

Monográfico de ChemSex

XX Jornadas de Formación

para

ONGs



Viernes, **6 de mayo** de 2016

madrid



XX Jornadas de Formación para **ONGs**

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de ChemSex es una forma específica de uso recreativo de drogas en un contexto sexual y que se caracteriza, fundamentalmente, por el consumo de metanfetamina, ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), mefedrona, cocaína, *speed* (anfetamina), ketamina, *poppers* o MDMA/éxtasis (pastillas, pirulas, cristal). Esta práctica está teniendo una especial incidencia en países como los Estados Unidos y Reino Unido, y ahora empieza a extenderse en España.

Los efectos de estas drogas provocan una gran euforia y una desinhibición que, si se focalizan de manera sexual, pueden conducir a largas sesiones sexuales, que pueden durar muchas horas, o incluso varios días. **También el uso de drogas, relacionado con el fenómeno ChemSex, puede tener importantes repercusiones para la salud, generar adicción, comprometer la salud mental (cognitiva) y contribuir a la transmisión de diferentes infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH, pudiendo, además, interferir en el tratamiento antirretroviral (TAR).**

Con el objetivo de dar a conocer la actual situación de esta práctica, las *XX Jornadas de Formación para ONGs*, organizadas por Viiv Healthcare, evaluaron monográficamente este aspecto con el propósito de analizar el uso intencionado entre la población homosexual de ciertas drogas para tener relaciones sexuales. Las jornadas, que reunieron a más de 20 ONG, fueron inauguradas por la jefa del Área de Prevención del VIH del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Olivia Castillo, y Ricardo Moreno Úbeda, Director General de Viiv Healthcare.

Las jornadas se estructuraron en diversas ponencias, en las que se abordaron la definición del término

ChemSex, el fenómeno social, los tipos de drogas, las interacciones con el TAR, las principales conclusiones del “European ChemSex Forum” y la presentación de diversas experiencias que están llevando a cabo las diferentes ONG que trabajan con este colectivo en España.

Visión oficial

Olivia Castillo, Jefa del Área de Prevención del VIH y otras ITS del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, agradeció que la industria farmacéutica priorice este tipo de jornadas para hacer frente a las cada vez más complejas y variadas necesidades de los pacientes con VIH.

Recordó que el consumo intencionado de sustancias durante las relaciones sexuales no es un fenómeno nuevo en la comunidad gay, aunque en el caso del ChemSex sí que hay un fenómeno clave que lo matiza, que es el tiempo: cuanto mayor tiempo dura la relación sexual, más se incrementan los riesgos asociados (sangrados, heridas, etc.), junto a la no utilización de preservativo y al consumo de determinadas drogas, como GHB, mefedrona o tina (*cristal meth*). Todo ello provoca intoxicación, sobredosis o brotes psicóticos. A su vez, tiene consecuencias sociales, ya que, algunas veces, este consumo se traslada a un uso diario y marca totalmente la vida de la persona. Y es que los efectos que provocan estas drogas de euforia y desinhibición facilitan determinadas conductas sexuales, sin ningún tipo de barreras, y fomentan la adicción a este tipo prácticas sexuales.

Dentro de las estrategias que existen actualmente, desde el Área de Prevención del VIH y otras ITS del Plan Nacional sobre el Sida, se está trabajando para conocer mejor este fenómeno. Se han emprendido diversas iniciativas, como la elaboración de varias fichas informativas sobre las sustancias (en coordinación con el Plan Nacional sobre Drogas), una guía de prevención para los HSH y una nueva encuesta de hábitos sexuales y consumo de drogas.

A modo de conclusión, Olivia Castillo apuntó que la respuesta a este fenómeno no puede entenderse sin el marco de colaboración de los distintos agentes, tanto a nivel gubernamental como no gubernamental, incluyendo al sector privado. Este creciente fenómeno no puede ser abordado sin estrechar esa colaboración. En este sentido, aseguró, estas jornadas son un primer paso para compartir experiencias y elaborar una respuesta basada en la evidencia científica y en las mejores prácticas para abordar este fenómeno.

CHEMSEX: DEFINICIÓN, FENÓMENO SOCIAL, TIPOS DE DROGAS

Fernando Caudevilla. Médico de familia y experto en drogas de síntesis. Representante de Energy Control

Los datos objetivos que existen sobre ChemSex son pocos. Este fenómeno se caracteriza por el uso de drogas en un contexto sexual, siendo las sustancias más utilizadas la metanfetamina (*ice, tina, meth, etc.*), la mefedrona y el GHB/GBL. Y es que se ha demostrado que el uso de cualquiera de estas drogas, o sus combinaciones, intensifica las relaciones sexuales¹. El ChemSex también se ha definido como **“la combinación intencional de tener relaciones sexuales con el uso de drogas sin receta médica, con el fin de facilitar y potenciar el encuentro sexual”²**.

En cualquier caso, la definición de ChemSex debe incluir algún aspecto en que se señale que el uso de estas drogas recreativas relacionadas con el sexo es perjudicial y desadaptativo.

El estudio *The ChemSex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*, de Adam Bourne et al², ha evaluado la compleja relación entre el consumo de drogas y el comportamiento sexual de riesgo. Es la primera investigación cualitativa en el Reino Unido

en ChemSex. Según los datos, si exceptuamos los *poppers*, el resto de las sustancias que se consumen en este contexto no son muy distintas a las que se emplean habitualmente, con una gran incidencia del alcohol (más del 50% ha consumido alcohol en las últimas 24 horas) (**figura 1**).

La “Encuesta *on-line* europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (*European Men to Men Internet Survey, EMIS*)”³ ofrece más información al respecto. El estudio se realizó en 2010, a través de internet, en países de la región europea de la Organización Mundial de la Salud y se publicó en 2013. Participaron más de 180.000 hombres de 38 países europeos, entre los que se encuentra España, indicando que el tipo de drogas que utilizan los gais para mantener relaciones sexuales es similar al del resto de la población.

Según la encuesta, **más del 50% de los participantes habían consumido alguna vez una droga recreativa en los últimos 12 meses**. Las drogas más usadas fueron el cannabis (30,1%), el *popper* (28,4%),

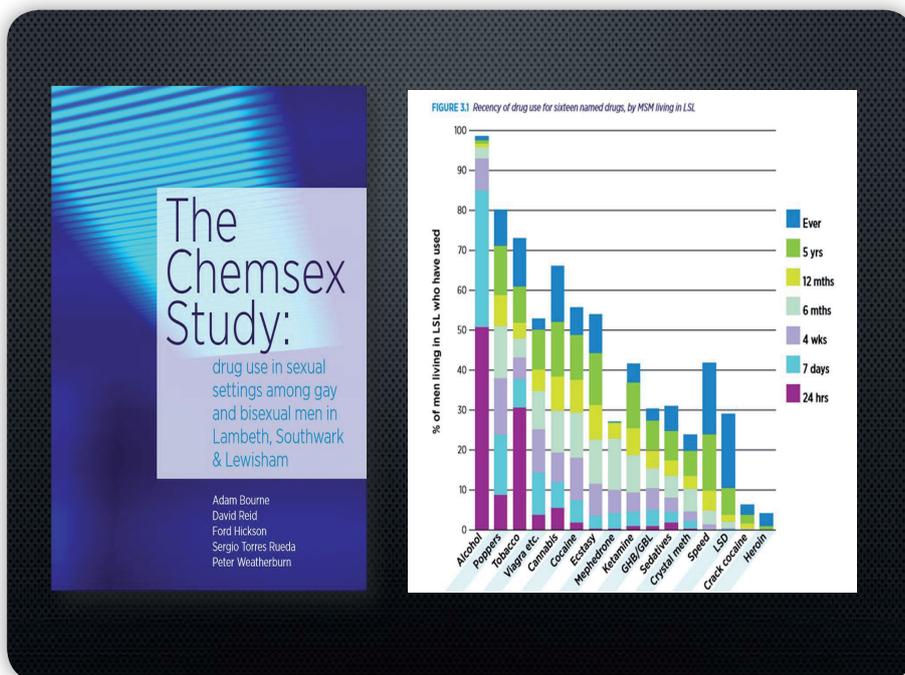


Figura 1. Resultados del “ChemSex Study”.

la cocaína (18,7%) y el éxtasis (10,1%). La prevalencia del consumo de Viagra® o similares fue del 13,3%. Aunque, insistió, la droga que más problemas causa entre la población es el alcohol (91,2%). La población que hace uso de estas drogas recreativas tiene un perfil bien definido: hombre de unos 33 años de edad, con nivel educativo alto, empleado y que se identifica como gay u homosexual.

El uso recreativo de drogas y el consumo de drogas para el sexo es más frecuente en hombres gays que en otros sectores de la población. La causa es sociológica. Se debe a que este colectivo tiene un ciclo vital distinto, una diferente socialización. El tipo de drogas consumidas es, a grandes rasgos, similar al de la población general. Datos indirectos señalan que los patrones de consumo desadaptativos se centran en el uso, principalmente, de metanfetamina, mefedrona y GHB/GBL, y que su consumo se está incrementando.

