

CAPÍTULO 1

APROXIMACIÓN AL CHEMSEX

DANIEL ÍNCERA FERNÁNDEZ

En este primer capítulo se presenta una aproximación a los conceptos «uso recreativo de drogas», «uso sexualizado de drogas», y «chemsex», así como su desarrollo histórico. A continuación, se prosigue con una revisión sobre la prevalencia y el perfil sociodemográfico de los participantes en el chemsex. En último lugar se realiza una descripción sobre los medios, contextos, y motivaciones que subyacen a las sesiones de chemsex.

1.1. USO RECREATIVO DE DROGAS, USO SEXUALIZADO DE DROGAS Y CHEMSEX

El «uso recreativo de drogas» (URD) es un importante problema de salud pública que se relaciona con el consumo de una o varias sustancias entre la población general. Su uso se ha relacionado con crear, mejorar o intensificar una experiencia recreativa, o con otros propósitos casuales o pasatiempos, y no por razones médicas (1,2). Algunas sustancias empleadas en contextos recreativos han sido consumidas de forma regular por una cantidad significativa de la población, y se han asumido como parte de un comportamiento socialmente aceptado (p. ej., el alcohol, la nicotina y/o la cafeína). Entre las sustancias consumidas en contextos recreativos también se encuentran aquellas catalogadas en los tratados de fiscalización internacional de drogas vigentes (p. ej., cannabis, cocaína, y heroína), como la Convención Única sobre Estupefacientes (3), la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas (4), y el Convenio sobre Sustan-

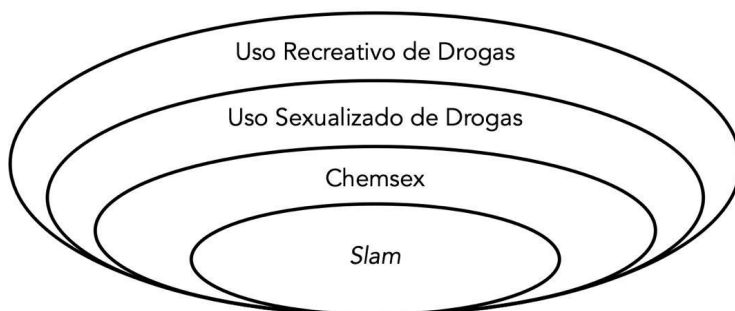
cias Psicotrópicas (5). Estas sustancias pueden clasificarse según el efecto que producen en el sistema nervioso central como estimulantes, depresoras o alucinógenas. Según su origen, pueden ser naturales o sintéticas. Según su situación legal, pueden ser lícitas o ilícitas. Si se trata de nuevas drogas, conforman el grupo de sustancias emergentes o nuevas sustancias psicoactivas (6). Aunque el URD normalmente se ha asociado a usos ocasionales o moderados (p. ej., en fiestas, festivales de música, y/o eventos concretos), algunas personas pueden presentar consumos compulsivos en diversos contextos a pesar de sus consecuencias negativas (7). Entre estos contextos encontramos el festivo (8,9), el deportivo (10,11), el artístico (12,13), y/o el sexual (14,15), entre otros. Es de destacar que, aunque el URD puede estar asociado a la actividad sexual, esta relación puede ser incidental en lugar de intencional. Por ejemplo, imaginemos el caso de una pareja que consume ciertas sustancias en un contexto festivo con el objetivo de mejorar la experiencia lúdica y, posteriormente, mantienen relaciones sexuales. Esta asociación entre consumo de sustancia y sexo parece ser más improvisada que planificada, como sucede en el consumo de drogas con fines sexuales.

Por su parte, el «uso sexualizado de drogas» (USD) es un tipo de URD que se caracteriza por el consumo intencional de sustancias en contextos sexuales, principalmente asociado con hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) (15–17). Este tipo de consumo no es propio ni único de los GBHSH. No obstante, existen evidencias que apuntan a que el USD es más común entre el colectivo de personas lesbianas, gais, trans, bisexuales, y otras identidades sexuales y de género (LGTB+), en comparación con las comunidades heterosexuales (18–20).

