controlada.⁶

Por otro lado, se ha de hablar de la mefedrona⁷, catinona considerada como la única nueva sustancia psicoactiva (NPS), entre las tres mencionadas. Se sintetizó en 1929 (Saem de Burnaga, 1929) pero su uso no se popularizó hasta esta última década. Se vincula su aparición en los clubs de música electrónica, a la escasez de MDMA generada, tras la fiscalización de los precursores⁸ principales utilizados en su síntesis. Posteriormente tras ser fiscalizada, otras catinonas⁹ han ido apareciendo a lo largo de estos años.¹⁰ Este tipo de sustancias, y en general todas las NPS, entrañan mayores riesgos que otras sustancias, por su poco conocimiento y escasa investigación sobre los efectos en la salud a corto, medio y largo plazo (Dolengevich-Segal, 2015).

2 Las muestras de población del estudio citado muestran mayor prevalencia de consumo sexualizado de metanfetamina en hombres y mujeres heterosexuales que en hombres gais. Pese a esto, también se observa que la incidencia del VIH continúa siendo superior en esta última población. Posteriormente, a partir de los 2000, se detecta un aumento en el consumo de metanfetamina en la población gay de EE. UU.

3 Ácido gamma-hidroxibutírico.

4 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). EDADES 2019/2020 Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (edades), 1995-2019/2020. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemainformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf

5 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Informe 2020. Alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España. Disponible en <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>

6 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2008 EMCDDA Thematic Papers — GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/505/TP_GHB_and_GBL_107300.pdf

7 4-MMC

8 Piperonal, los aceites ricos en safrol y la PMK

9 Datos del servicio de análisis de Energy Control (2018-actualidad): 3-MMC, 4-CMC, 4-CEC, 3-Chloroethcathinone son las que aparecen más en muestras vendidas como mefedrona

10 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Global Smart Update 2014, Volumen 11. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/scientific/GSU-11-SP.pdf>

En cuanto a las aplicaciones de geolocalización, éstas han facilitado el acceso y mayor visualización del uso de drogas. Además, han generado un cambio en las relaciones y forma de vincularse entre las personas, y en los entornos de consumo. Concretamente han transportado el *chemsex* a casas particulares, dificultando aún más el acceso y atención a esta población.

Por último, y no menos importante, el factor cultural vinculado al ocio sexual y al sexo casual en esta población, ha facilitado también la expansión del *chemsex* (y con ello el uso de sustancias).

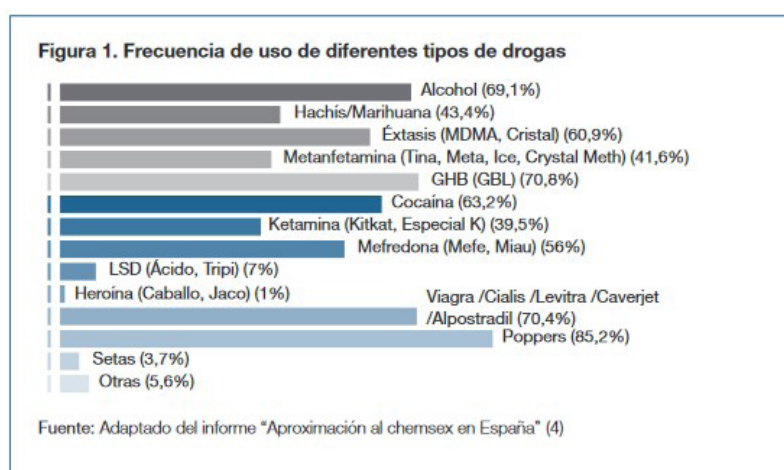
comprender el fenómeno, delimitando su definición a partir de diferentes criterios, pero sin un consenso general. Al diferir entre éstos, la realidad teorizada y observada para estudio no es exactamente la misma, por lo que es complicado extrapolar los datos a nivel general. Esta situación se produce tanto a nivel mundial, europeo, como nacional.

Afortunadamente, la investigación e informe del Grupo de Trabajo sobre Chemsex,¹¹ facilita una contextualización más detallada. A continuación, se observan diferentes capturas de los gráficos de este [informe](#) (captura 1-3-4) y otra del estudio realizado por Apoyo Positivo e Imagina Más.¹²

1.3 Contextualización del Chemsex

Desde su aparición, diferentes estudios epidemiológicos han intentado

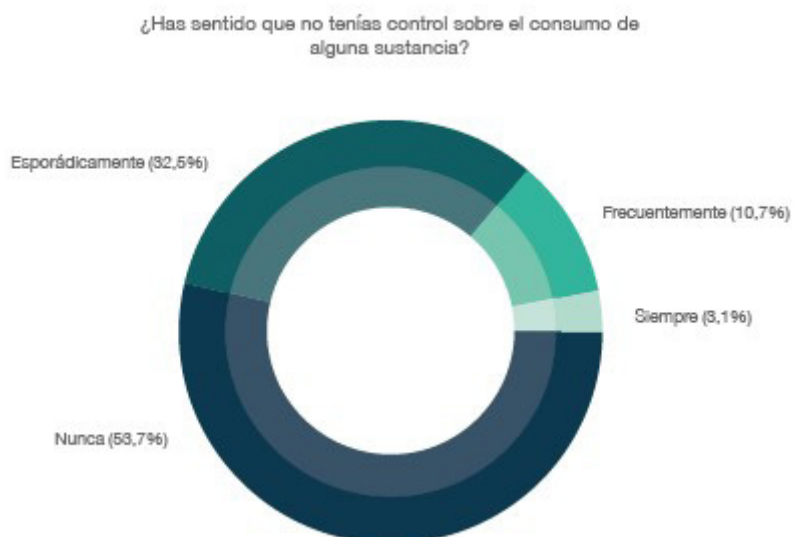
Gráfica 1



11 Grupo de Trabajo de chemsex del Plan Nacional sobre el sida. Informe sobre chemsex en España. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Septiembre 2019. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enftransmisibles/sida/docs/informeCHEMSEX.pdf>

12 . Aproximación al chemsex en España 2016. Imagina Más. Apoyo Positivo. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximaci%C3%B3n-Chemsex-en-Espa%C3%B1a-2016.pdf>

Gráfica 2



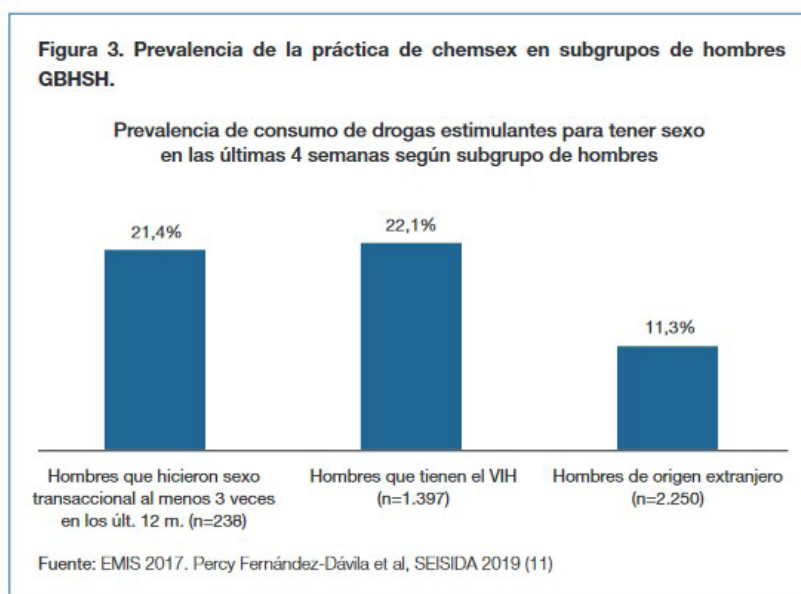
Gráfica 3

Tabla 2. Uso de drogas estimulantes (éxtasis/MDMA, cocaína, speed, metanfetamina, mefedrona y ketamina) en las cuatro últimas semanas para hacer que el sexo fuera más intenso o durara más tiempo.

| Comunidades | % | Ciudades | % |
|------------------------|------|----------------|------|
| Islas Baleares | 12,4 | Barcelona | 13,7 |
| Cataluña | 10,6 | Madrid | 9,7 |
| Comunidad de Madrid | 8,8 | Valencia | 7,5 |
| Canarias | 7,3 | Zaragoza | 5,2 |
| Comunidad Valenciana | 6,5 | Sevilla/Málaga | 4,8 |
| Aragón | 5 | | |
| Principado de Asturias | 4,8 | | |

Fuente: EMIS-2017 datos España. C Folch et al. SEE 2019 (12)

Gráfica 4



2. ABORDAJE DESDE LA PREVENCIÓN

2.1 Intervención entre iguales desde la gestión de placeres y riesgos

Desde ABD y en línea con otros programas nacionales y europeos, hacemos uso de diversas estrategias para acercarnos a la población que practica *chemsex* a través de la educación entre iguales (*peer education*) y del trabajo preventivo de proximidad (*outreach work*) para la promoción de la salud. Resultan necesarias este tipo de acciones porque permiten establecer contacto con la población en los lugares que suelen frecuentar, con objeto de hacer llegar la información y

sensibilizar respecto a la reducción de riesgos asociados a las prácticas sexuales y al consumo de sustancias.