Hay varios estudios (12 en concreto) sobre este fenómeno emergente del ChemSex, del que se viene hablando en circuitos profesionales al menos desde 2012. Ahora ha alcanzado a los medios de comunicación con la publicación de un editorial en el *British Medical Journal*¹ y el estreno de un documental⁴.

A juicio del Dr. Fernando Caudevilla, el editorial de esta revista es prudente en la presentación de los hechos y riguroso en su análisis, a partir de los pocos datos objetivos disponibles. Destaca que se trata de un fenómeno minoritario dentro de la comunidad gay, discute las posibles implicaciones para la salud pública e invita a establecer alianzas entre los distintos dispositivos y recursos implicados.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL CHEMSEX

El ChemSex tiene unas determinadas características asociadas o patrones de consumo. Existen sesiones que pueden durar varios días, su focalización extrema está en la actividad sexual, se produce en parejas múltiples y se desarrolla en domicilios particulares o circuitos específicos. Además, este fenómeno está asociado en muchas ocasiones a sexo sin protección, al uso de aplicaciones móviles para encontrar parejas y al empleo de drogas por vía intravenosa.

Un estudio⁵ reciente sobre el *Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres* revela que, del total de participantes, el 2,5% se había inyectado alguna vez drogas en la vida y el 1,4% en los últimos 12 meses. No es una práctica mayoritaria, aunque es importante prestarle atención práctica dentro del mundo de las drogas. El uso de la vía intravenosa supone una transgresión más. Con los datos disponibles actualmente,

el ChemSex no es un problema de salud pública, pero hay un colectivo, probablemente reducido, expuesto a un riesgo extremo, y ese problema sí se debe atender, dimensionar y valorar porque está pasando en otros lugares y ya se está observando en España.

UNA DEFINICIÓN DINÁMICA DEL CHEMSEX

Las definiciones que hay hasta el momento del fenómeno ChemSex parten del ámbito médico, y se centran en aspectos como el uso intencionado de determinadas sustancias para el sexo, la duración y la sobredimensión en aspectos extremos o poco frecuentes, y excluyen otros patrones de consumo en los que es necesario intervenir.

Por eso, se propone una definición dinámica de esta práctica. En un extremo, estarían los usos no problemáticos de drogas: recreativos y sexuales, que son la mayoría; en el otro, están los patrones de usos intensivos de sustancias que centran la vida del usuario y que van a producir comportamientos adictivos y problemáticos. Partiendo de este panorama, **se debe tener en cuenta que hay factores que dependen de la farmacología de la sustancia, de la vía de administración, de la frecuencia de uso o de los factores de contextualización (duración y frecuencia de las sesiones, número de parejas, uso de preservativo, etc.) que pueden modificar la tendencia de un lado a otro.** Existe una minoría de usuarios que se encuentran expuestos a un riesgo muy elevado, derivado del potencial de dependencia de algunas sustancias.

METANFETAMINA

La metanfetamina es un estimulante muy potente, con una gran carga adictiva, con un mecanismo de acción muy similar a la cocaína, pero de mayor duración (6-8 horas) y con una gran potencia. Estimula el sistema mesocorticolímbico de recompensa, motivo por el cual es particularmente susceptible de abuso y dependencia. Esta sustancia se puede administrar por vías intranasal, intrapulmonar, intravenosa, oral y rectal. Sus efectos adversos son numerosos, y van desde la agresividad, el insomnio o la irritabilidad, hasta la ansiedad o la anorexia; la toxicidad aguda puede causar hiperestimulación adrenérgica (toxicidad cardiovascular), hipertermia, trastornos psiquiátricos (psicosis paranoide aguda) y rabdomiólisis. Ya a largo plazo, puede producir problemas de dependencia, neurotoxicidad, toxicidad hepática y renal, así como problemas específicos relacionados con la vía de administración.

MEFEDRONA

La mefedrona es un derivado de la catinona. El *khat* es un arbusto nativo de Etiopía y Somalia, con un principio activo de catina y catinona, su uso tradicional es por vía oral y mascado (aunque también es activo por vías intranasal e intravenosa), y sus efectos son **estimulantes**. Se considera un estimulante con efectos intermedios entre el éxtasis y la cocaína, sus efectos son de corta duración (1-2 horas), **genera tolerancia rápidamente y provoca efectos adversos de tipo simpaticomimético**. Esta sustancia se podía comprar sin problemas a través de internet hasta hace pocos años, ya que se ilegalizó en diciembre de 2010.

GHB/GBL

Por último, el GHB/GBL (gamma-hidroxibutirato, éxtasis líquido) es una droga muy parecida al alcohol. Es una sustancia supuestamente **afrodisíaca, que modifica las sensaciones táctiles, facilita la erección en varones e intensifica los orgasmos**. Plantea problemas

con su dosificación, ya que puede inducir el sueño profundo (hasta el coma) en dosis elevadas y crear dependencia (con un síndrome de abstinencia característico)⁶.

En la **figura 2** se pueden consultar la dependencia, la vía de administración y el potencial de intoxicación de las principales drogas asociadas al ChemSex.

Entre las últimas reflexiones, el ponente planteó una pregunta crucial: ¿se trata entonces de un problema de sexo o de un problema de drogas? En su opinión, hay que mirarlo desde la perspectiva de los profesionales y la accesibilidad a recursos y financiación. En relación con el abordaje del ChemSex, o los usos de drogas, comentó que, aunque no es un problema de salud pública en estos momentos, debe abordarse de una forma específica, ya que depende de la moral, los prejuicios y la falta de información, en especial, entre el personal sanitario. Finalmente, apuntó que es necesario fijar unos recursos específicos para los pacientes y que las instituciones públicas se impliquen en la reducción de riesgos, un aspecto esencial de todo este fenómeno.

METANFETAMINA	POTENCIAL DE DEPENDENCIA	VIA INTRAVENOSA	POTENCIAL DE INTOXICACION
	ALTO	SI	ALTO
MEFEDRONA 	ALTO	SI	MODERADO
GHB 	ALTO	NO	ALTO
ÉXTASIS (MDMA) 	NO	NO	MODERADO

Figura 2. Dependencia, vía de administración y potencial de intoxicación de las principales drogas asociadas al ChemSex.

INTERACCIONES CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. DEFINICIÓN DE CONSUMO, PREVENCIÓN, INTERFERENCIAS CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. DROGAS DE USO RECREATIVO

Noé Garín. Servicio de Farmacia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Dentro del ChemSex (*Party and Play*), las drogas más comunes son la metanfetamina, la mefedrona, el GHB, el éxtasis, el popper, el sildenafil y, en un contexto de policonsumo, pueden también intervenir el alcohol, la cocaína, el cannabis y la ketamina.

RIESGOS EN PACIENTES VIH

Entre los riesgos más importantes del ChemSex, se encuentra la transmisión de ITS, la intoxicación y la posibilidad de adicción. Pero, además, en el caso de personas con VIH, hay varios riesgos añadidos que se suman a los anteriores, como es la transmisión del VIH, las interacciones y la adherencia al TAR (figura 3).

En este ámbito, la evidencia es muy limitada, sobre todo en personas que están en TAR. Según el *ASTRA Study*⁷, las personas que estaban con tratamiento y tomaban estas drogas tenían una mayor frecuencia de sexo sin preservativo y una menor adherencia al tratamiento.

La experiencia en nuestro entorno es muy similar. En una muestra de 100 personas que viven con VIH (el 100% de las cuales siguen TAR), que se llevó a cabo en Barcelona, se comprobó que el consumo de drogas de uso recreativo (incluyendo el entorno sexual) aumentaba la frecuencia de las relaciones sexuales sin preservativo, bajaba la adherencia al TAR y aumentaba la frecuencia de las interacciones.



Figura 3. Riesgos del consumo de drogas de uso recreativo.

INTERACCIONES

Aunque la entrada de las drogas al organismo se produce por diferentes vías (oral, inhalada, fumada, intravenosa, rectal), todas terminan llegando al torrente circulatorio, que se encarga de distribuir las por el organismo. Un estudio que analiza las vías más frecuentes de entrada de estas sustancias en el organismo⁸ determina que, por ejemplo, el cristal (metanfetamina) técnicamente se puede usar por cualquier vía, aunque otras drogas, como la MDMA/éxtasis, principalmente se utilizan por vía oral, y otras como el *popper*, que se inhalan.

En general, el efecto principal de estas sustancias en el organismo se produce en el sistema nervioso, provocando desinhibición, euforia, excitación, etc. Pero, a la vez, puede inducir efectos negativos sobre otras partes del organismo, causando sedación, vasoconstricción/vasodilatación, depresión respiratoria, taquicardia, deshidratación, diuresis, sudoración, hipertermia y miosis/midriasis, entre otras.