Algunos estudios señalan que el consumo de sustancias psicoactivas induce un aumento del deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres, con independencia de su género y orientación sexual (21,22). Como señalan Lawn et al. (23, p.10) el USD «no se limita a los hombres que tienen sexo con otros hombres homosexuales en el contexto del chemsex», cuestión por la que en los últimos años algunos estudios también han analizado el consumo de sustancias en contextos sexualizados en hombres y mujeres heterosexuales (24–29). Uno de los primeros estudios en analizar el consumo de drogas en estos contextos fue el llevado a cabo por Molitor et al. (30) en Sacramento (California), con una muestra de 258.567 participantes. Estos autores encontraron que el 4,4% de los hombres heterosexuales consumidores de metanfetamina lo hacía durante las relaciones sexuales, frente al 2,4% de los hombres homosexuales. En España, el primer estudio en analizar la prevalencia y las diferencias de sexo entre personas heterosexuales que hacían USD fue el desarrollado por Íncera-Fernández et al. (25). En dicho estudio se halló que aproximadamente el 12% de los 1.181 participantes en su investigación se habían implicado en el USD en los 18 meses previos. El alcohol, el cannabis y la 3,4- metilendioxitmetanfetamina (MDMA) fueron las sustancias más utilizadas con fines sexuales. Asimismo, el USD se relacionó con tener más parejas sexuales, mantener sexo con penetración sin

condón, practicar algún fetiche, haber sido diagnosticado de sífilis, clamidia u otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y presentar síntomas de depresión (no de ansiedad), tanto en hombres como en mujeres. Otro estudio señaló que casi la mitad (46%) de los *swingers*, (parejas heterosexuales y/o bisexuales, sexualmente activas, con una edad media alta, que tienen sexo con otras parejas, y/o con solteros/as), informaron haber consumido diferentes drogas con fines sexuales (31). De la misma forma, diversas investigaciones informaron que el consumo de alcohol y drogas en contextos sexuales también es relativamente común entre las trabajadoras sexuales y sus clientes (32,33), así como entre algunas mujeres lesbianas (24,34). En suma, el USD podría presentarse en diferentes contextos, en cuanto su orientación, identidad, o diferente condición sexual (p. ej., personas que hacen intercambios de parejas, GBHSH que se implican en el chemsex, mujeres en situación de prostitución, y/o trabajadores sexuales). El USD incluye el fenómeno del «chemsex» (35), como puede verse en la Figura 1. El término chemsex es el resultado de la unión de dos palabras inglesas «*chemical*» y «*sex*». Por su parte, el «*slam*» o «*slamsex*» sería el subtipo de chemsex en el que la administración de drogas se realiza empleando la vía intravenosa.

FIGURA 1. DIFERENTES TIPOS DE USO DE SUSTANCIAS.



En la actualidad no existe una definición unánime para definir el chemsex (36). No obstante, varios autores han coincidido en conceptualizar el chemsex como un tipo particular de USD vinculado al consumo intencionado de una o varias sustancias, generalmente psicoactivas (p. ej., GHB/GBL, mefedrona, metanfetamina, cocaína, y/o MDMA), para facilitar, intensificar, desinhibir, y/o prolongar la experiencia sexual entre GBHSH (15,35). Aunque, como se ha comentado, en la literatura disponible difícilmente se podría argumentar que existe una definición acordada y universalmente aceptada de chemsex (37), el documento final del *2nd European Chemsex Forum* propone una definición de consenso conceptualizando el chemsex como «un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gais,

bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres, y personas trans y no binarias que participan en la ‘cultura de sexo casual o sin compromiso’ gay» (38, p.4). Otros autores prefieren desligarse del «efecto de las drogas» y definen el chemsex como «*distinct set of cultural practices that ultimately emerge from particular historical, social and material contexts*», es decir, como un «conjunto diverso de prácticas culturales que, en última instancia, emergen de contextos históricos, sociales y materiales particulares» (28, p.8).