Son diversas las razones que justifican las intervenciones basadas entre iguales (Simoni, Franks, Lehavot, y Yard, 2011): son coste-efectivas, empoderan a las personas implicadas, cuentan con mayor credibilidad, tienen mayor éxito a la hora de traspasar la información, actúan como buenos modelos y resultan una estrategia eficaz para educar a personas con la cuales es difícil establecer contacto (*hard-to-reach*) a través de métodos convencionales, entre otras. En este sentido, resulta fundamental establecer criterios de vinculación de las personas interesadas, en ejercer un rol de agentes multiplicadores de mensajes preventivos, entre ellos, se tendrían que incluir aspectos

de disponibilidad, experiencia previa y cuestiones personales (conducta, trabajo en equipo, espíritu de voluntariado, etc.), proceder de la población destinataria, tener conocimiento e interés sobre el fenómeno del *chemsex* y otras características relevantes para una intervención de educación entre iguales.

Existen evidencias que sugieren que las personas receptoras de la educación de iguales encontrarán más creíbles las acciones que se despliegan desde personas que son ligeramente de mayor edad (Cripps, 1997). Finalmente, es fundamental que las personas implicadas como agentes de salud reciban una formación efectiva sobre conocimientos y habilidades, así como una supervisión cercana durante la fase de implementación de la intervención (Lindsey, 1997; Sloane y Zimmer, 1993).

De esta forma, se desarrollan acciones formativas que nutren de contenido e información las intervenciones que estos agentes llevan a cabo. En el contexto formativo se parte de la idea que, tanto en el consumo de sustancias como en la vivencia de la sexualidad, no se toman decisiones únicamente por los parámetros de la seguridad (gestión de riesgos), sino que se rigen por la búsqueda del placer (gestión de placeres). De esta manera, resulta indispensable incorporar este abordaje en el despliegue de estrategias en la promoción de la salud sexual y de un uso de drogas de menor riesgo.

Ambas estrategias (*outreach work/peer to peer*) cuentan con un amplio bagaje en el ámbito de las drogas y también en la prevención del VIH (Jiayu et al, 2020). Se han mostrado eficaces a la hora de contactar y trabajar con la población

diana, son una herramienta eficaz con un impacto a largo plazo para el cambio de comportamiento entre grupos/personas con prácticas de riesgo y, al mismo tiempo, parten de una lógica de acción comunitaria que trata de implicar a las personas en la solución de las dificultades o la cobertura de las necesidades que les conciernen, lo cual permite aumentar la eficacia de la intervención en la promoción de la salud.

2.2 Información y asesoramiento online

En 2017, Energy Control, proyecto de ABD, lanzó como iniciativa Chem-Safe.org, junto a la colaboración de diferentes entidades LGBTI+, para dar respuesta a la creciente demanda por parte de usuarios de *chemsex*.

El proyecto, basado en una web, ofrece información y asesoramiento para la gestión de placeres y riesgos, promoviendo la autonomía y el desarrollo de estrategias basadas en la reducción de riesgos (RdR). Su formato *online* permite que los contenidos preventivos sean accesibles en todo momento y lugar. Además, cuenta con un blog que da apoyo a las actividades de formación profesional y al trabajo en red.

En cuanto a los contenidos, pueden clasificarse en 4 bloques principales: (1) las sustancias y sus características, (2) los factores personales, (3) las particularidades del entorno y contexto de consumo y (4) la sexualidad. Los tres primeros bloques se basan en el triángulo de Zinberg (1984), donde estas dimensiones son las variables que influyen en los efectos del consumo. A través de estos contenidos se ofrece una

herramienta esencial para la prevención y reducción de riesgos.

El perfil de las personas atendidas, a través de las consultas *online*, son en su mayoría hombres gais. Pero, también se atienden a una cantidad considerable de mujeres y hombres heterosexuales. La mayoría de las demandas se solucionan con una sola intervención, gran parte de éstas están relacionadas con el *chemsex* o el consumo de drogas. El motivo principal por el que llegan estas consultas es obtener información útil para reducir los riesgos asociados al consumo. Las consultas sobre salud sexual son menos frecuentes y principalmente son demandas de información sobre el VIH.

3. ABORDAJE DESDE EL TRATAMIENTO/ ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Desde un abordaje puramente de tratamiento y acompañamiento terapéutico (aunque desde el mismo se asesoran además demandas puntuales), aportamos la experiencia desde un Servicio de Atención Especializada (SAE), que interviene específicamente con estos perfiles cuando demandan atención por dinámicas difíciles y de malestar en relación al uso de sustancias/drogas, el uso de éstas en contextos sexuales - *chemsex*, y el uso de tecnologías (*apps*).

El equipo que atiende está formado a día de hoy por profesionales de la psicología y la psiquiatría, con bagaje clínico amplio, experiencia en adicciones (centros de tratamiento de la red en

Madrid y Barcelona), en la intervención con personas consumidoras desde la RdR (Energy Control) y la RdD (recursos de reducción del daño en Madrid y Barcelona), y con formación en temas relacionados con la salud sexual y competencias culturales respecto a la población LGBTI+. Este equipo coordina y trabaja muy estrechamente con ChemSafe, desde donde reciben derivaciones, o asesoran en el mismo algunas de ellas, con necesidad de tratamiento, existiendo un puente entre ambos servicios.

Su atención en estos años a perfiles con diferentes tipos de usos problemáticos (incluidas también las adicciones), que no se plantean de entrada una abstinencia y quieren proseguir viviendo con el uso de sustancias concreto que sea (en el ocio, en relaciones sexuales u otros), pero que quieren tomar todas las medidas precisas para evitar al máximo posible el daño, ha posibilitado que el equipo y el servicio se hayan especializado poco a poco en el trabajo con un perfil diferente, que consume sustancias/drogas diferentes, que las utiliza en contextos de ocio diferentes (o menos visibilizados en otras personas de la población) y que precisa por tanto de unas condiciones de abordaje diferentes.

Dicho abordaje supone aplicar desde el inicio la RdR y RdD (adaptándonos a la necesidad demandada) y acompañar a la persona en su proceso terapéutico, la cual en un momento determinado puede plantearse/o no el deseo/necesidad de la abstinencia. Solo en ese momento en que se lo plantee, el trabajo se dirigirá a ese objetivo de abstinencia, antes no.

Es un modelo de atención en el que no existe un trabajo o terapia directiva

por parte del equipo profesional, sino que se trabaja considerando en todo momento y dando prioridad a los objetivos, expectativas, necesidades, tiempos y dirección que la persona atendida plantea en cada momento. Es un proceso de trabajo terapéutico centrado en la persona, en el que se empodera a la misma como protagonista y responsable de sus elecciones y se le proporcionan herramientas para gestionar las mismas y sus consecuencias. Por tanto, es imprescindible una actitud profesional, en el sentido de ser respetuosa hacia la persona, con ausencia de juicios morales hacia sus elecciones, y objetiva y técnica en la medida que aplica principios de salud a la realidad sobre la que ha de intervenir/acompañar.

Así mismo, no se usan etiquetas ni diagnósticos para/con la persona atendida, ya que se considera, no aportan ni ayudan en la evolución positiva en el proceso, sino que suelen cronificar, limitar posibilidades de mejora y condicionar en negativo la motivación y autopercepción de eficacia de ésta. Se realiza una atención integral en sentido amplio, es decir, abordando el uso de drogas, de *Apps* (aplicaciones de contacto), la sexualidad, y, además, trabajando necesariamente de base, otros aspectos de malestar previos en su historia de vida, que puedan haber sido/sean factores de predisposición hacia las conductas adictivas u otros usos problemáticos. Ello supone considerar el uso problemático visible/disponible como síntoma y no como la verdadera causa de las dificultades, teniendo que hacer un trabajo clínico más analítico y en profundidad para llegar a las mismas, requiriendo en este

sentido conocimientos y práctica clínica amplia en los perfiles profesionales.

En este sentido, es transversal al trabajar con población LGBTI+, abordar los diferentes estigmas y la discriminación que viven y experimentan a lo largo de sus vidas, en relación a su identidad y a su orientación sexual (homofobia, en ocasiones interiorizada), a su estado frente al VIH (serofobia), a su elección de uso de drogas., y que pueden producir/producen como resultado afecciones negativas en la salud, en la esfera emocional, sexual, relacional, y de desarrollo de su personalidad y autoestima. El equipo y el servicio se mantienen actualizados en todo momento en lo que a NPS o nuevas sustancias psicoactivas se refiere y en la atención especializada a estos perfiles.

Añadir, que en ABD existen otros servicios que abordan las adicciones u otras problemáticas de consumo (incluido el *chemsex*), aunque no sean específicos en/para el trabajo con estos perfiles.

4. ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN SOCIAL Y EL ACOMPAÑAMIENTO

El abordaje del consumo de sustancias y en concreto de las prácticas de *chemsex*, así como la prevención, detección y tratamiento en el ámbito de la salud sexual, están incluidas en las prioridades de estrategias de salud pública en diversos planes y programas.¹³ En este sentido, cobra especial relevancia tener presentes los condicionantes sociales que afectan la vida cotidiana de las personas, a fin de adaptar las intervenciones y acciones

13 Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Prórroga 2017-2020. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Disponible: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf Estrategia ONUSIDA 2016-2021 Acción acelerada para acabar con el sida. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf

a las necesidades de la población diana. Tal como lo establece la OMS, las desigualdades son sistemáticas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos.¹⁴ Por tanto, resulta fundamental que sea tenida en cuenta la posición social que ocupan las personas a las que dirigimos nuestra atención y que sea incluida en el proceso de diseño, implementación y evaluación como protagonistas de su propio proceso.

A continuación, abordamos nuestra propia experiencia a través de los servicios que atienden a las personas que practican *chemsex*, con consumos problemáticos de sustancias y que se encuentran inmersas en situaciones de riesgo o exclusión social.

A fin de situar esta experiencia nos surge la necesidad de explicitar, lo que entendemos por exclusión social. Ésta supone la carencia de recursos materiales y simbólicos, la vulneración de derechos y la limitación a los espacios de participación en diferentes ámbitos de la vida social. Por otra parte, entendemos por consumo problemático el uso de sustancias de forma perjudicial, que afecta de manera nociva diferentes ámbitos de la vida de la persona y su entorno inmediato.

La red de atención social, dirigida a personas que viven con el VIH (PVV) y que se encuentran en una situación de exclusión social, incluye dispositivos residenciales:¹⁵ pisos de soporte, viviendas de acogida, centros residenciales y

viviendas de inclusión, así como servicios de acompañamiento a la vida autónoma. Se trata de entornos residenciales que despliegan un modelo de abordaje centrado en la persona con el fin de mejorar la calidad de vida y de adquirir la mayor autonomía posible. La finalidad de estos equipamientos es medida y valorada a través de rigurosos criterios e indicadores de calidad.¹⁶ En este contexto, a través del acompañamiento socioeducativo, el soporte emocional y la inserción sociolaboral, se pretende dar cobertura a las necesidades básicas y promover un espacio relacional de convivencia basado en el respeto a las diversidades que han de garantizar, proteger y promover los derechos. Se trata de dispositivos esenciales para promover la salud desde un enfoque integral, a partir del trabajo individual, grupal y comunitario.

Tal como mencionamos inicialmente, la epidemia del VIH y el consumo de sustancias en España ha mantenido una interrelación ineludible. Por este motivo, a partir de finales de la década del 80 y principios de los 90 el perfil de personas que históricamente se ha atendido en los entornos residenciales estaba dirigido mayoritariamente a hombres cis heterosexuales, con falta de recursos socioeconómicos, con consumo crónico de drogas por vía parenteral y una vinculación estrecha a la red asistencial. En los últimos veinte años, es posible añadir a este perfil un incremento de la población de diferentes orígenes culturales (vinculado a los movimientos migratorios), una escasa red sociofamiliar y afectiva y la presencia de diferentes patologías asociadas. Estos dispositivos residenciales emergieron con

15 Bones pràctiques: recursos residencials per a persones afectades per VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social. Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. 2010. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD12400.pdf>

16 Indicadors de qualitat: llars residències i pisos amb suport per a persones amb SIDA. Institut català d'Assistència i Serveis Socials.- Generalitat de Catalunya. 2009. Disponible: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD8031.pdf>

la clara intención de realizar un acompañamiento digno a la muerte y cubrir las necesidades básicas de una población que se encontraba en una situación de marginalidad y extrema fragilidad. Con el transcurso del tiempo y de los avances en las estrategias biomédicas, los recursos residenciales y los servicios de atención social dirigidos a esta población específica, han ido adaptando sus intervenciones a fin de poder dar una respuesta integral a las necesidades emergentes.

A partir del cambio en los patrones de consumo, de la detección de personas en situación de exclusión social con prácticas de *chemsex* y la creciente demanda de soporte y acompañamiento en el ámbito social, los servicios reestructuraron sus intervenciones a fin de dar respuestas adaptadas al nuevo perfil de personas que son derivadas a la red de atención social.

A partir del año 2016 comenzamos a detectar un volumen importante de personas derivadas a los recursos residenciales que presentan un perfil diferencial, que obliga a la reflexión y adaptación de la red de recursos y programas que se estaban desplegando. En este sentido, es posible destacar un perfil de hombres GBHSH con un diagnóstico de VIH reciente, de diferentes orígenes culturales, que realiza prácticas de *chemsex* y que desarrolla un consumo problemático. Este perfil se corresponde con los últimos datos aportados por el informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH y el Sida en España¹⁷ que refleja la notificación de 2.698 nuevos diagnósticos de VIH. El 85,8% corresponde a hombres y la media de edad fue de 36 años. La

transmisión en GBHSH es la más frecuente, 56,6%, seguida de la heterosexual, 32,3%, y la que se produce en personas que se inyectan drogas (PID), 2,6%. El 36,1% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. La realidad de atención presente en nuestros servicios evidencia la prevalencia del VIH que indican estos datos: la vía sexual es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión entre hombres GBHSH es la mayoritaria.

Se trata de personas que no tienen conocimiento y experiencia sobre el funcionamiento del tejido asociativo y asistencial, que se encuentran en situaciones precarias de corto recorrido y que se enfrentan al desconocimiento de los equipos profesionales sobre sus necesidades, cuando solicitan atención a través de los recursos/servicios disponibles. En este sentido, se considera que la formación de profesionales sobre la temática de *chemsex* y el abordaje interdisciplinar juega un rol preponderante a fin de dar respuesta a sus necesidades, inquietudes y demandas.

La comunidad LGTBI+ ve afectados sus procesos de salud-enfermedad como consecuencia de los condicionantes sociales y una estructura social claramente desigual, hecho que pone en evidencia la necesidad de adoptar medidas específicas como la promoción del diagnóstico precoz desde centros comunitarios dirigidos a hombres GBHSH y mujeres trans*¹⁸ (Meulbroek et al, 2020). A este panorama de desigualdad social, hemos de sumar la discriminación y el estigma asociado al

17 Vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en España 2019. Actualización 30 de junio de 2020. Disponible: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enflesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf

18 Trans*: incluye a personas transexuales, transgénero, travestis, no binarias, con expresión de género fluido y otras variaciones de género.

consumo problemático de drogas, la exclusión del modelo hegemónico de la sexualidad y el diagnóstico de VIH.

Nos encontramos ante un grupo de personas que han llegado a una situación de exclusión social extrema, que se ve condicionada, al mismo tiempo, por el consumo problemático de sustancias y trastornos de salud mental asociados al chemsex. Esta situación social se ve agravada por la exclusión residencial entendida como aquella situación donde existe una limitación o imposibilidad de cubrir las necesidades básicas de una vivienda. Las causas de esta problemática son multifactoriales, vienen determinadas por un conjunto de situaciones y acontecimientos que desencadenan una pérdida gradual de derechos, seguridad y bienestar y que acaba comportando la exclusión residencial, así como la exclusión social. En este sentido, Sales (2014) realiza una clasificación de estos factores en diferentes categorías: estructurales, institucionales, relacionales, personales, estos últimos incluyen todos aquellos derivados de las situaciones de cada persona relacionados con aspectos como las adicciones, las enfermedades crónicas o la diversidad funcional. También se encuentran aquellos factores resultantes de la discriminación y el estigma asociado a la orientación sexual e identidad de género, el consumo de sustancias, el estado serológico, la racialización y la situación administrativa irregular, entre otras.

Se entiende a la vivienda como un “abrigo de la intemperie” (Merton, 1963), que cumple una función de protección del exterior, de confort, de espacio seguro para las personas, a la vez, que la vivienda es aquel espacio en que

las personas satisfacen sus necesidades primarias, allá donde subsisten y desde donde cubren las necesidades biológicas y sociales. La vivienda se concibe, así como “el apoyo material de la actividad humana” y como tal cumple una función no solo indispensable para las personas, sino también insustituible (Strub, 1966). En este sentido, si partimos de la función social que tiene la vivienda, resulta preciso entenderla como el primer nivel necesario desde el cual las personas pueden adquirir unos mínimos de seguridad y bienestar, y que brinda la posibilidad de un punto de partida para iniciar un proceso de inserción social, de mejora de la calidad de vida y de gestión del consumo de sustancias.

Detectamos una gran dificultad ante la escasa oferta de dispositivos residenciales, en sus diferentes tipologías de atención, que acepten el consumo de alcohol y otras drogas. En general, la red de atención, apoyo y acompañamiento social no dispone de unidades residenciales dirigidas a personas que requieran media o baja intensidad de atención, durante un periodo de tiempo de estancia indefinida, que cuente con espacios de consumo supervisado, que acepte el consumo sostenido en el tiempo y que no establezca la abstinencia como requisito de acceso. Esta realidad repercute de forma negativa en un sector de la población que atendemos, que encuentra limitadas sus opciones de atención e inserción. Todo el sistema de atención social ha de adaptarse a las necesidades de la población, no al revés.