En el momento que una droga entra en el organismo empieza el proceso de eliminación, siendo ese el momento en el que se pueden producir la mayoría de las interacciones. Los procesos de eliminación incluyen las fases de metabolismo y excreción (orina, bilis o sudor).

Técnicamente, las interacciones pueden darse en cualquier punto del proceso de absorción y distribución, metabolismo o excreción. El hígado es el principal responsable de metabolizar las sustancias que entran en nuestro organismo, pero tiene una capacidad de trabajo de desintoxicación limitada.

La mayor parte de las interacciones se producen en la fase inicial del metabolismo hepático, siendo el citocromo p450 el responsable principal de la metabo-

lización de fármacos y drogas que llegan al organismo (figura 4). Los citocromos son proteínas que hay en el hígado que favorecen esta interacción (reacciones químicas) en la primera fase del metabolismo. Hay varios tipos de citocromos o CYP (CYP 3A4, CYP 2D6, CYP 1A1, CYP 2B6), y cada sustancia suele tener un CYP que la metaboliza; así, si en el mismo CYP hay alguna interacción entre dos sustancias, se puede producir una intoxicación. Estas interacciones están mediadas por la inhibición o la inducción de determinados citocromos.

INTERACCIONES ENTRE DROGAS Y ANTIRRETROVIRALES

La mayor parte de las interacciones relevantes son de los antirretrovirales (ARV) hacia las drogas, es decir, el fármaco ARV puede producir una inhibición o una inducción del CYP. Si los fármacos ARV inhiben ciertos CYP para una droga en concreto, se inducirá una acumulación de esta y terminará produciendo toxicidad; en el caso contrario, si se induce el CYP con los ARV, se provocará una disminución de los efectos de las drogas que se metabolizan a través del mismo citocromo.

ALCOHOL

El alcohol, por ejemplo, tiene un riesgo de interacción bajo con los ARV⁹⁻¹¹. A pesar de ello, en ciertas ocasiones su consumo aumenta la concentración plasmática (el área bajo la curva) de abacavir un 40%, aunque no es clínicamente relevante y no plantea peligro. Otra interacción un poco más importante del alcohol es cuando se combina con didanosina, ya que hay riesgo de pancreatitis (poco frecuente, pero potencialmente letal).

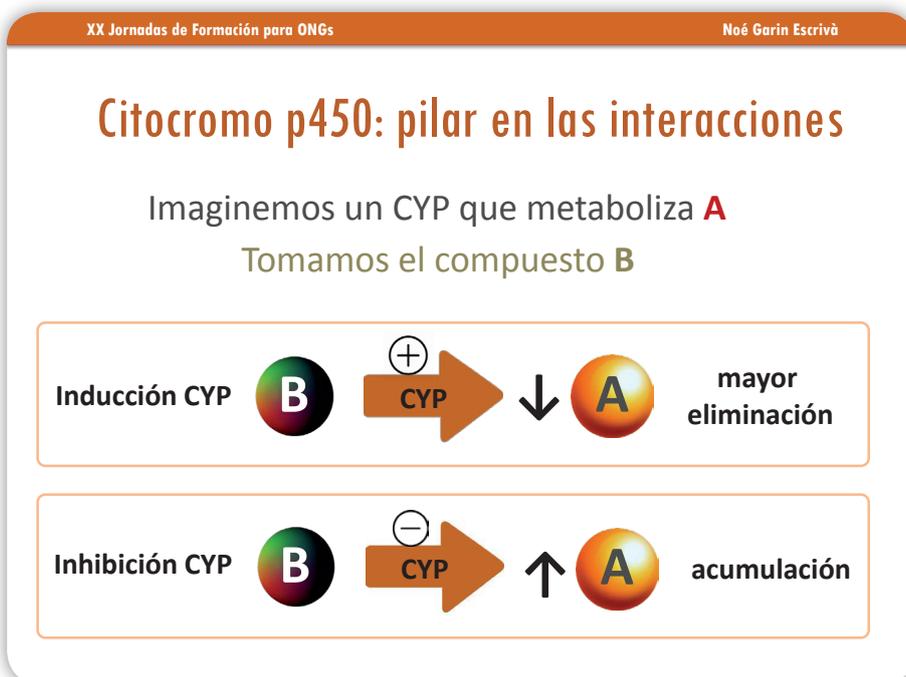


Figura 4. Ejemplo práctico de funcionamiento del CYP p450.

COCAÍNA

El riesgo de interacción de la cocaína y los ARV es bajo o moderado⁸⁻¹². Hasta un 90% del metabolismo de la cocaína se produce por esterasas en la sangre y un 10% en el hígado (CYP 3A4). El efavirenz, la etravirina y la nevirapina tienen un efecto de inducción del CYP 3A4, que es el responsable de metabolizar en parte la cocaína, lo que favorece la formación de norcocaína y metabolitos hepatotóxicos. Por el contrario, hay fármacos, como algunos inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir o el cobicistat, que inhibirían esta vía del CYP 3A4 (lo que puede producir un incremento de la concentración de cocaína); además, fármacos como atazanavir, lopinavir, saquinavir, rilpivirina interaccionan con la cocaína, elevando el riesgo de provocar problemas cardíacos (figura 5). La relevancia clínica de estas interacciones parecen ser poco relevantes, aunque no están totalmente claras.

ÉXTASIS (MDMA)

Respecto al éxtasis (MDMA) y los medicamentos antirretrovirales⁹⁻¹², la interacción es moderada. Algunos inhibidores de la proteasa, como el ritonavir y el cobicistat, afectan a la enzima que metaboliza el éxtasis (CYP 2D6), facilitando su acumulación en el organismo de forma ligera-moderada a dosis habituales (con ritonavir a dosis altas, ya no utilizadas, aumentan hasta 5-10 veces los niveles de éxtasis). Es importante que la persona conozca los signos y síntomas de intoxicación para que se pueda actuar, ya que se puede producir hipertermia, deshidratación, boca seca, rechinar de dientes, contracción de

la mandíbula. También hay una interacción con el indinavir que causa riesgo de desarrollo de piedras renales.

METANFETAMINAS

Las metanfetaminas (*speed*, *crystal meth*, *tina* o *ice*) tienen un riesgo de interacción moderada con los ARV⁹⁻¹². Estas drogas se metabolizan por medio del CYP 2D6. Los inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir y el cobicistat, al inhibir ese CYP, hacen que se acumule más "cristal" en el organismo, lo que puede producir toxicidad. En esta interacción es importante que la persona conozca los signos y síntomas de intoxicación, como son: hipertensión, paranoia, depresión, alucinaciones, infarto, diarrea, bruxismo, etc.

MEFEDRONA/CATINONAS

La interacción de mefedrona/catinonas con los ARV es moderada⁹⁻¹². El metabolismo del éxtasis se produce mediante el CYP 2D6, por lo que fármacos como el cobicistat o el ritonavir, al ser inhibidores de este CYP, inducen una acumulación de mefedrona. A pesar de ser una interacción moderada, es necesario tener en cuenta que se pueden producir, entre otros síntomas de intoxicación, agitación, taquicardia o hipertensión.

En definitiva, **el éxtasis, las metanfetaminas y la mefedrona se metabolizan de la misma forma con el citocromo CYP 2D6, y pueden acumularse en el organismo al tomar fármacos como ritonavir o cobicistat (figura 6).**

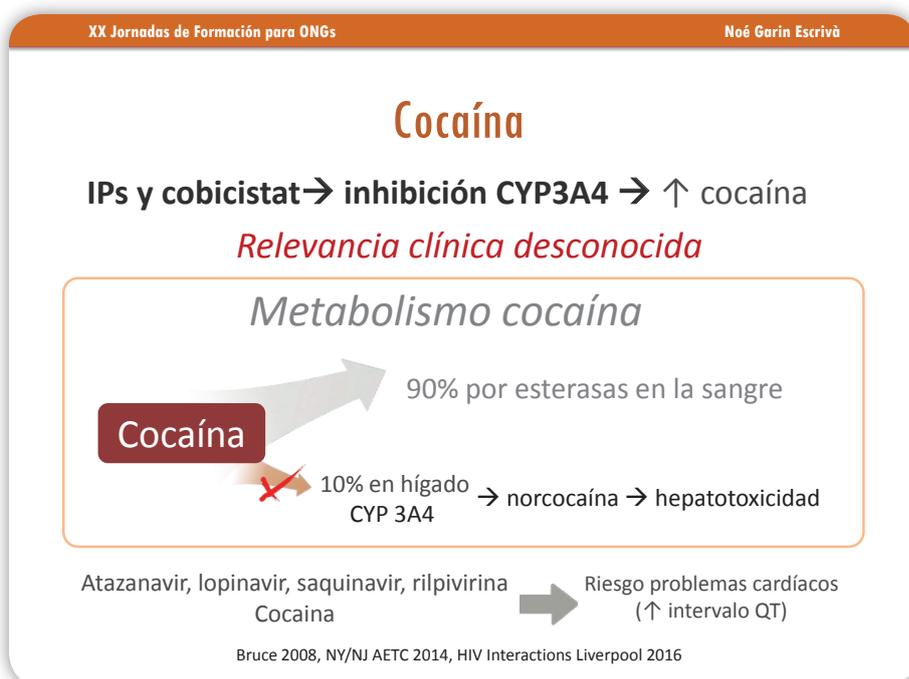


Figura 5. Interacciones entre antirretrovirales y cocaína.