Con la aparición del chemsex, muchos HSH comenzaron a solicitar asistencia en servicios especializados en adicciones. Sin embargo, no todos los equipos contaban con las competencias culturales necesarias para abordar adecuadamente esta práctica, incluyendo tanto sus particularidades sexuales como no sexuales. Como señaló Stuart (39, p.6) «la falta de una definición hizo que muchos hombres homosexuales que buscaban apoyo con respecto al chemsex se sintieran muy solos, incomprensidos, mal identificados y derivados hacia servicios asistenciales que no lograron abordar de manera competente las raíces culturales sexuales de la comunidad gay». En este sentido, algunas de las definiciones del chemsex se han limitado principalmente a describir los propósitos sexuales de los participantes en las sesiones, descuidando aquellas motivaciones no estrictamente sexuales, que también reportan algunos usuarios (14).

Asimismo, la mayoría de las investigaciones sobre el chemsex se han centrado en analizar este fenómeno principalmente entre la población de GBHSH, lo que podría generar que una parte importante de personas pertenecientes al resto del colectivo de LGTBIQ+ no se consideren a sí mismas como parte de la escena del chemsex, y puedan minimizar los posibles riesgos a los que podrían exponerse. En este sentido, surgen algunos interrogantes en los que convendría profundizar. La historia de victimización de las mujeres lesbianas (40,41), ¿ha sido tan diferente a la de los GBHSH? El hecho de que su práctica de USD sea menos frecuente en esta población, y haya sido menos abordada (24,34), por el momento, ¿quiere decir que no pueda asociarse a implicaciones similares? Del mismo modo, se ha prestado escasa atención a analizar el consumo de drogas con fines sexuales entre las personas trans y no binarias. De hecho, apenas el 2% de los artículos científicos publicados hasta ahora han explorado las implicaciones del chemsex en personas trans. Por otro lado, restringir la práctica del chemsex fundamentalmente a GBHSH podría convertirse en un gran obstáculo para que estos grupos (p. ej., personas lesbianas, trans, o no binarias) pudieran beneficiarse de la implementación de respuestas adecuadas de salud pública, como el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo, sea tanto USD como chemsex. Las principales diferencias entre el uso sexualizado de drogas y el chemsex se resumen en la tabla 1.

TABLA 1. DIFERENCIAS ENTRE USO SEXUALIZADO DE DROGAS Y CHEMSEX.

	Uso sexualizado de drogas	Chemsex
General	Subtipo de URD	Subtipo de USD
Población	Cualquier persona, con independencia del género y orientación sexual (p. ej., personas <i>swingers</i> , GBHSH, personas trans y no binarias, trabajadores/as sexuales, consumidores de pornografía).	GBHSH, personas trans y no binarias (38).
Motivaciones	Desinhibirse y sentir menos vergüenza. Evadirse y/o divertirse (25).	Prolongar la actividad sexual. Mejorar el rendimiento sexual. Facilitar vínculos emocionales y sociales con GBHSH. Vía de escape a situaciones personales difíciles (14).
Sustancias	Alcohol, cannabis, MDMA, éxtasis, entre otras (25).	GHB/GBL, mefedrona, metanfetamina, poppers, medicamentos para la disfunción eréctil, entre otras (14).
Prácticas	> 20 parejas sexuales en los últimos 24 meses (2,7% de los/as participantes) (25). Fetichismo, sadomasoquismo, <i>barebaking</i> (25).	> 20 parejas sexuales en los últimos 12 meses (45,5% de los participantes) (57). <i>Barebaking, BDSM, Fisting, Slam</i> (57).
ITS	Diagnóstico de ITS en los últimos 24 meses (11,6%) (25).	Diagnóstico de ITS en los últimos 18 meses (55,6%) (57).

Como una aportación al debate, y teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, una definición más inclusiva del chemsex contemplaría el consumo más o menos planificado e intencionado de sustancias específicas por parte de LGTBIQ+, con el objetivo de mejorar la experiencia sexual (p. ej., como un modo de prolongar la práctica sexual, potenciar el deseo, la excitación, el placer, la resistencia, y/o la desinhibición sexual), pudiendo implicar otros propósitos no sexuales (p. ej., como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo para gestionar la angustia psicológica, la ansiedad o depresión, adicción a las propias sustancias, la homonegatividad interiorizada, y/o el aislamiento social), íntimamente conectados a la idiosincrasia de sus contextos (p. ej., tipos de uso de las aplicaciones de contactos de geolocalización, particularidades en la organización de las sesiones, o la disponibilidad y permisividad hacia el consumo de drogas). Esta definición, más abierta, permitiría mejorar la descripción, comprensión y abordaje del fenómeno.