Esta realidad manifiesta la necesidad de dar respuesta desde espacios seguros, que contemplen la perspectiva de derechos y que acojan todas las

diversidades (afectiva, sexual, funcional, cultural...) en intersección con el consumo de sustancias y la experiencia de vivir con el VIH. Tal como propone Bowleg (2012) este enfoque permite comprender mejor y enfrentar las diferenciaciones y desigualdades en salud. En este sentido, se propone la incorporación del enfoque de género y de la cultura sexual gay como ejes estratégicos en la intervención con personas en riesgo o en situación de exclusión social que practican chemsex. Está claro que los estereotipos, los mandatos de género y también las representaciones culturales y normas sociales influyen de manera directa en las formas de comunicación, relación y comportamiento sexual y de consumo, así como también evidencian un efecto en la atención en el ámbito de la salud sexual y el uso de sustancias.

5. CONCLUSIONES

Resulta sumamente importante que la atención en el ámbito del *chemsex* vaya dirigida a la prevención, el tratamiento y acompañamiento, estableciendo en todos los casos, herramientas y estrategias específicas que consideren de forma imprescindible la perspectiva de género, la

cultura y el ocio en personas del colectivo LGTBI+, el enfoque de la reducción de riesgos y daños, el abordaje integral de aspectos conjuntos de consumo de sustancias y salud sexual, el trabajo comunitario y coordinado con distintos recursos que atienden a esta población, la intervención en contextos de ocio y en las apps de contactos, equipos multidisciplinares formados específicamente para estas atenciones, y una mirada profesional amplia, desconectada del trabajo con otros perfiles, que valore y analice esta realidad sin prejuicios, e intervenga desde una actitud de máximo respeto, empoderando a la persona como responsable y protagonista de su propio proceso. Por último, destacar que para comprender el fenómeno del *chemsex*, resulta indispensable tener en cuenta la categoría de género, su implicación en la evolución de la epidemia del VIH y en el consumo de sustancias, así como incorporarla en las acciones de prevención, atención y vigilancia del VIH y otras ITS, y en propuestas de tratamiento y reducción de riesgos en el ámbito de la salud sexual y las drogas, e incluirla en intervenciones innovadoras que acojan todas las diversidades desde una perspectiva interseccional.

BIBLIOGRAFÍA

Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX_ABORDAJE.pdf

Addolorato, G., Balducci, G., Capristo, E., Attilia, M. L., Taggi, F., Gasbarrini, G., & Ceccanti, M. (1999). *Gamma-Hydroxybutyric Acid (GHB) in the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: A Randomized Comparative Study Versus Benzodiazepine*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(10), 1596–1604.

Bones pràctiques: recursos residencials per a persones afectades pel VIH/sida amb dificultats per a la inclusió social. Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. 2010.

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*.

Bowleg L. *The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for Public Health*. *American Journal of Public Health*. 2012;102(7):1267-1273. doi: 10.2105/AJPH.2012.300750.

Coll, J., y 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.

Cripps, C. (1997). *Workers with attitude*. *Druglink*, 12, 15-17.

David Stuart, (2019) “*Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture*”, *Drugs and Alcohol Today*, Vol. 19 Issue: 1, pp.3-10,

Dolengevich-Segal, H., Salgado, B. R., Ramírez, J. G. A., & Sánchez-Mateos, D. (2015). *Nuevas Drogas Psicoactivas*. *Adicciones*, 27(3), 231-232.

Estrategia ONUSIDA 2016-2021 *Acción acelerada para acabar con el sida*. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf

Fisher, D. G., Reynolds, G. L., & Napper, L. E. (2010). *Use of crystal methamphetamine, Viagra, and sexual behavior*. *Current opinion in infectious diseases*, 23(1), 53–56.

Guasch, O. (1995). *La sociedad rosa*. Barcelona: Anagrama.

Jiayu H., Ying W., Zhicheng D., Jing L., Na H. y Yuantao H. (2020). *Peer education for HIV prevention among high-risk groups: a systematic review and meta-analysis*. BMC Infectious Diseases. 20:338. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-020-05003-9.pdf>

Koesters SC, Rogers PD, Rajasingham CR. *MDMA ('ecstasy') and other 'club drugs'. The new epidemic*. Pediatric Clinics of North America. 2002 Apr;49(2):415-433. DOI: 10.1016/s0031-3955(01)00012-8.

Indicadors de qualitat: llars residències i pisos amb suport per a persones amb SIDA. Institut català d'Assistència i Serveis Social.- Generalitat de Catalunya. 2009. Disponible: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD8031.pdf>

Lindsey B. (1997) *Peer Education: A Viewpoint and Critique*. Journal of American College Health; 45 (4): 187-90.

M. Meulbroek, A. Dalmau-Bueno, J. Saz, G. Marazzi, F. Pérez, J. Coll, H. Taboada, F. Pujol. (2020). *Falling HIV incidence in a community clinic cohort of men who have sex with men and transgender women in Barcelona*. Spain.

Merton, S.K, Et all. (1963) *Sociología de la Vivienda*. Ed.Paidós, Buenos Aires.

Molitor, F., Truax, S. R., Ruiz, J. D., & Sun, R. K. (1998). *Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users*. The Western journal of medicine, 168(2), 93–97.

O. Lapierre, J. Montplaisir, M. Lamarre, M. A. Bedard, *The Effect of Gamma-Hydroxybutyrate on Nocturnal and Diurnal Sleep of Normal Subjects: Further Considerations on REM Sleep-Triggering Mechanisms*, Sleep, Volume 13, Issue 1, January 1990, Pages 24–30.

OMS. Subsanan las desigualdades en una generación. Informe de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. Buenos Aires: OMS; 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf

Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Prórroga 2017-2020. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Disponible: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf

Saem de Burnaga, J. *Un homologue de l'ephedrine*. Bulletin de la Societé Chimique de France, 1929, vol. 45, p. 284-286.

Sales, A. (2014). *Diagnosi 2013: Les persones sense llar a la ciutat de Barcelona i l'evolució dels recursos de la XAPSL*. Disponible a: http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/2013/7/xarxa2_diagnosi2013.pdf

Simoni, JM, Franks, JC, Lehavot, K. y Yard, SS (2011). *Intervenciones entre pares para promover la salud: consideraciones conceptuales*. American Journal of Orthopsychiatry, 81 (3), 351–359.

Sloane, B. C., & Zimmer, C. G. (1993). *The power of peer health education*. Journal of American College Health, 41, 241-245.

Strub, E, (1966), *La Vivienda y el Desarrollo Económico*. Jornadas de la Unión Social de Empresarios Cristianos (USEC). Santiago de Chile.

Vigilancia epidemiológica del VIH y Sida en España 2019. Actualización 30 de junio de 2020 Disponible: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf

Wedin, G., Hornfeldt, C., & Ylitalo, L. (2006). *The Clinical Development of γ -Hydroxybutyrate (GHB)*. Current Drug Safety, 1(1), 99–106.

Zaro I, Navazo T, Vázquez J, García A, Ibarrochi L. *Aproximación al Chemsex en España 2016*. Realizado por Imagina Mas y Apoyo Positivo. Disponible en: <https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2017/04/Aproximaci%C3%B3n-Chemsex-en-Espa%C3%B1a-2016.pdf>

Zinberg, N. E. (1984). *Drug , Set , and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

APLICACIÓN DE
LA TERAPIA DE
ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO EN UN
CASO DE CHEMSEX.

*APPLICATION OF
ACCEPTANCE AND
COMMITMENT
THERAPY IN A CASE OF
CHEMSEX.*

Alejandro Rivero Pérez

Unidad de Atención a las Adicciones de San
Bartolomé de Tirajana

Fundación Yrichen

RESUMEN

Se presenta el estudio de caso de un hombre homosexual, con VIH, que muestra un consumo abusivo de sustancias psicoactivas durante los encuentros sexuales que mantiene con otros hombres. Este tipo de sesiones se conoce en la literatura científica como chemsex. Es un fenómeno emergente, dinámico y fuertemente vinculado a la cultura sexual gay. Tras la valoración inicial de esta persona, se identifica la evitación experiencial como motivo principal para que aquélla se involucre en estos encuentros. Por esta razón, se postula la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como posible intervención psicológica ya que ésta busca promover la flexibilidad psicológica y un comportamiento acorde a los valores individuales. Tras la introducción y contextualización del caso, se describe el proceso terapéutico que transcurre a lo largo de 11 meses. Finalmente, se exponen los resultados de esta intervención y se discute la eficacia de este abordaje contextual e idiográfico.

PALABRAS CLAVE

Terapia de Aceptación y Compromiso, Patrón de Evitación Experiencial, Chemsex, *Hombres Gais, Bisexuales y Hombres-que-tienen-sexo-con-otros-hombres* (GBHSH), VIH, estudio de caso.

ABSTRACT

The subject of this case study is a homosexual man, living with HIV, who shows an abusive psychoactive substances during sexual encounters with other men. This type of behaviour is known in scientific literature as chemsex. It is an emerging phenomenon and strongly linked to gay sexual culture. In this case, the frequent participation in this type of behaviour seriously affects the quality of life of this individual. After the initial assessment, experiential avoidance is identified as the main reason for his behaviour. For this reason, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is postulated as a possible intervention as it seeks to promote psychological flexibility. It also encourages commitment to personal values. After the introduction and contextualization of this case, the therapeutic process that takes place over 11 months is described. Finally, the results of this intervention are presented and the effectiveness of this contextual approach is discussed.