RESUMEN

Extasis - metanfetaminas “cristal” - mefedrona

Metabolismo CYP 2D6

Se pueden acumular al tomar: IPs o cobicistat

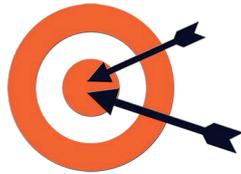


Figura 6. Interacciones de los antirretrovirales con éxtasis, metanfetaminas y mefedrona.

GHB (ÉXTASIS LÍQUIDO)

En el caso del GHB (éxtasis líquido)⁹⁻¹², teóricamente no interacciona por vía del CYP 450, pero se recomienda no usar con ritonavir ni con cobicistat; se han descrito casos mortales con inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir, por lo que se recomienda evitarlos. Entre los signos y síntomas de intoxicación destacan: mioclonías, convulsiones, bradicardia, depresión respiratoria y pérdida de la conciencia.

KETAMINA

El riesgo de interacciones entre la ketamina y algunos ARV es alto e importante⁹⁻¹². Los inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir y el cobicistat, inhiben el CYP 3A4, produciendo una excesiva acumulación de ketamina que puede causar toxicidad. Por su parte, el efavirenz, la nevirapina y la etravirina son inductores del CYP 3A4, por lo que pueden disminuir la concentración de ketamina.

BENZODIACEPINAS

En relación con las benzodiazepinas⁹⁻¹², se distinguen dos tipos, dependiendo del metabolismo. Unas se metabolizan mediante el citocromo CYP 450 (alprazolam, diazepam, midazolam, triazolam), por lo que son las que pueden plantear problemas de interacción con drogas; otras se metabolizan con glucuronidación (oxazepam, temazepam, lorazepam), lo que no plantea ningún problema de interacciones. Las benzodiazepinas con metabolismo CYP tienen un alto riesgo de interacción con algunos

inhibidores de la proteasa, con ritonavir y cobicistat; al inhibir el citocromo CYP 3A4, provocan una acumulación de la benzodiazepina y causan toxicidad, lo que puede provocar sedación y depresión respiratoria. Por el contrario, el efavirenz, la nevirapina y la etravirina, fármacos inductores del CYP 3A4, provocan una disminución de la benzodiazepina en sangre: si se detiene el TAR en esta situación, y el sujeto estaba consumiendo dosis elevadas de benzodiazepinas por esta interacción, se eleva considerablemente el riesgo de intoxicación.

CANNABIS (MARIHUANA)

El cannabis (marihuana) tiene un riesgo de interacción muy bajo con los ARV^{11,12}. Un estudio¹³ detectó que las personas que fumaban marihuana tenían unos niveles infraterapéuticos de atazanavir, por lo que con un consumo continuado de cannabis no se produce la eficacia adecuada de este tratamiento.

POPPERS (NITRITO DE AMILO)

Los poppers (nitrito de amilo)^{11,12} tienen un riesgo de interacción muy bajo, pero sí lo tienen de aparición de efectos adversos. Se metaboliza por hidrólisis y no sufre ningún metabolismo con CYP.

SILDENAFILO, TADALAFILO Y VARDENAFILO

El riesgo de interacciones con ARV del sildenafil, el tadalafil y el vardenafil –agentes para la disfunción eréctil– es moderado^{9,11,12,14}. La interacción con los inhibidores de la proteasa, ritonavir y cobicistat, al inhibir el citocromo 3A4, provoca una acumulación

de estos fármacos. Se ha observado que el ritonavir a dosis altas eleva un 1.000% del área bajo la curva de sildenafil, lo que tiene graves consecuencias (hipotensión grave, desvanecimiento, infarto, etc.).

INTERACCIONES ENTRE LAS DROGAS

También hay interacciones entre las propias drogas que se usan en el contexto del ChemSex y que, en ocasiones, se consumen de forma asociada. La interacción de GHB y alcohol es muy grave: puede producir una alteración importante en el sistema nervioso, depresión respiratoria e hipotensión. Otro problema es que el GHB se puede consumir en forma de precursores (la GBL y el 1.4 butanediol [BD], sustancias que cuando entran en el organismo se transforman y pasan a ser GHB). Estos precursores compiten con el metabolismo del alcohol, acumulándose y pudiendo ocasionar una toxicidad similar al GHB.

Otra interacción potencial es el alcohol y la cocaína¹⁵⁻¹⁷, que en grandes dosis genera un metabolito llamado cocaetileno. Esta interacción provoca el aumento de la euforia y la disminución de la disforia, pero se tiende a acumular y se convierte en tóxico, sobre todo a nivel cardiovascular (hipertensión, problemas cardíacos, arritmias). Se puede

incrementar el riesgo de muerte repentina entre 18/25 veces.

La interacción entre nitritos de alquilo (*popper*) y sildenafil (Viagra®) provoca un importante efecto vasodilatador. Una vasodilatación excesiva puede ocasionar hipotensión grave y producir ictus o infartos. En el estudio de Emmick et al de 2002¹⁴, se doblaban los casos de hipotensión al añadir nitratos. Además, el *popper* es una sustancia muy inflamable, provoca daños al contacto con la piel, "quemaduras" (generalmente en la boca y la nariz) y otras toxicidades si se ingiere (metahemoglobinemia, inmunodepresión, etc.).

La combinación de cocaína y tabaco refuerza el efecto dopaminérgico que lleva a la euforia, aumenta el riesgo de adicción y conlleva efectos cardiovasculares a medio y largo plazo.

Los fármacos con efecto depresor (GHB, alcohol, heroína, morfina, derivados, cannabis, benzodiazepinas, barbitúricos, antidepresivos) aumentan los efectos sedantes (incluso pueden llegar a inducir coma) y pueden ocasionar problemas respiratorios. Todo lo contrario sucede con los fármacos de efecto estimulante (cocaína, éxtasis y cristal), que tienen una vía de acción parecida, induciendo un elevado riesgo cardiovascular (efectos bruscos y rápidos).

“EUROPEAN CHEMSEX FORUM”: PRINCIPALES CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Raúl Soriano. Sociólogo. Experto en reducción de daños asociados al consumo de drogas y en conductas sexuales en HSH. ALAIRA

En el “European ChemSex Forum”, celebrado en abril de 2016 en Londres, se propuso la recogida e intercambio de información y trabajo en red, con el objetivo de establecer una plataforma intersectorial y multidisciplinaria sobre ChemSex. Participaron representantes de 26 países europeos.

La práctica del ChemSex varía enormemente de unas ciudades a otras, siendo Londres una de las que tiene documentada una mayor implantación de este fenómeno. Existen estudios en Reino Unido que señalan que el **ChemSex podría ser un factor que contribuye a la transmisión del VIH en HSH**. Se ha documentado un aumento del consumo de las drogas utilizadas en el ChemSex y un incremento de los HSH que demandan atención en centros de ITS y de drogodependencia, presentando usos problemáticos de estas drogas.

Por lo que se refiere a la prevalencia de este problema, todavía no se dispone de estudios que permitan dimensionarlo. En España se ha realizado un estudio sobre el uso de drogas en una sauna de Barcelona^{18,19}, siendo la única comunicación española en el “European ChemSex Forum”.

PREOCUPACIONES

- **El ChemSex podría ser un factor que contribuye a la propagación del VIH, la hepatitis C y otras ITS.**
- **Se ha asociado con sobredosis, adicción, suicidios y problemas de salud mental.**

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Entre las principales líneas de actuación debatidas en el Forum, se apuntaron dos:

No es necesario crear nuevos servicios o centros, pero sí ofrecer **atención especializada** desde espacios identificables en los centros ya existentes, preferentemente aquellos que, como los centros de ITS, ya trabajan habitualmente con este perfil de población. La

participación de profesionales de diferentes centros y disciplinas permite complementar conocimientos y ofrecer un abordaje más integrado, para lo que se requiere flexibilidad y colaboración interinstitucional.

Realización de **pruebas más frecuentes** de hepatitis C y el **acceso a tratamiento inmediato**, así como intervenciones para evitar la reinfección. Entre las estrategias propuestas para conseguir entornos de ChemSex más seguros, se incluyó la dispensación de material de inyección.