Las primeras aproximaciones académicas al fenómeno asociaron el chemsex a un conjunto limitado de sustancias (GHB/GBL, mefedrona, metanfetamina) (35,42–45). Sin embargo, el chemsex está construido socialmente en función de las preferencias de los usuarios, la disponibilidad de las sustancias, la accesibilidad a las mismas, la capacidad económica de los consumidores, la popularidad temporal de determinadas drogas, así como la síntesis de nuevas sustancias psicoactivas. Por ejemplo, la aparición de drogas (p. ej., n-etil-hexedrona, 3MMC, 6APB, y/o 4-AcO-DMT) empleadas en el chemsex evoluciona continuamente, lo que no nos permitiría restringir la práctica a un conjunto limitado de sustancias. Por todo ello, las relaciones sexuales mantenidas bajo el consumo de un conjunto limitado de sustancias no definen al chemsex.

En la literatura actual podemos encontrar frecuentemente el uso de los términos USD y chemsex para referirnos al mismo fenómeno. Sin embargo, conviene señalar que no todo USD se lleva a cabo en los contextos del chemsex. Esto se debe a que son algunas de las singularidades del sexo y la cultura gay las que realmente definen el fenómeno chemsex que ha surgido en las últimas décadas. En el chemsex se aprecian circunstancias epidemiológicas únicas con patrones de consumo y comportamientos sexuales particulares que lo diferencian de otros USD en otras poblaciones (46). La comprensión del chemsex no puede desligarse, por tanto, de las circunstancias que afectan a los GBHSH que lo practican y a su forma de vivir su sexualidad (47). Esto incluye un conjunto de elementos entre los que se encuentran la tolerancia y alta permisividad hacia el uso de drogas; su elevada accesibilidad dentro de este colectivo, facilitada además por el uso de aplicaciones de contactos de geolocalización; la alta presión de grupo (explícita o encubierta) hacia el consumo; la cultura de las tecnologías que favorecen el sexo casual; la serofobia y el trauma que ha experimentado este colectivo debido, al menos en parte, a la epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA); las vivencias de homofobia; así como la importancia de compartir actividades ritualizadas dentro de un colectivo ampliamente estigmatizado (38,39).

Actualmente son numerosas las investigaciones que han relacionado el uso de sustancias para mejorar la experiencia sexual con conductas sexuales de riesgo (48) y, con ello, una mayor probabilidad de contraer ITS (49,50), incluido el VIH (51). Además, el chemsex también puede estar asociado con una baja satisfacción con la vida y con la autoeficacia sexual (52), así como implicaciones para la salud mental como la depresión y la ansiedad (53–55). No obstante, es importante subrayar que, al igual que sucede en el URD, solo una parte de los GBHSH que participan en el chemsex (y no todos los que lo practican), presentan un empeoramiento de su salud física y/o mental. En este sentido, Gámez-Guadix et al. (56) no encontraron diferencias significativas en sintomatología ansiosa y depresiva entre quienes participaban en estas sesiones y quienes no lo hacían. Además, los GBHSH que se implicaban en el chemsex tenían significativamente más probabilidades de emplear estrategias biomédicas de prevención del VIH que aquellos que no participaban en estas sesio-

nes (57). Esto parece sugerir que estos hombres presentan una mayor percepción sobre los potenciales riesgos de practicar chemsex, así como un mayor conocimiento de las estrategias de prevención del VIH. Estos resultados van en sintonía con los reportados en el URD, donde no todas las personas que hacen un URD desarrollan complicaciones en su salud (58).