KEY WORDS

Acceptance and Commitment Therapy, Experimental Avoidance Pattern, Chemsex, *Gay Men, Bisexual Men and Other Men-Who-Have-Sex-With-Men*, HIV, case study.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una psicoterapia experiencial que representa una perspectiva sobre la psicopatología que subraya el papel de la evitación experiencial, la fusión cognitiva, la ausencia o debilitamiento de los valores y la rigidez e ineficacia conductual resultante (Hayes, 2001). Dicha terapia argumenta que el patrón de inflexibilidad psicológica es un esquema común a múltiples problemas que pueden presentar las personas, bajo formas aparentemente distintas (Hayes y col., 2006). Desde esta perspectiva y ampliando la idea de Molinero (2019), el uso descontrolado de drogas, en sesiones sexuales prolongadas, podría ser una búsqueda rígida de la felicidad y de evitación del malestar. Sin embargo, aunque se produjera tal bienestar a corto plazo, la forma de alcanzarlo terminaría por producir, paradójicamente, un incremento del malestar a posteriori. Este fenómeno ha sido descrito como patrón de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica (Hayes y col., 1996; Luciano y Hayes, 2001; Wilson y col., 2001; Törneke y col., 2007).

ACT permite a las personas flexibilizar su patrón conductual a través de tres mecanismos básicos (Törneke y col., 2015). En primer lugar, ayudando a las personas a que contacten, de manera experiencial, con las consecuencias de sus actos tanto a corto como a largo plazo. En segundo lugar, evaluando y trabajando en valores a fin de que la persona emprenda acciones en dirección a aquéllos para lograr una vida con sentido. Y en último lugar, cultivando la aceptación y la desidentificación de los eventos internos que conlleva nuestra historia personal, ayudando a que la persona discrimine la continuidad del yo frente a ellos.

Por otra parte, el chemsex es un término que se utiliza para referirse a un uso específico y recreativo de sustancias psicoactivas en un contexto sexual ligado, especialmente, a la cultura gay. Mientras que en el contexto europeo se ha llegado a un consenso para incluir a otro tipo de perfiles en la descripción de este fenómeno, la literatura científica española ha definido el chemsex como:

Un uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días) entre los hombres gais, bisexuales y otros hombres-que-tienen-sexo-con-otros-hombres (GBHSH). El elemento clave es el tiempo, porque a mayor tiempo, mayor exposición a diversos riesgos o daños (Fernández-Dávila, 2016).

Según el documento de posicionamiento del European ChemSex Forum (Berlin, 2018), la comprensión del chemsex no puede descontextualizarse de ciertas circunstancias que afectan al modo en el que el colectivo GBHSH vive su sexualidad. Entre ellas, el documento menciona los siguientes: el trauma que ha supuesto la epidemia del VIH en este grupo; el peso histórico del *bullying* hacia las personas LGTBQ+ y su sexualidad; la importancia de compartir actividades ritualizadas dentro de un grupo estigmatizado; las tensiones que existen en la comunidad sobre los conceptos de masculinidad y feminidad; la cultura de las saunas; y el uso de las aplicaciones de contacto gais a través de las cuales también se puede acceder a determinadas sustancias.

En el año 2021, los inicios de casos relacionados con la práctica chemsex representaron un 3,72% de la totalidad de hombres que empezaron tratamiento en la Unidad de Atención a las Adicciones (UAD) de San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria) donde se realiza el abordaje psicológico del caso descrito.

Por consiguiente, el acceso a esta problemática, la ausencia de evidencia científica que recomiende un modelo específico de intervención psicológica con usuarios de prácticas chemsex y la revisión de la literatura científica relacionada con el tratamiento de las adicciones desde ACT (Páez y Montesinos, 2019; Maia y col., 2021), facilita el objetivo de este estudio que pasa por proponer la Terapia de Aceptación y Compromiso como posible abordaje terapéutico e idiográfico de asuntos como el que se presenta. Caso que nos hace presuponer que el consumo abusivo de drogas del cliente en contexto sexual puede obedecer a una estrategia de evitación experiencial mantenida por contingencias tanto de reforzamiento positivo como negativo.

Método

Se propone un estudio de caso único cuyo abordaje se lleva a cabo en la UAD de San Bartolomé de Tirajana.

Participante

El caso estudiado es el de Saúl (nombre ficticio) que es un varón homosexual soltero de 31 años. Saúl es fruto de una relación extraconyugal de su madre quien, un lustro atrás, le pone al corriente de esta realidad. Hace unos

meses, aquél conoce al padre biológico, del que apenas sabe que tiene problemas con el alcohol y los juegos de azar.

Por parte de madre, Saúl tiene una hermana y dos hermanos, fruto de la relación de aquélla con Martín (nombre ficticio), a quién el cliente trata como su auténtico padre. Actualmente, Saúl está viviendo en la casa familiar. La relación con su familia nuclear es buena, siendo la madre su máximo apoyo.

A los 15 años, Saúl sufre un intento de violación por parte de un tío político. Este episodio sólo tuvo consecuencias familiares que desembocaron en comentarios negativos y homófobos sobre él. Posteriormente, a los 16 años, el cliente realiza un segundo intento autolítico a través de sobreingesta medicamentosa. Previamente, a los 13 años, había realizado un primer intento que estuvo relacionado con la ruptura sentimental de uno de sus hermanos.

A los 20 años, Saúl entra a trabajar en una importante cadena de supermercados nacional donde le forman exhaustivamente. A los 21 años, el cliente se inicia en el consumo de anfetaminas, por vía intranasal. Aunque los dos primeros consumos no se dan en contexto sexual, los siguientes sí se utilizan para tal fin. A los 23 años, logra promocionar a encargado de tienda y en este momento, el consumo, en contexto sexual, se da cada 15 días.

Cuando cuenta 25 años, el cliente reemplaza la anfetamina por la cocaína que también consume por vía intranasal y en contexto sexual. A los 27 años, contrae el VIH. Durante el desempeño de su trabajo, revela que es seropositivo a un compañero.

Esta confidencia acelera una serie de acontecimientos que, finalmente, acaba con el despido de Saúl. Con la liquidación del despido, Saúl monta un negocio con la ayuda de su pareja de entonces.

A los 28 años incrementa tanto la frecuencia e intensidad de episodios de consumo como su duración. Éstos se dan cada 10 o 15 días y, de media, duran dos días. Para estas sesiones chemsex, Saúl suele comprar 15 gramos de cocaína y contratar los servicios de prostitutas de uno-en-uno.

A los 29 años, se ve obligado a traspasar su negocio, recuperando sólo una pequeña parte de la inversión realizada. Posteriormente, se apunta en tres empresas de trabajo temporal (ETT) y pronto empieza a trabajar en hoteles turísticos como camarero o lavaplatos. Con 30 años, Saúl acude a la UAD derivado por su médica de cabecera. A lo largo de su vida, ha acudido a siete terapeutas.

Instrumentos

Desde la perspectiva biomédica, se contemplan dos variables relacionadas. El seguimiento del tratamiento antirretroviral (TAR) y la comparativa de los análisis de sangre que le realiza, en el transcurso de la terapia, la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. El primero de éstos se efectúa justo en al inicio del tratamiento en la UAD mientras que el segundo se lleva a cabo ocho meses después.

Por otra parte, se utilizan tres instrumentos psicométricos, a saber: Escala de Evaluación del Cambio, Universidad

de Rodhe Island (URICA) (McConaughy y col. 1983; McConaughy y col., 1989; Rossi y col., 1992); Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) (Bond y col., 2011; adaptación española de Ruiz y col., 2013); y el Registro del Malestar y Acciones Valiosas (Hayes y col., 1999; Wilson y Luciano, 2002).

El URICA un cuestionario de autoinforme de 32 ítems que incluye cuatro sub-escalas que miden las fases del cambio: *Precontemplación*, *Contemplación*, *Acción* y *Mantenimiento*. Las respuestas se entregan en una escala tipo Likert de 5 puntos ordenados de la siguiente manera: 1 (*totalmente en desacuerdo*); 2 (*bastante en desacuerdo*); 3 (*ni de acuerdo, ni en desacuerdo*); 4 (*bastante de acuerdo*); y 5 (*totalmente de acuerdo*). Cada sub-escala está conformada por 8 ítems. Este test sólo se aplica al inicio de la intervención psicológica. El resultado del test ubica al cliente en el estadio motivacional de contemplación al inicio del proceso psicológico.

EL AAQ-II mide la flexibilidad psicológica a través de 7 ítems de respuesta tipo Likert desde 1 (*nunca es verdad*) hasta 7 (*siempre es verdad*). A mayor puntuación, mayor grado de evitación experiencial. Las puntuaciones promedio de la población clínica son superiores a 29 puntos. Este cuestionario se pasa en dos ocasiones diferentes del proceso terapéutico. La primera medida arroja un resultado de 47 puntos, lo cual indica un nivel alto de evitación experiencial en el cliente.