Atendiendo a la experiencia obtenida de Reino Unido, se propusieron algunas medidas básicas de intervención sobre la salud sexual:

Es indispensable una **valoración de riesgos personalizada** (tanto de prácticas sexuales como de consumo).

- La **realización de pruebas y tratamientos** de ITS (incluyendo pruebas de hepatitis C en HSH con VIH).
- Promoción de la **educación sexual y afectiva**, incluyendo educación sobre el significado de una carga viral indetectable.

ACCIÓN SOCIAL

Partiendo de esta realidad, es fundamental articular medidas encaminadas a:

1. **Incentivar a las ONG y otorgarles los recursos adecuados:** las ONG deben tomar la iniciativa y no dejar que la prensa y otros definan la agenda en torno a estas cuestiones de consentimiento y ChemSex en general.
2. **Potenciar y articular la respuesta comunitaria.** Cada ciudad presenta un escenario distinto y también la respuesta comunitaria puede variar notablemente. Es necesario compartir ejemplos de respuestas eficaces y buenas prácticas de la comunidad. Un ejemplo de respuesta basado en la comunidad es “Hablemos de sexo gay y drogas”, una iniciativa del Reino Unido que también ha comenzado a desarrollarse en Alemania.

3. **Mejorar la recogida de información y el trabajo en red.** Hay que coordinar esfuerzos con los servicios en toda Europa para identificar y monitorizar el fenómeno y sus tendencias, mejorar la coordinación, promover acciones conjuntas y compartir modelos de intervención que hayan demostrado su eficacia. Al mismo tiempo, es indispensable desarrollar una política estratégica para el futuro que incluya cálculos del coste de no atender este fenómeno, que promueva intervenciones a costes efectivos, y que implemente estándares de calidad. Los recursos deben priorizarse de una manera eficaz.
4. **Establecer un enfoque basado en las soluciones.** Por ejemplo, se debe valorar si quienes hacen un uso no problemático de ChemSex pueden contribuir compartiendo su experiencia y habilidades.
5. Identificar estrategias para **facilitar la participación social y comunitaria y la movilización social.**
6. **Formar** a los voluntarios, profesionales y a los decisores políticos..

PROPUESTA PARA LA COORDINACIÓN DE LA RESPUESTA EN ESPAÑA

El sociólogo Raúl Soriano presentó una propuesta para ofrecer una respuesta coordinada al ChemSex en España, y que ya ha sido remitida al departamento del Plan Nacional del Sida y al Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La propuesta se basa en cuatro puntos esenciales: **investigación, formación, atención profesional y prevención.** Además, se aconseja la creación de un grupo de trabajo específico.

Investigación

Es necesario implementar la **vigilancia epidemiológica y de conductas, tanto sexuales como de consumo;** así mismo, en cada foco (ciudad) es necesario identificar qué sustancias se consumen y la vía utilizada, qué volumen de personas tienen estas prácticas, cuál es el perfil del consumidor y qué impacto tiene el ChemSex en su comportamiento sexual y

salud sexual (VIH, VHC, ITS). Se requieren trabajos que documenten en qué momento comienza a consumirse cada nueva sustancia o cuándo debuta el uso inyectado en cada ciudad, ya que un aumento de sobredosis mortales de GHB/GBL y la proliferación del uso inyectado de metanfetamina en sesiones de sexo grupal, representaría probablemente el peor de los escenarios posibles.

Es necesario monitorizar la evolución del fenómeno del ChemSex desde una perspectiva de salud pública, prestando atención a las urgencias hospitalarias, las muertes por sobredosis de GHB y otras sustancias, las demandas de tratamiento en los centros de drogodependencias, así como la evolución epidemiológica del VHC, el VIH y otras ITS.

Formación

Se requiere **mejorar la formación de los profesionales de centros de ITS, centros de atención a las drogodependencias, los equipos de investigación y los miembros de las ONG** que trabajan con este perfil de usuarios. Es necesario explorar fórmulas de **colaboración** entre todos para el **abordaje asistencial** de pacientes en el contexto del ChemSex.

Atención profesional

Es necesario ofrecer unidades de referencia, al menos en Madrid y Barcelona, así como una atención terapéutica *on-line* con cobertura estatal. La designación de estas unidades a las que derivar a los pacientes no tiene por qué implicar la creación de nuevos centros. Code Clinic²⁰ británico es un modelo de referencia de colaboración entre centros de ITS y drogodependencia y ONG, que lleva 6 años funcionando con excelentes resultados de captación de la población diana.

Prevención

Es fundamental la labor que llevan a cabo las organizaciones como Stop Sida, Apoyo Positivo, Gais Positius, Energy Control y la FELGTB, que han comenzado a realizar ya **intervenciones de prevención** sobre este fenómeno.

LAS NUEVAS APLICACIONES MÓVILES Y SU IMPACTO: ARGOT Y CÓDIGOS UTILIZADOS

Raúl Soriano. Sociólogo. Experto en reducción de daños asociados al consumo de drogas y en conductas sexuales en HSH. ALAIRA

El uso de aplicaciones de geolocalización es uno de los elementos que han facilitado la aparición del fenómeno ChemSex tal como hoy lo conocemos. Estas aplicaciones han tenido un impacto “dramático” en el comportamiento sexual del colectivo de los HSH.

Gracias a estas aplicaciones, se consigue que, en muchos casos, las conversaciones sean directas y anónimas, un anonimato que permite gestionar desde sexo hasta drogas, y establecer unos vínculos que facilitan comportamientos que antes no se adoptarían.

Se trata de una forma de comunicación muy dinámica, ya que cualquiera puede crear una combinación de emoticonos o un acrónimo y propagar su uso. En el momento que otros usuarios copian la idea

y la reutilizan, se produce un código de comunicación colectivo que se integra en la cultura del grupo o de la comunidad.

Uno de los usos observados en el contexto de estas aplicaciones móviles de geolocalización, es la oferta de sustancias que se ofrecen, tanto para su venta como para su uso compartido. De igual forma, hay usuarios que demandan estas sustancias.

Pero las aplicaciones móviles de geolocalización también pueden ser herramientas de prevención, ya que pueden emplearse como instrumentos para transmitir un mensaje directo y rápido. Dos ejemplos son las campañas con motivo de la fiesta del *Pride* en Londres: “*Get a NHS pre-Pride health check up*” y Sydney: “*Post Mardi Gras Check-up*”.



SERVICIO ESPECÍFICO PARA HSH QUE PRACTICAN CHEMSEX

Luis Villegas. *Trabajador Social. Coordinador del proyecto "ChemSex Support"*

La organización Stop Sida, ya en el año 2009, llevó a cabo una **campaña de reducción de riesgos con el uso de las drogas en el sexo**. Atendiendo a esta experiencia, a lo largo de estos años se han realizado diversas actividades, entre ellas algunas intervenciones en espacios de ocio para conocer la incidencia en la salud sexual del colectivo gay.

La primera acción o intervención fue la celebración del *"CIRCUIT International Gay & Lesbian Event"*, que se celebró en Barcelona en 2009, donde se repartió por primera vez **material preventivo e información de prevención de riesgos**, que fue financiado por la propia empresa organizadora del evento. Desde el año 2009 hasta el 2015 se han repetido estas actividades, como reparto de material informativo y preventivo por los voluntarios de la ONG, en todas las fiestas del CircuitFestival (excepto una).

Stop Sida cuenta durante todo el año con un equipo de educadores de calle con formación específica en drogas y sexo, que llevan a cabo diferentes intervenciones. Disponen de seis espacios de atención continuada (saunas, clubs, zonas *cruising*), con una **atención personalizada** y reparto de material preventivo. Estos educadores recogen datos e información de los usuarios en los espacios de ocio gay.

Además, los voluntarios prestan también una atención *on-line*. Esto se realiza a través de la web www.navegaseguro.es. Esta página tiene un apartado en el que se informa del consumo de drogas durante las relaciones sexuales enmarcadas en el contexto gay. En 2014 se introdujo un apartado de "Red estatal de ciberns", con formación *on-line*, a nivel estatal. Además, desde 2011 se realizan diversos estudios de investigación sobre el consumo de drogas.

Ante esta situación, la organización Stop Sida decidió desarrollar el proyecto *"ChemSex Support"*, (www.stopsida.org/sexo-y-drogas), que es un servicio que ofrece una atención integral desde y para la comunidad de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI) para la prevención y el tratamiento del consumo de drogas asociadas al sexo. **Tiene una filosofía de counselling, centrada en la persona, defiende su autonomía y presta atención entre pares (compañeros)**. Todo ello cuenta con un **apoyo de profesionales, un coordinador, dos técnicos, tres psicólogos y un trabajador social**. Va dirigido a consumidores que no se identifican con el perfil de consumidor habitual de drogas, y a consumidores que demandan una atención específica como gays, teniendo en cuenta la vivencia de su sexualidad, las formas de vinculación afectivo-sexual, su identidad sexual, la importancia de sus grupos de referencia en el contexto del colectivo LGTB, los espacios de socialización diferenciados (saunas, bares, clubes de sexo, etc.) y los contextos de trabajo sexual (**figura 7**).