La cobertura mediática del chemsex cae casi de forma sistemática en el sensacionalismo y el alarmismo, generando un «pánico moral» que patologiza no solo a la práctica sino también a las personas que lo practican. En los medios de comunicación son frecuentes titulares como «*Del chemsex a la psicosis [...]*» (59), «*El 'chemsex' se dispara en Madrid: los adictos aumentan un 602% en cuatro años*» (60), «*El 'chemsex' dispara la patología de transmisión sexual*» (61), «*Psicosis, depresión o ansiedad: así puede afectar el 'chemsex' a la salud mental*» (62), o «*El Ministerio de Sanidad financia y aloja en su web una guía para consumir drogas chemsex*» (63). Cabría preguntarse si esta estigmatización del chemsex es comparable a la que reciben aquellas personas heterosexuales que hacen un URD puntual u ocasional.

Las posibles implicaciones del chemsex dependerán de múltiples circunstancias, como frecuencia de consumo, dosificación, vías de administración, consumo de drogas premórbido, entre otras variables. No todos los GBHSH parten del mismo punto ni tienen las mismas vulnerabilidades (64). Además, sus patrones de consumo y conductas sexuales pueden variar ampliamente (65).

En un estudio desarrollado en España, Incera-Fernández et al. (14, p.9) señalaron que el 36,8% de los participantes en el chemsex lo percibió como «una forma de disfrutar, conocer gente, sentirse bien y pasarlo bien» y un tercio (33,0%) no lo apreció como problemático. Estos autores también encontraron que, quienes practicaban chemsex con mayor frecuencia, lo percibían en mayor medida como un problema que querían controlar y que afectaba a sus vidas, en comparación con quienes lo practicaban con menor regularidad. También indicaban que los hombres que practicaban chemsex puntual o moderadamente tenían más probabilidades de informar que no era un problema para ellos. Así, en el uso más intenso pueden percibirse consecuencias negativas derivadas de la práctica, mientras que un uso moderado o puntual puede sentirse como de bajo riesgo. Esto podría deberse a que el uso habitual de chemsex podría limitar la capacidad percibida de gestionar el consumo. En este sentido, el efecto de algunas drogas sobre el control y la minimización de riesgos podría contribuir a una mayor dificultad para moderar el consumo de drogas (66) y, por tanto, favorecería una peor autopercepción del chemsex. También, los problemas previos en el control inhibitorio podrían conducir a un uso más agudo de drogas con fines sexuales. Esto se refiere a la capacidad de inhibir reacciones dominantes o automáticas (67), es decir, las dificultades para controlar el consumo podrían aumentar la vulnerabilidad al consumo compulsivo de drogas y, por tanto, su autopercepción.

Este fenómeno también se ha denominado «*Party and Play*» en Norteamérica y en Australia (abreviado como «*PnP*») (68,69), «*chemfun*» (70), «*intensive sex party*» (71), «*4/20*» (72), «*chill outs*» (42), o «*wired sex*» (73). En España también existe un

argot propio para referirse al chemsex. Por ejemplo, en las aplicaciones de contactos de GBHSH se incluyen términos como «sesión», «chuches», «vicio», «colocón», «chems», «lío», «chill» o «guarrichill» (74). Estos términos, aunque frecuentemente son empleados para referirse al mismo fenómeno pueden presentar ciertas particularidades. Por ejemplo, los «chill» en España se refieren a reuniones entre GBHSH que han salido a alguna discoteca y que se reúnen en una casa para dar continuidad a la fiesta. A diferencia de Reino Unido, los *chills* no tienen un carácter puramente sexual, pueden ser solo una reunión entre amigos, aunque los efectos de las drogas en las reuniones entre desconocidos suelen desembocar en prácticas sexuales. Por su parte, el «guarrichill» es la unión de las palabras «guarro» y «chill». A diferencia del *chill* donde no tiene por qué darse el sexo, en este encuentro suelen asociarse el sexo con las drogas, el alcohol y la música. En el resto de Europa este concepto no existe.