El Registro de Malestar y Acciones Valiosas es un autorregistro compuesto por cuatro preguntas referentes a la intensidad del malestar, el esfuerzo empleado para

eliminarlo, el compromiso que ha mostrado con sus acciones y la valoración de las mismas. Las preguntas se contestan dando una puntuación de 1 a 10. Los valores cercanos a 1 implican poca frecuencia e intensidad, ausencia de lucha emocional, insuficiente compromiso y escasa valoración mientras que los valores cercanos a 10 indican lo contrario en cada una de las cuestiones planteadas.

Intervención

La intervención psicológica se desarrolla a lo largo de 11 meses naturales. En este intervalo de tiempo, se celebran un total de 33 sesiones de 45 minutos. Desde el inicio del proceso, se programan las consultas semanalmente, aunque sólo a partir de la segunda, de las tres fases descritas, se cumple esta periodicidad. La mayoría de las sesiones tienen lugar de manera presencial.

Las principales metáforas y ejercicios que se aplican durante el proceso terapéutico se pueden encontrar en los manuales de Hayes, Strosahl y Wilson (2014) y Wilson y Luciano (2002). Por otra parte, el tratamiento médico que se pauta al inicio es el siguiente: Fluoxetina 20 (1-0-0) y Olanzapina 5 (0-0-1).

Fase 1: Se realizan 8 sesiones en un intervalo de 3 meses y medio. En esta primera fase, se formaliza la evaluación y un primer análisis funcional del caso donde se detecta otras dos conductas problemas relevantes. Dichas conductas son topográficamente diferentes, pero equivalentes en su función de evitación experiencial. El patrón rígido de inflexibilidad psicológica que presenta Saúl le ayuda a aliviar el malestar a corto plazo. Sin embargo, a medio y largo plazo, ha terminado por alejarle de aquellas direcciones valiosas que darían a su vida el sentido que ahora no reconoce.

| ANTECEDENTES | CONDUCTAS PROBLEMA | CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO | EFFECTOS A MEDIO Y LARGO PLAZO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inquietud que provoca no tener contrato indefinido | Consumo abusivo de drogas en contexto sexual | Alivio temporal del malestar que le provoca pensar o entrar en contacto con lo vivido | Insatisfacción con su vida familiar y social, con sus relaciones íntimas, con el autocuidado |
| Pensamientos intrusivos acerca de la productividad cuando no trabaja | Episodios de ingesta compulsiva de comida en casa y trabajo | Evitación del posible rechazo de potenciales parejas por tener VIH | Importante deuda económica que le genera mucha ansiedad |
| Situaciones sociales que precipitan sentimientos de vergüenza, de culpabilidad (seropositivo) | Enlace de turnos laborales en diferentes hoteles hasta llegar a trabajar 14-16 horas seguidas (varias veces por semana) | | Aumento de la carga viral. Obesidad. Colesterol |

Tabla 1. Resumen Análisis Funcional del Caso

Desde el primer momento, el terapeuta reconoce a Saúl como protagonista principal del proceso. Se valida las cogniciones, las conductas y las emociones de aquél a fin de empezar a cultivar la aceptación de su propia historia.

En la tercera sesión, se introduce la desesperanza creativa utilizando a través de la *metáfora del hombre en el hoyo*. ejercicio del elefante rosa para abordar también el problema del control de los pensamientos intrusivos aversivos. En la siguiente sesión presencial, se empieza a utilizar ejercicios de mindfulness para trabajar el estado de presencia. Sin embargo, el trabajo terapéutico durante esta fase carece de la continuidad necesaria y termina por interrumpirse cuando el psicólogo coge las vacaciones.

Fase 2: Esta segunda etapa de la intervención psicológica comprende 3 meses y medio durante los cuales se celebran 14 sesiones con periodicidad semanal.

Esta fase comienza con una sesión donde Saúl refiere haber participado, hace una semana, en una sesión chemsex uno-a-uno de tres días. Durante la misma, el cliente utiliza, por primera vez, la vía intravenosa para consumir mefedrona. Se realiza un breve análisis funcional del episodio a fin de que Saúl empiece a tomar conciencia de las consecuencias derivadas de su patrón rígido de afrontamiento. Asimismo, se recuerda la metáfora del hombre en el hoyo para subrayar la desesperanza creativa empleada en la primera fase. Se detalla extracto de esta intervención.

Terapeuta (T): Saúl, si te he entendido bien, la mañana de tu día libre, el miércoles, te sentías muy nervioso, ¿verdad?

Cliente (C): Sí, así es.

T: Y al parecer, según lo que recuerdo de las conversaciones anteriores, eso te pasa a menudo. Quiero decir, los días libres, si no tienes algo que hacer, ¿empiezas a sentir esa ansiedad que ya has descrito anteriormente?

C: Sí, sí. No puedo estar sin hacer nada. Siempre tengo que tener la cabeza ocupada porque si no, me pongo muy nervioso.

T: Creo que lo voy entendiendo... el miércoles tenías el día libre, no tenías absolutamente nada que hacer y, como consecuencia de ello, empezaste a sentirte cada vez más ansioso a medida que la transcurría la mañana... ¿tiene sentido lo que digo?

C: Sí, lo tiene.

T: Vale... comprendo... supongo, entonces, que, a primera hora de la tarde, cuando ya no tolerabas ese malestar, te entraron las ganas de comprar cocaína y llamar a alguno de los prostitutas que tienes en la agenda...

C: Sí, algo así fue lo que pasó, pero la verdad es que no tengo ganas de pensar más ello.

T: Es del todo comprensible que no quieras pensar más sobre ello...debe ser muy doloroso darse cuenta de cómo fueron precipitándose los acontecimientos en tu día libre... darse cuenta de las consecuencias que ha tenido para ti ese modo de afrontar la ansiedad...

C: Sí, lo es. Por eso, prefiero no hablar más sobre este tema... ahora sólo quiero recuperar el dinero lo antes posible y devolverle a mi madre lo que me ha prestado.

T: Discúlpame si te has sentido presionado por mi parte, Saúl... aunque, si me lo permites, me gustaría preguntarte acerca de una última cuestión, ¿cómo tienes pensado recuperar ese dinero.? ¿vas a aceptar los turnos que te siguen ofreciendo las ETT?

C: Sí... es lo que tengo pensado... en realidad, ya tengo tres turnos esta semana.

T: Entiendo, hacer lo que siempre has hecho...trabajar 12, 14 o 16 horas diarias para salir del agujero en el que te encuentras...igual que el hombre que sigue cavando en el hoyo porque está convencido de que es el único modo de salir de allí...

C: Ya... es lo que puedo hacer ahora mismo para ganar más dinero. No sé, ¿tú qué harías en mi lugar?

T: ¿Para ganar más dinero o para salir de hoyo en el que te encuentras? ...en realidad, no sé qué responderte ahora mismo, pero sí que puedo preguntarte cómo te ha ido hasta ahora, con la pala en la mano...

C: No muy bien, la verdad. Estoy aquí, ¿no? Supongo que tendría que hacer algo diferente.

T: No creo que perdamos nada por intentar algo nuevo, Saúl. Y se me ocurre que, quizás, en consulta, podamos descubrir el modo de hacer algo diferente, algo distinto que te ayude a tener una vida plena, ¿qué te parece?

Tras esta sesión, Saúl se compromete y asiste puntualmente a todas las citas programadas. En la sesión nº 10, se empieza el trabajo con los valores. Se utiliza el *Formulario de Metas, Acciones y Barreras* (Hayes y col., 1999) para clarificar las direcciones valiosas del cliente, así como los objetivos que debemos marcarnos en la terapia. En este mismo sentido, se introduce la metáfora del jardín para esclarecer qué áreas son importantes para su vida. El cliente especifica metas temporales acorde con sus valores, así como las acciones concretas para alcanzarlas, en cinco áreas: familia, pareja, salud, economía y trabajo.

De manera paralela al trabajo con valores y el compromiso con los mismos que guía la segunda fase de la intervención psicológica, se entrena el resto de procesos que configuran la flexibilidad psicológica. Se usan múltiples metáforas y ejercicios a lo largo de esta etapa. Se detalla, mediante tabla, los principales componentes terapéuticos aplicados.

| SESIÓN | COMPONENTES TERAPEÚTICOS | MÉTODOS, EJERCICIOS, METÁFORAS Y EJEMPLO |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11-12 | Esclarecimiento de los valores Desesperanza Creativa Validación | Formulario de Metas, Acciones y Barreras (hoja de ruta) Diálogo socrático para analizar las contradicciones Metáfora del viaje Metáfora del Jardín |
| 13-15 | Esclarecimiento de valores Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas (en el trabajo) Aceptación Defusión | Revisión de las acciones concretas Metáfora del jardín Análisis Funcional Rol playing Ejercicio con las palmas de las manos (para diferenciar aceptación versus lucha emocional) La mente no es tu amiga Ejercicio de fisicalización |
| 16-19 | Defusión Aceptación El control de los eventos internos Perspectiva del Yo-contextual | Revisión de las acciones Ejercicio de fisicalización Ejercicio poner un nombre a la mente Análisis funcional (positivo en Covid-19) Metáfora del polígrafo Ejercicio del Elefante Rosa Metáfora del jardín Metáfora del tablero de ajedrez |

Tabla 2. Desarrollo de las sesiones de la 2ª fase

En las sesiones posteriores, se empieza a abordar el seguimiento de reglas tipo pliance que Saúl sigue tales como “el no uso de condón” o “el número alto de parejas sexuales que debe tener”. A lo largo de estas intervenciones, se utiliza frecuentemente preguntas tipo: ¿eso está al servicio de lo que quieres para tu vida? ¿quién te está diciendo eso? ¿qué te dice la experiencia? ¿te parece que estás aceptando o, por el contrario, estás luchando en estos momentos? ¿qué no te estás permitiendo?