El "ChemSex Support" es gratuito, anónimo, confidencial y tiene un carácter asistencial, abordándose el compromiso con el servicio de forma personalizada y con la flexibilidad requerida.

Atendiendo a los usuarios de este servicio en el último trimestre de 2015, se concluye que **la edad media es de 39 años y que las sustancias que más consumen son tina, GHB, popper, cocaína y mefedrona**. La primera demanda que solicitan los usuarios es **la gestión de consumo y cómo mejorar la relación de pareja**.

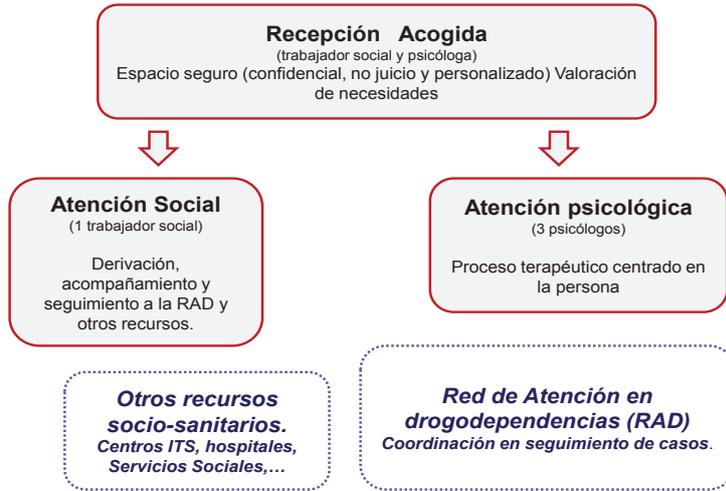


Figura 7. Procedimiento básico de atención y apoyo en Stop Sida a usuarios de ChemSex.



APLICACIONES MÓVILES DROGAS/VIH

Juane Hernández. *Presidente del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)*

Existe una importante brecha entre médicos, la academia y la comunidad gay ante fenómenos del tipo ChemSex. La principal consecuencia es que la información sobre consumos, uso de drogas e interacciones no se traslada a la práctica clínica. **Es muy importante que los médicos conozcan esta información para atender de la forma mejor y más segura a los pacientes**^{21,22}.

En muchas ocasiones, las preguntas, consultas y dudas sobre las interacciones entre los medicamentos que toman personas con VIH y determinadas drogas, e incluso medicamentos prescritos por los propios médicos, son trasladadas a las ONG que trabajan con estas personas. A partir de esto, el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH ha desarrollado una **herramienta digital para la reducción de riesgos (Infodrogas-vih), por la cual cualquier paciente puede buscar las potenciales interacciones entre los medicamentos antirretrovirales y una serie de sustancias que ellos pudieran utilizar.**

Esta iniciativa tiene, entre otros objetivos, el de ofrecer un **recurso en español dirigido a personas con el VIH y a los profesionales** que las atienden, proporcionar información inteligible, **basada en la evidencia científica**, en un entorno digital de fácil manejo, y sobre todo, **familiarizar** a las personas que trabajan en este ámbito con el **concepto de interacciones medicamentosas, su importancia y potencial impacto.**

Al mismo tiempo, pretende **reducir el riesgo asociado al uso de drogas y otras sustancias** y propiciar un acercamiento de las personas con el VIH que utilizan drogas a sus médicos del VIH.

La decisión fue diseñar una **web (www.infodrogas-vih.org) y una aplicación móvil (Infodrogas-vih)** que en realidad son un buscador de interacciones entre medicamentos ARV para el VIH, drogas y otras sustancias: ARV, drogas, inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE), ansiolíticos, antidepresivos y sustancias de gimnasio.

Para armar toda la base de datos, que alcanza casi las 1.000 entradas, se ha hecho una revisión bibliográfica exhaustiva (basada en un artículo científico²³) y se han consultado tres bases de datos: HIV-Drug-Interactions, Clinical Care Options (The Drug-Drug Interactions Tool) e InteraccionesHIV.com.

La información de este buscador se presenta con un sistema muy sencillo, a modo de semáforo. El color rojo alerta de que el riesgo es elevado y las sustancias no deberían mezclarse. El amarillo advierte de que el riesgo es moderado y se recomienda precaución antes de mezclar estas sustancias. Y el verde indica un riesgo bajo, ya que no parece que estas sustancias interaccionen entre sí. También al usuario se le advierte con un símbolo azul de que no hay datos disponibles. Además, aparece un detalle de interacción para ampliar la información (**figura 8**).

¿Qué es infodrogas-vih?

Resultados de las búsquedas proporcionadas en dos niveles

	Riesgo elevado: Estas sustancias no deberían mezclarse
	Riesgo medio: Se recomienda precaución antes de mezclar estas sustancias
	Riesgo bajo: No parece que estas sustancias interaccionen entre sí
	No hay datos disponibles: No parece que estas sustancias interaccionen entre sí

Figura 8. Posibles resultados de la búsqueda en Infodrogas-vih.

Esta herramienta cuenta con el apoyo o aval de muchas ONG, colectivos y activistas vinculados a la lucha contra el VIH. Tiene el **sello de calidad Hon-Code**, que avala el contenido que hay en las webs, que está basado en evidencias científicas y no pone en riesgo la salud de las personas a las que va

dirigido, en este caso a las personas afectadas por el VIH y a toda la comunidad gay.

Estas nuevas herramientas pretenden ser un recurso útil para toda la comunidad gay y para las ONG vinculadas a la lucha contra el VIH y el uso de drogas.



PROYECTO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS “INFODROGA GRATIS”

Quim Roqueta. *Presidente de Gais Positius*

“InfoDroga Gratis” nace después de detectar un aumento del consumo de drogas dentro del colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI) y tras la desaparición de la Coordinadora LGTB de Catalunya. Gais Positius decidió continuar desarrollando la labor de prevención del VIH y de los problemas derivados de las drogas poniendo en marcha una **campaña informativa destinada a reducir los riesgos asociados al consumo de esas sustancias**. También porque en algunos estudios previos al desarrollo de este proyecto se observaba que el consumo de drogas en el colectivo LGTBI mostraba un policonsumo asociado al ocio recreativo.

Con el objetivo de recabar más información, se encargó un informe sobre el consumo de drogas entre la población homosexual usuaria de espacios de ocio nocturno de Catalunya²⁴. A partir de aquí, se desarrolla la iniciativa, que lleva el nombre genérico de **“Más info, menos daños”**, para atraer a estas personas de una forma divertida y positiva.

En ese momento se diseñó, además, el proyecto estrella “InfoDroga Gratis”, para la reducción de riesgos y un mejor conocimiento de lo que está pasando entre la comunidad gay. InfoDroga Gratis hace sus

intervenciones en eventos, locales de ocio, saunas y *sex bars*. Entre otras cosas, se distribuía abundante **material gráfico, muy atractivo visualmente, que informaba sobre el consumo de varias sustancias, interacciones y reducción de riesgos**. Entre 2014 y 2015 se han realizado 58 intervenciones en 13 locales de ocio LGTBI diferentes y más de 5.000 usuarios han hecho uso de esta herramienta. Los monitores que participan en este proyecto están muy bien preparados, formados específicamente en drogas e ITS.

La información más demandada en las intervenciones en 2015 fue sobre los materiales informativos en sí mismos (33,3%), las drogas en general (26,5%), el proyecto droga (21,6%), la reducción de riesgos en la sexualidad (7,8%), los temas emocionales (2,9%) y la sexualidad en general (1%). Agrupadas de forma temática, las preguntas más frecuentes son sobre el proyecto “InfoDroga Gratis” y materiales (33,3%) y drogas concretas (28,8%) (**figura 9**).

Además, **la salud sexual continúa siendo el tema más importante en muchas consultas, al que se ha unido el interés por saber más sobre el concepto o término ChemSex**.