1.2. BREVE DESARROLLO HISTÓRICO DEL USO SEXUALIZADO DE DROGAS

El USD no puede considerarse un fenómeno nuevo, ya que el uso de drogas y su asociación con contextos sexuales es conocido desde hace décadas (75,76). Algunos informes clínicos ya informaban en los años 30 del siglo XX de los posibles efectos de las anfetaminas sobre la libido y las funciones sexuales (77–79). Poco después de su introducción generalizada en el uso clínico, varios médicos informaron que sus pacientes experimentaron un aumento de la libido después de consumir anfetaminas (80–82). Autores como Herz (83) llevaron a cabo estudios en los que analizaban el papel del sexo y las drogas como medio para gestionar las tensiones sociales de la época entre estudiantes universitarios de EE.UU. En su estudio, Schiørring (84) entrevistó a 50 usuarios de anfetaminas que estaban en tratamiento por sus problemas con el consumo de drogas. El 85% de ellos afirmaron experimentar fuertes estimulaciones sexuales después de tomar anfetaminas. Además, de los 18 hombres que usaron la vía intravenosa para consumir drogas, 10 afirmaron que la anfetamina les causó una erección.

Aunque algunos estudios hasta la década de los 70 ya habían analizado la relación entre algunas sustancias psicoactivas y el sexo, no fue hasta la aparición en EE. UU. del VIH/SIDA a principios de la década de 1980 cuando se intensificó su estudio sobre la sexualidad, en concreto sobre las prácticas sexuales de riesgo. Desde el comienzo de la epidemia, el uso y abuso de las drogas intravenosas estuvo vinculado al VIH/SIDA (85–87). Más tarde también se investigó la relación entre el consumo de sustancias y la propagación del VIH al aumentar la probabilidad de tener relaciones sexuales sin emplear estrategias de profilaxis (88,89). En un estudio prospectivo llevado a cabo en hombres homosexuales en San Francisco, Stall et al. (90) examinaron la asociación entre el uso de drogas y alcohol durante las relaciones sexuales. Estos autores hallaron que el uso de determinadas drogas durante la práctica sexual, el número de drogas utilizadas durante dicha actividad,

y la frecuencia de combinar drogas y sexo, estaban asociados positivamente con el riesgo de contraer el VIH.

A finales del siglo XX ya era utilizado el término «*Chems*» entre algunos hombres homosexuales en Londres para referirse a sustancias como el GHB/GBL (también conocido como «nitrito azul») y la metanfetamina, esta última principalmente consumida por GBHSH con mayor poder adquisitivo. Ambas drogas empezaron a consumirse en los círculos donde estas sustancias eran conocidas como «club chemsex». En estos contextos el consumo compartido de sustancias como la metanfetamina, así como el estigma por pertenecer a una minoría sexual, eran motivo de comunión entre muchos consumidores (39).

Tanto el GHB como la metanfetamina no se consideran nuevas sustancias psicoactivas ya que fueron sintetizadas en el siglo XIX y posteriormente empleadas con fines clínicos en el siglo XX. El GHB se sintetizó por primera vez en año 1874 (91). Más tarde, en la década de 1960, el francés Henri Laborit lo sintetizó como anestésico, pero su uso en este ámbito fue limitado debido a la alta incidencia de efectos adversos, principalmente vómitos y convulsiones (92). Hoy en día es utilizado terapéuticamente para el tratamiento de la narcolepsia (93), como oxibato de sodio, y para el abuso/abstinencia de alcohol (94,95). Por su parte, la metanfetamina fue sintetizada por primera vez a partir de efedrina por el químico japonés Nagayoshi Nagai en 1893. En sus inicios se utilizó como descongestivo nasal e inhalador bronquial. Actualmente la metanfetamina es utilizada en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la obesidad y la narcolepsia (96). En la literatura estas sustancias se han identificado comúnmente como «drogas chemsex» debido a su capacidad para mejorar la confianza sexual, la excitación, la resistencia, la intimidad, y facilitar la desinhibición (35,94,97,98). La mefedrona, en cambio, se encuadra dentro de las nuevas sustancias psicoactivas, pues su distribución se inició en torno al año 2006, siendo popular en Inglaterra más allá de las comunidades homosexuales (99–101). En contextos sexuales la mefedrona se caracteriza por aportar grandes dosis de placer y desinhibición, por lo que rápidamente comenzó a consumirse en los contextos de chemsex londinenses (39).