Fase 3: Se diferencia esta etapa de la anterior no porque sea disruptiva respecto a ésta, sino porque se empieza a utilizar

instrumentos psicométricos relacionados con ACT. En la primera sesión de esta fase, nº 23 en el cómputo general, se aplica el cuestionario AAQ-II (Ruiz y col., 2013). De la misma manera, se pide al cliente que rellene, semanalmente, el Registro del Malestar y Acciones Valiosas (Wilson y Luciano, 2002). El cumplimentado de este autorregistro permite constatar el esfuerzo que Saúl emplea para eliminar el malestar. Por consiguiente, y durante esta fase, se potencia los estilos de respuesta abierta y centrada a fin de flexibilizar el patrón de afrontamiento de dicho malestar.

Resultados de la intervención

Tras ocho meses de intervención, se aprecia mejoría en la comparativa de

los parámetros de las analíticas de sangre realizadas. Se detalla aquélla seguidamente.

| PARÁMETROS/VALORES DE REFERENCIA | JUNIO DE 2021 | FEBRERO DE 2022 |
|----------------------------------|---------------|-----------------|
| Hb (12- 17) | 15.4 | 16.2 |
| Glucosa (70- 110) | 103 | 82 |
| CT (120- 200) | 216 | 185 |
| TG (30- 150) | 189 | 122 |
| CV VIH-1 | <20 | Indetectable |
| LT CD3 (980- 2300) | 2075 | 2292 |
| L CD3+/CD4+ (540- 1660) | 1137 | 1280 |
| L CD3+/CD8+ (261- 710) | 796 | 875 |
| Cociente CD4/CD8 (1-4) | 1.4 | 1.5 |

Tabla 3. Comparativa en los parámetros de hemograma y bioquímica.

Desde el punto de vista médico, la evolución favorable de los parámetros está relacionada tanto con los nuevos hábitos de vida saludable implementados como a una mejor adherencia al TAR. Asimismo, resulta determinante la no exposición continuada del cliente a situaciones que puedan debilitar la inmunidad: contacto con personas infectadas por VIH y otro tipo de infecciones.

En cuanto a los datos psicométricos, se realiza una segunda aplicación del AAQ-II (Ruiz y col., 2013) 2 meses y medio después de la primera. El cliente obtiene una puntuación de 18, lo cual supone una reducción del 62% en inflexibilidad psicológica. Dicha valoración sitúa a Saúl en la media de la población no clínica. En esa misma línea, la evolución del Registro del Malestar y Acciones Valiosas (Wilson y Luciano, 2002),

manifiesta que Saúl ha logrado avances importantes tanto en la aceptación como en la defusión de los eventos internos siendo fiel a sus direcciones valiosas.

Por otra parte, Saúl muestra cambios apreciables en tres de las dos conductas problemas identificadas. El cliente disminuye considerablemente las jornadas dobles, siendo éstas apenas inexistentes a partir de la segunda fase de la intervención. En cuanto a la ingesta compulsiva de comida, Saúl logra parar completamente los episodios en la segunda fase.

Respecto a las sesiones de chemsex, Saúl consigue interrumpir la periodicidad quincenal que mantenía antes del inicio de la terapia. En el intervalo que va desde el inicio de la segunda fase hasta la redacción de este trabajo, el cliente consume en cinco ocasiones en contexto sexual. Sólo dos de esas sesiones se consideran de especial relevancia tanto por el tiempo empleado como por las consecuencias que tienen en la esfera personal y familiar de aquél. A pesar de estos episodios, Saúl es capaz de mantener relaciones sexuales satisfactorias sin el uso de drogas a partir de la segunda fase.

Discusión

El *Documento Técnico sobre el Abordaje de la Salud Mental del Usuario con Prácticas de Chemsex* (Soriano y col., 2020) subraya que “el abordaje terapéutico constituye la piedra angular en el tratamiento de un usuario de chemsex que presenta problemas derivado de éste”. Asimismo, constata que es un fenómeno complejo que suele precisar

de diferentes intervenciones psicológicas para tratar las múltiples necesidades de las personas usuarias. De igual manera, confirma que, actualmente, no existe evidencia científica que recomiende una intervención específica para tratar a los usuarios de chemsex que desarrollen alguna problemática.

La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso ha resultado ser beneficiosa para el cliente. Éste ha cesado o, al menos, interrumpido la frecuencia de las conductas problemas inicialmente identificadas. La evolución favorable de aquél ha ido de la mano del incremento en flexibilidad psicológica, la cual se ha cultivado en un ambiente de acogida, respeto y compasión. La perspectiva contextual-funcional de ACT ha facilitado terciar en otras problemáticas que, de manera transversal, han ido apareciendo a lo largo del proceso. Éstas quizás exceden a los objetivos de una UAD. Sin embargo, el compromiso del cliente con sus direcciones valiosas, así como el vínculo con el terapeuta han permitido abordarlas sin necesidad de coordinación con Unidad de Salud Mental o Centros de Salud Sexual. Por consiguiente, se señala la polivalencia de ACT para tratar diferentes conductas problemas caracterizadas por un patrón de inflexibilidad psicológica crónico y se propone seguir estudiando su utilidad en casos de chemsex. Aun así, y tal como indica el documento técnico, se entiende que tanto la coordinación como un futuro abordaje integrado cobran especial importancia en este tipo de casuística compleja.

Mientras tanto, se cree necesario revisar los protocolos de evaluación y la disposición de las UAD para valorar

realidades como el Chemsex, donde el uso de sustancias psicoactivas no se puede desvincular de la sexualidad de la persona consultante. Igualmente, se concluye que una mejor monitorización del progreso del cliente hubiera permitido intervenciones más precisas. Sin duda, los instrumentos psicométricos de corte contextual ayudaron a detectar que, a pesar de las mejorías apreciables del cliente, era necesario seguir entrenando los estilos de respuesta abierta y centrada de éste.

Del mismo modo, la resistencia inicial del cliente a ser tratado por un psicólogo heterosexual ha interferido en el comienzo del proceso terapéutico. Esta

cuestión revelada en la segunda fase, es algo que plantea el documento técnico citado. Éste sugiere que la atención psicológica sea llevada por pares. Sin pretender debatir esta recomendación, sí se cree necesario enfatizar que, en caso de prejuicios, el o la profesional debe fomentar su propia flexibilidad psicológica a fin de crear un ambiente seguro con personas de colectivos históricamente estigmatizados. Como ha propuesto Vilardaga (2012): “el objetivo de los protocolos ACT no es eliminar los prejuicios o pensamientos estereotipados, sino el de darles cabida psicológica y el fomentar acciones conscientes basadas en los propios valores”

BIBLIOGRAFÍA

Curto J., Dolengevich H., Soriano R., y Belza M. J. (2020). *Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex*. MSD

Espinosa, F. P. (2010). *La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 15 (1), 5-19.

European ChemSex Forum. (2018) *Position paper from organisers and participants of the 2nd European Chemsex Forum*. Berlin. <https://ihp.hiv/chemsex-position-paper/>

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.

Hayes, S. C., Strosahl, K.D., y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Editorial Descleé de Brouwer.

López, M. (2014). *Estado actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en adicciones*. Health and Addictions / Salud y Drogas, 14 (2), 99-108

Luciano, C., Páez, M., y Valdivia, S. (2010). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1), 141–165.

Maia, M. F. C., Santos, B. F. dos, Castro, L. C. de, Vieira, N. S. T., y Silveira, P. S. da. (2021). *Acceptance and Commitment Therapy and drug use: a systematic review*. *Paidéia*, 31, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3136>

Molinero, J. M. (2019). *La terapia de aceptación y compromiso como alternativa en el tratamiento de las adicciones*. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (101), 14-17.

Montesinos, F., y Páez, M. (2012). *La aplicación de ACT en la superación de barreras psicológicas en la sexualidad*. In Marisa Páez Blarrina y Olga Gutiérrez Martínez (Coords.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 183-201). Pirámide.

Páez, M., y Montesinos, F. (2019). *Claves y evidencias en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las adicciones*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 45, 1–24. <https://doi.org/10.33776/amc.v45i171-2.3682>

R. Cachay, E. (2021). *Tratamiento farmacológico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)* MD, MAS, University of California, San Diego School of Medicine.

Vallejos-Flores, M., Faccio, C., y Luque, W. (2019). *Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA): validez y confiabilidad en drogodependientes*.

Valverde Eizaguirre, M. Á., y Inchauspe Aróstegui, J. A. (2017). *El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas*. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37 (132), 529–552.

Vilardaga, R. (2012). *Estigma y prejuicios*. En Marisa Páez Blarrina y Olga Gutiérrez Martínez (Coords.), *Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)* (pp. 251-267). Pirámide.

Wilson, K., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a valores*. Pirámide.