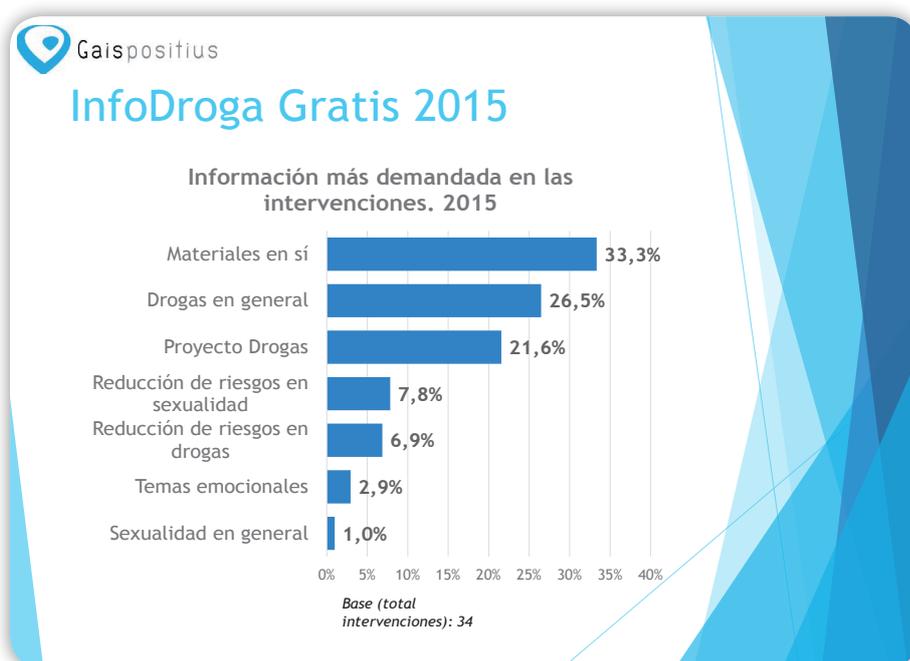


Figura 9. Preguntas más habituales.



CHEMSEX: DEL ÁRBOL A LA APLICACIÓN

Jorge Garrido. Director de la ONG Apoyo Positivo y del proyecto de innovación social "Algo está pasando"

ChemSex es un concepto sexual cada vez más familiar en el colectivo de hombres gays/HSH, y aunque se ha contextualizado en entornos determinados (como saunas), **cada vez es más habitual que los encuentros sexuales se produzcan en domicilios y fiestas privadas**, donde se dan cita hombres para consumir drogas de uso recreativo y mantener relaciones sexuales.

Pero la combinación de drogas y sexo no es algo nuevo. Sin embargo, el ChemSex sí es un fenómeno diferente, sobre todo porque tiene varios ingredientes característicos: **un nuevo espacio físico (el domicilio), la combinación de unas nuevas sustancias, que son más desconocidas en su uso y sus consecuencias (GHB, mefedrona, metanfetamina), el 2.0 y las aplicaciones móviles**. Estos rasgos son los que hacen diferente a este fenómeno.

También cuentan los efectos de desinhibición y prácticas sexuales que propician estas sustancias y las consecuencias psicosociales que están presentándose asociadas a este consumo. **A corto plazo conllevan ansiedad, paranoia, psicosis, además de las consecuencias físicas y de no ingerir en muchos casos ni comida ni suficiente bebida. A largo plazo, provocan depresión, ansiedad grave y suicidios. A todo ello, se une el riesgo de infecciones (como las hepatitis B y C)**, así como el regreso de drogas por vía intravenosa.

"Apoyo Positivo" considera importante **valorar el espectro completo** de incidencia de este factor, no solo en "las quedadas" específicas conocidas como sesiones, sino en su uso recreativo, y valorar el fenómeno desde la reducción de riesgos y la sexualidad.

Como principales causas reseñables para participar en este tipo de prácticas, se apuntan las siguientes: sentirse sexualmente más liberado, hacer frente

al estigma relacionado con el VIH y la hepatitis C, evadirse, como respuesta a la propia homofobia interiorizada, querer disfrutar mejor del sexo y durante más tiempo, la soledad, el pertenecer a un grupo, buscar la afirmación sexual, porque "todo el mundo lo hace", porque es un gancho en el mundo 2.0 y por la influencia del entorno o grupo.

Partiendo de estas consideraciones, el grupo del proyecto **"Algo está pasando"** detectó la normalización de estas prácticas sexuales y el argot asociado al ChemSex entre la comunidad o colectivo LGTBI, especialmente en HSH, no solo en los espacios habituales o comunes de encuentros sexuales, "sino en el día a día".

A partir de aquí, desde Apoyo Positivo, con el respaldo de **"imaginaMAS"**, se elaboró el proyecto "ChemSex". Ofrece un **servicio integral de atención del ChemSex a nivel de salud, reducción de riesgos, educación, con acceso inmediato a los tratamientos biomédicos y psicosociales necesarios**. Para ofrecer todo esto, se ha hecho un **mapa de los casos de ChemSex, se ha habilitado un servicio de atención individual, se han formado espacios y profesionales de la salud relacionados, se ha realizado prevención 2.0 (con aplicaciones móviles), y se ha intervenido en los espacios de ocio** del colectivo HSH para reducir la incidencia y evitar daños en este tipo de prácticas.

El objetivo final como organización es saber qué provocan estas sustancias en la salud y cómo evitar daños en su uso. **Desde Apoyo Positivo se está trabajando para dotar a Madrid de un espacio, "Algo está pasando"**, similar al ChemSex Support 56 Dean Street en Londres. No solo es una clínica de salud sexual, sino que pretende ser un espacio comunitario donde cualquier persona pueda acudir para consultar sus dudas y recibir ayuda para cuidar su salud sexual, en forma de intervención o prevención.

CONCLUSIONES

- Definición de ChemSex. Es importante que, tanto a nivel europeo como a nivel local, haya una definición uniforme del ChemSex y la influencia en los distintos contextos culturales, es decir, en relación con las sustancias que están involucradas y qué terminología se utiliza.
- En ChemSex intervienen tres factores fundamentales: 1) drogas consumidas (principalmente mefedrona, *tina* y GHB); 2) las nuevas tecnologías: internet y las aplicaciones móviles, y 3) un cambio en la conducta sexual, que influye en prácticas como el *cruising*, que cambia de escenario y se hace más extremo.
- Organizaciones no gubernamentales y profesionales médicos reclaman la implementación de intervenciones específicas dirigidas a abordar los problemas de salud derivados del consumo de drogas durante las prácticas sexuales en el colectivo gay o HSH.
- No hay datos que dimensionen la práctica del ChemSex, pero médicos, organizaciones gubernamentales y ONG alertan de que puede contribuir a la transmisión del VIH en las relaciones sexuales HSH.
- Es primordial proporcionar información sobre la reducción del daño de las drogas.
- Necesidad general de mejorar la comprensión y la educación en ChemSex entre los trabajadores de la salud, representantes de grupos comunitarios, técnicos de drogas, medios de comunicación y responsables políticos.
- El ChemSex en personas con VIH puede empeorar la adherencia al tratamiento con antirretroviral y también puede elevar el riesgo de aparición de interacciones entre estos fármacos y las drogas recreativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is ChemSex and why does it matter? *BMJ*. 2015;351:h5790.
2. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The ChemSex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. Londres: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014.
3. Encuesta on-line europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS) Resultados en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf>.
4. Trailer 'ChemSex'. Disponible en: http://www.vice.com/en_uk/video/watch-the-trailer-for-our-new-film-ChemSex-422.
5. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:102-7.
6. Espinosa G, Miró O, Nogué S, To-Figuera J, Sánchez M, Coll-Vinent B. Intoxicación por éxtasis líquido, estudio de 22 casos. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:56-8.
7. Lampe F et al. ASTRA Study. The ASTRA study aimed to assess sexual risk behaviours, beliefs about HIV transmission risk, and attitudes to use of early antiretroviral treatment, in patients with HIV under care within the UK. Dept of Infection & Population Health - Royal Free Campus - University College London.
8. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, Boffito M. Increasing use of 'party drugs' in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS*. 2015;29:1585-92.
9. McDowell JA, Chittick GE, Stevens CP, Edwards KD, Stein DS. Pharmacokinetic Interaction of Abacavir (1592U89) and Ethanol in Human Immunodeficiency Virus-Infected Adults. *Antimicrob Agents Chemother*. 2000;44(6):1686-90.
10. Bruce RD, Altice FL, Friedland GH. Pharmacokinetic drug interactions between drugs of abuse and antiretroviral medications: implications and management for clinical practice. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2008;1(1):15-27.
11. Northeast/Caribbean AIDS Education and Training Center (NECA AETC). 2014.
12. HIV Interactions Liverpool. Liverpool: University of Liverpool; 2016.
13. Tobacco, Marijuana Use Decrease Blood Concentrations of HIV Drug. *Medscape*. Sep 22, 2009. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/709338>.
14. Emmick JT, Stuewe SR, Mitchell M. Overview of the cardiovascular effects of tadalafil. *Eur Heart J*. 2002;4:H32-47.
15. Farooq MU, Bhatt A, Patel M. Neurotoxic and cardiotoxic effects of cocaine and ethanol. *J Med Toxicol*. 2009;5(3):134-8.
16. AERC Alcohol Academy; 2010.
17. Pérez N, Milara J, Soler E, Ferrando R, Caja M, Romero R. Transcendencia del cocaetileno en el consumo combinado de etanol y cocaína. *Rev Esp Drogodepend*. 2006;31(3 y 4):254-70.
18. Fernández-Dávila P. "ChemSex in the sauna": An ethnographic study on the use of drugs in a gay sex venue in Barcelona". Disponible en: <http://www.stopsida.org/wp-content/uploads/2016/04/ChemSex-in-the-sauna.pdf>.
19. Fernández-Dávila P. "Mobile men who have sex with men: an exploration in European residents of sexual risk taking while travelling abroad". Disponible en: <http://pag.aids2012.org/EPosterHandler.axd?aid=15867>.
20. CODE Clinic. Disponible en: <http://dean.st/chemsex-support/>.
21. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). Montárselo en positivo: una guía de salud sexual para personas que viven con VIH. Barcelona; 2006.
22. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt). Montárselo en positivo. Guía de salud sexual para personas que viven con VIH. Barcelona; 2007.
23. Villacorta Linaza P, Ruano Camps R, Gallego Fernández C, Santos Ramos B, Rodríguez Terol A, O Caraballo Camacho M de L. Calidad de las bases de datos sobre interacciones de antirretrovirales. *Med Clin (Barc)*. 2010;134:678-83.
24. Pere Martínez-Oro D. Estudio: COGAILES + Fundacio Igenus. El consumo de drogas entre la población homosexual usuaria de espacios de ocio nocturno de Catalunya. Una aproximación cuantitativa. Barcelona, enero 2010.