Con la publicación del artículo «*Sexualised drug use by MSM: background, current status and response*» por David Stuart (17) y un año más tarde el «*The Chemsex Study*» por parte de Adam Bourne et al. (68), se dio a conocer a nivel científico un fenómeno del que se objetivaban particularidades respecto a los patrones de consumo del USD y del que se disponía de escasa información. Stuart (17) alertaba que en los 5 años previos a su estudio el uso sexualizado de metanfetamina, mefedrona y GHB/GBL se estaba convirtiendo en una amenaza para la salud y el bienestar de una parte de GBHSH residentes en el Reino Unido. Por su parte, Bourne et al. (68) llevaron a cabo un análisis de la *European MSM Internet Survey* (EMIS-2010) y un conjunto de 30 entrevistas entre hombres gais residentes en el sur de Londres que informaron haber participado en el chemsex en el último año. En este estudio Bourne y sus colegas informaban cambios en las tendencias en el consumo de drogas entre algunos GBHSH, tanto en el tipo de drogas consumidas como en la forma en la que

se consumían. Ambas investigaciones son consideradas actualmente las precursoras del estudio sobre el chemsex.

En España uno de los primeros estudios en analizar los hábitos de consumo de drogas psicoactivas asociados al chemsex fue la «Aproximación al Chemsex en España 2016», realizado por las ONG Apoyo Positivo e Imagina Más. Esta investigación se llevó a cabo en todo el territorio nacional y contó con la participación de un grupo de 486 GBHSH que se habían implicado en el chemsex en los últimos 12 meses. El estudio tuvo como objetivo conocer la magnitud del chemsex en España, así como diseñar acciones dirigidas a la reducción de daños y promoción de la salud en los GBHSH que se implican en estas sesiones (102).

1.3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La prevalencia del chemsex varía dentro de la población general de GBHSH, estando condicionada a los datos de subpoblaciones específicas (103). En este sentido los datos de prevalencia sugieren que el chemsex presenta grandes diferencias entre los distintos estudios, oscilando entre el 10% y el 94% (104), proporcionando una visión heterogénea del fenómeno. La amplia dispersión de la prevalencia del chemsex puede deberse a varias razones, entre las que se encuentran la falta de uniformidad en las definiciones utilizadas, como las basadas en el tipo de sustancias analizadas. Por ejemplo, García-Pérez et al. (105) hallaron que la prevalencia del chemsex, analizando un grupo amplio de sustancias (p. ej., cocaína, MDMA, poppers, mefedrona, cannabis, y metanfetamina), era del 26,5%, mientras que en otro estudio, empleando una definición más conservadora del chemsex restringida a un conjunto limitado de sustancias (mefedrona, metanfetamina y/o GHB/GBL), la prevalencia era del 5.2% (16). Respecto a esta cuestión, algunos estudios han optado por proponer una pregunta abierta sobre la variedad de sustancias psicoactivas consumidas por los participantes antes o durante las relaciones sexuales, en lugar de una lista cerrada de sustancias, para evitar posibles sesgos de respuesta entre los participantes (52). Por otro lado, diferentes periodos de estudio considerados (p. ej., práctica del chemsex en los últimos 3 meses, en los últimos 6 meses, o en el último año) también podrían estar detrás de las diferencias en la prevalencia. En este sentido, Sewell et al. (106) informaron que el 21.8% de los participantes habían señalado el uso de drogas en los tres meses anteriores, mientras que Evers et al. (107) encontraron una prevalencia del 44% cuando estudiaron un periodo más amplio de tiempo, de seis meses. Al analizar diferentes vías de administración de las sustancias, como el *slam*, esta prevalencia también puede oscilar. Por ejemplo, autores como Laguno et al. (108) señalaron que cuando solo se analiza la vía de administración intravenosa la prevalencia era de apenas del 8%. Si únicamente contemplamos estudiar a una población con un perfil concreto, como las personas VIH positivas, la prevalencia del chemsex es mayor en comparación con quienes no han sido diagnosticados de VIH. En esta población