Pablo Casero Fernández

Psicólogo licenciado y Máster en Terapia Cognitivo Social, ambos por la Universidad de Barcelona. Máster en Psicoterapia Analítica Grupal por la fundación OMIE Barcelona (Fundación Vasca para la Investigación en Salud Mental) y la Universidad de Deusto. Debutó su práctica terapéutica hace 12 años en la Unidad de VIH del Hospital General de L'Hospitalet de Llobregat, continuando en la Coordinadora LGTB de Catalunya. Actualmente compagina la práctica privada con la coordinación psicológica del Servicio Chemsex Support y la atención psicoterapéutica en la Asociación Stop Sida.

Gerard Funés Martín

Graduado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universitat de Barcelona. Como voluntario de la comisión ChemSex Support ha participado en los programas de intervención entre pares, consultas, elaboración de guías de buenas prácticas, charlas, formación de nuevos voluntarios, de personal sanitario (ICS, Universidad Carlos III) y de otras entidades, de cuerpos policiales y en atención en caso de emergencias en contexto chemsex. También ha participado en iniciativas de incidencia política y grupos de trabajo sobre chemsex, trabajo sexual y sus interseccionalidades en el Consell Municipal LGTBI+ de Barcelona, FELGTBI+, y en el Parlament de Catalunya.

Jordi García Rodríguez

Especializado en psicología social, política y cultural. Voluntario en Reducción de Riesgos (Energy Control) desde 2015 años y con experiencia en salas de Reducción de Daños. En 2018 como técnico de Energy Control para realizar

intervenciones a adolescentes en ocio nocturno y formaciones a institutos. A partir de 2019 hasta la actualidad, como responsable de Chem-Safe, proyecto que atiende al chemsex desde la Gestión de Placeres y Riesgos, diversas formaciones a profesionales y personas usuarias. Portavoz de ABD en los medios de comunicación, siendo referente sobre los temas asociados al uso sexualizado de sustancias. Miembro del Grupo de Trabajo de Chemsex de ABD.

Aldana Menéndez Ramírez

Desde el año 2004 dedicada al estudio, la formación e intervención en el ámbito de la salud sexual con personas usuarias de drogas, mujeres y jóvenes. Especializada en perspectiva de género e interculturalidad en el ámbito de la educación y la salud sexual. Coordinadora de programas de prevención, sensibilización y atención en el ámbito del VIH/sida. Coordinadora de la Comisión de VIH y Exclusión Social de Cataluña (ECAS). Miembro del Grupo de Trabajo de Chemsex de ABD.

Mercè Meroño Salvador

Llicenciada en Psicologia por la U.B.. Máster en Salud Pública. Directora de programas del área de trabajo sexual y violencias machistas. Coordinadora de la web siemprevivas.org. Coordinadora de investigaciones cualitativas en el área de reducción de daños y consumo de sustancias. Presidenta de la Fundació Àmbit Prevenció.

Rubén Mora Mesquida

Licenciado en psicología especialidad clínica. Postgrado en terapia cognitivo-social (Universidad de Barcelona). Postgrado en Infecciones de Transmisión Sexual (Universitat Autònoma

de Barcelona). Técnico de proyectos de la Asociación Stop Sida desde el año 2009 y co-gerente de la entidad desde 2018. Miembro del grupo de trabajo de chemsex del Plan Nacional del Sida (PNS) y de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. Psicólogo del servicio ChemSex Support de Stop Sida. Coordinador del estudio "Homosalud2021". Formador en diversidad sexual y abordaje del chemsex para el Instituto de salud Carlos III, Institut Català de la Salut (ICS), Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) y otras instituciones.

Laura Moreno Rozas

Psicóloga/Psicoterapeuta con experiencia en el ámbito clínico desde el año 2003 y habilitada para la práctica clínica por la Consejería de Sanidad. Máster/Especialista en Adicciones, Clínica Psicoanalítica con Niños, Adolescentes y Adultos, Terapia Multifamiliar, Psicología General Sanitaria y en el Abordaje Integrado de la Salud Sexual y los problemas de Consumo de Drogas en el contexto del Chemsex. Ha trabajado en la Comunidad de Madrid en la red pública de drogas durante los años 2003-2016, desde 2011 hasta la actualidad en la atención clínica privada, siendo miembro de Energy Control (ABD) desde el año 2008 y habiendo coordinado la delegación de Madrid durante los años 2008-14, y estando actualmente ubicada en la coordinación del Área de Drogas y Adicciones Comportamentales de ABD en Madrid, desde el año 2018. Miembro del Grupo de Trabajo de Chemsex de ABD.

Carmen Joa Peralbo Bruno

Grado en Estudios socioculturales de género, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Tècnica de género en

el servei Àmbit Dona y en el programa "outreach" de trabajo sexual y consumo de sustancias de la Fundació Àmbit Prevenció.

Alejandro Rivero Pérez

Psicólogo de la Fundación Canaria YRICHEN en la UAD de El Tablero, San Bartolomé de Tirajana, Gran Canaria. Especialista en Terapias Contextuales, experto en Mindfulness en la Práctica Clínica y Máster en Psicopatología y Salud. Comenzó como voluntario en nuestra entidad y asumió luego tareas profesionales de su especialidad en el ámbito ambulatorio y en la comunidad intrapenitenciaria. En los últimos años se ha especializado también en la atención a pacientes derivados de problemáticas asociadas al chemsex, fenómeno en el que ha liderado el estudio y análisis desde nuestra entidad.

Luis Villegas Negró

Trabajador social. Técnico de proyectos de la Asociación Stop Sida desde el año 2004 hasta la actualidad. Coordinador de la comisión de voluntariado de usuarios y ex usuarios de chemsex y coordinador del Servicio de ChemSex Support, entre otras funciones técnicas. Co-gerente de la ONG Stop Sida desde 2018 hasta la actualidad. Formador en diversidad sexual y abordaje del chemsex para el Instituto de salud Carlos III, Institut Català de la Salut (ICS), Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) y otras instituciones. Participante en grupos de trabajo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y del Ministerio de Sanidad para el abordaje del chemsex. Participación en: "Documento técnico sobre abordaje del fenómeno del chemsex". Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.

SI QUIERES PARTICIPAR

Primer semestre de 2024. Nº 42:

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. La revista se edita en formato digital accesible a través de la página web de nuestra entidad (www.dianova.es). Esta publicación tiene como objetivo facilitar la difusión entre la comunidad profesional e investigadora que intervienen en el campo de las adicciones y aquellas personas que tengan interés en este ámbito de trabajo de los últimos adelantos y estudios científicos que tengan relevancia en el campo de intervención, difundir buenas prácticas, identificar tendencias y posibilitar un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias donde puedan participar profesionales de diferentes ámbitos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA


Los textos serán enviados por correo electrónico a comunicacion@dianova.es, mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word). Todas las fotos, tablas y gráficos que se muestren en el documento

serán enviados como archivos adjuntos independientes. Los escritos deben tener entre cuatro mil (4.000) y seis mil (6.000) palabras, incluyendo las referencias bibliográficas y el resumen. Todos los textos deben presentarse en papel DIN A4, en fuente Times New Roman 12 a doble espacio. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha. Todos los escritos deben incluir el título en español y en inglés, centrado, en mayúsculas y negrita. Debe anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, de cien (100) palabras máximo, y cinco (5) descriptores o palabras clave (en español y en inglés) con fines de clasificación. Para las citas y las referencias bibliográficas Infonova se acoge a los estándares establecidos por la American Psychological Association (APA).

Los/as autores/as deben anexar una síntesis de su currículum vitae (en hoja separada) en la que aparezcan los siguientes datos: nombres y apellidos completos, ciudad y país de nacimiento, títulos académicos con el nombre de la institución que los confirió, institución donde trabaja, si es el caso; cargo que desempeña.

Asociación Dianova España se reserva el derecho de resumir los CV que se excedan de este espacio.

#HazteDonanteDianova

dianova 
www.dianova.es

Rellena este cupón o llama al +34 91 468 87 65
o entra en www.dianova.es

Nombre: _____
Apellidos: _____
NIF: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Código Postal: _____
Población: _____ Provincia: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

ENTIDAD BANCARIA PARA INGRESOS O TRANSFERENCIAS

Banco Santander: ES91 0049 5124 6126 1642 4646

(Por favor, envíanos el comprobante de la entidad bancaria)

Domiciliación bancaria

Titular de la cuenta: _____

NIF: _____

Número de cuenta:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha: _____ de _____ de 201...

Firma: _____

Importe Periodicidad
 10 € 20 € € Trimestral Semestral Anual

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos con carácter personal, tus datos forman parte de un fichero titularidad de Asociación Dianova España, declarado en el Registro General de Protección de Datos, creado con la finalidad de gestionar los donativos recibidos por la organización. Así mismo, tus datos serán utilizados por Asociación Dianova España para informarte sobre otras actividades de nuestra organización. Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita a Asociación Dianova España. Dpto. de Protección de datos, calle de Costada 18. 28028 Madrid.

No deseo recibir información de Asociación Dianova España

Para cualquier consulta puedes dirigirte a: colabora@dianova.es
o llamando al +34 91 468 87 63. Asociación Dianova España
Calle de Costada 15. 28028 Madrid