Fernando Caudevilla

Médico de familia, experto en Drogodependencias y Asesor de la ONG Energy Control

“El ChemSex, aunque no es un problema de salud pública a nivel global, afecta a un colectivo que está expuesto a un riesgo extremo”



¿Qué debemos entender por ChemSex? ¿Cuál es la definición que se debería aplicar a este fenómeno?

Debemos distinguir entre dos conceptos. Por un lado, están los usos recreativos que tienen que ver con drogas y sexo, y que presentan unos riesgos determinados; y, por otro lado, el ChemSex, que es un patrón de consumo desadaptativo que causa malestar y problemas en la vida personal, familiar, social, laboral, etc., y en que los consumos de drogas no se controlan y la persona llega a asociar tanto el sexo a las drogas que no puede realizar sexo sin estas sustancias. En definitiva, este fenómeno produce un consumo problemático.

¿Existen datos de este fenómeno?

Los datos que tenemos es que un **5% de la población gay** ha tomado algunas de estas sustancias y con este fin sexual en el último año. Este fenómeno, aunque no es un problema de salud pública a nivel global, sí afecta a un colectivo que está expuesto a un riesgo extremo. **Es necesario intervenir.**

¿Cuáles son los riesgos extremos que conlleva este tipo de prácticas, especialmente en un perfil de personas positivas al VIH?

Todo lo que supone un deterioro de salud relacionado con el consumo de drogas de forma crónica. Cuando el uso de drogas es ocasional o recreativo, los problemas oscilan desde mínimos hasta muy graves. Cuando algo es instrumental, que se usa para un fin concreto y ocupa tanto la vida del paciente, la posibilidad de sufrir riesgos físicos, mentales y sociales es mucho mayor.

¿Cree que se está estigmatizando a un colectivo o a un tipo de persona con un determinado perfil?

Son formas de homofobia y de estigmatización más sofisticadas que las clásicas. Esta situación tiene el riesgo de generalizar fenómenos que son puntuales, aunque peligrosos. Y se suele tener la idea de que es un colectivo al que no les importa su salud, que hacen cosas muy raras y que no tienen ningún control.

¿Qué valoración hace del hecho de que ViiV Healthcare lleve a cabo este tipo de reuniones formativas e informativas?

Excelente. Hay que reconocer que gran parte de la formación que se lleva a cabo, tanto para los profesionales como para las ONG, viene de la industria farmacéutica. Hay que reconocerlo. Mi experiencia, que ya se alarga 15 años, es muy positiva en este sentido.

Noé Garín Escrivá

Farmacéutico: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).
Profesor asociado médico: Universitat de Barcelona

“Los profesionales sanitarios deben preguntar a sus pacientes de forma más directa y adecuada sobre posibles prácticas de ChemSex”



¿Cuál es la nueva realidad que aporta la terapia con fármacos antirretrovirales en las personas con VIH/sida?

Lo primero que aportan es eficacia, ya que han posibilitado que la mortalidad asociada al VIH/sida haya disminuido de forma notable. Otra gran ventaja de los tratamientos actuales es la simplificación de la terapia, algo muy importante para el paciente; en este sentido, hace solo unos años las personas afectadas por el VIH tenían que tomarse multitud de medicamentos a lo largo del día y algunas personas no podían hacer una vida normal con esta cantidad de comprimidos, mientras que en la actualidad la mayor parte de los pacientes solo toman un comprimido al día. Finalmente, se ha avanzado significativamente en el perfil de seguridad, con una menor incidencia de efectos adversos. Con estos avances, la principal consecuencia es que los pacientes afectados por el VIH están mucho más y mejor controlados.

En el caso del ChemSex, ¿qué particularidades o advertencias básicas deberían tener en cuenta las personas afectadas por el VIH?

La comunicación del paciente con el personal sanitario es muy importante. En muchas ocasiones, la persona afectada por el VIH no se siente con confianza para comentarle al médico que toma este tipo de drogas y que realiza estas prácticas de riesgo. Además, en algunos casos, los profesionales pueden tener cierto desconocimiento, lo que provoca que ni siquiera se plantee el problema. Hay que romper esa barrera. Los médicos y profesionales sanitarios deben preguntar de forma más directa y adecuada sobre el tema, lo que hará que las personas con esta patología se sientan más cómodas y confiadas al explicar su situación. Además, esto permitiría valorar el problema de la eficacia y de las interacciones.

¿Cuáles son las consecuencias del ChemSex en el tratamiento que sigue el paciente VIH+/sida?

Básicamente, puede tener implicaciones en su **adherencia y también en el riesgo de aparición de interacciones.** En el caso de la adherencia, uno de los efectos del uso continuado de estas drogas es que altera la capacidad cognitiva, lo que puede provocar, entre otras consecuencias, olvidos puntuales en la toma de la medicación.

Igualmente, hay personas que saben que con este tipo de práctica se pueden producir interacciones nocivas con la medicación antirretroviral y, por lo tanto, deciden conscientemente no tomar el tratamiento durante unos días. De esta manera, consideran que evitan estas posibles interacciones, aunque esta aproximación no considera la repercusión de la falta de adherencia y en muchas ocasiones estos conocimientos se basan en el “boca a boca” y puede ser inexacta.

¿Cuáles son las principales interacciones que deben tener en cuenta los pacientes que reciben antirretrovirales y que hacen ChemSex?

El ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), que es un anestésico diferente del éxtasis y no es estimulante sino un depresor sedante, puede tener interacciones graves con los

inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir y con cobicistat. La ketamina también tiene un importante potencial de interacción con algunos fármacos antirretrovirales. Además, entre algunas drogas o sustancias también se producen importantes interacciones, como sucede entre el GHB y el alcohol, que pueden afectar al sistema nervioso central, causar depresión respiratoria e hipotensión; es una de las interacciones que más se debe tener en cuenta, y que los pacientes que estén tomando este tipo de tratamientos deberían conocer.

¿Se deberían tener en cuenta los riesgos de algunas de estas interacciones para decidirse por un tratamiento con antirretrovirales u otro?

Es una cuestión importante. En enfermedades crónicas tiene que haber un equilibrio entre lo que quiere el paciente y lo que puede producir el tratamiento, de ahí la necesaria confianza entre el médico y el paciente para llegar a una decisión conjunta. Si el médico informa al paciente de que hay una interacción si se toma alguna de estas sustancias y el paciente lo tiene en cuenta, fenomenal... pero si no es así, podría pasar algo. Es importante llegar a algún tipo de acuerdo y que **el cambio de medicación pueda ser una opción.**

Juanse Hernández

Técnico de salud y miembro directivo del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)

“Queremos facilitar a la persona con VIH la búsqueda sencilla de información sobre interacciones medicamentosas y drogas”



¿Qué proyectos tiene en marcha vuestro grupo en relación con el fenómeno de ChemSex?

El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) ha diseñado un proyecto, que hemos iniciado este año, y que pretende informar y divulgar toda una serie de aspectos sobre la infección por VIH. En esta labor de información y divulgación hemos elaborado una web y una aplicación móvil, **“Infodrogas-VIH”**, sobre las interacciones entre los fármacos antirretrovirales y otro tipo de sustancias, entre ellas las drogas, los ansiolíticos o las sustancias que están utilizando las personas que viven con VIH.

Básicamente, ¿qué se pretende con estas iniciativas?

El principal objetivo es conseguir un **consumo más seguro de drogas** y, sobre todo, propiciar un acercamiento a sus médicos de las personas que viven con VIH que consumen drogas. En la gran mayoría de los casos, no se habla de este problema en la práctica clínica, ya sea por la limitación del tiempo, por ser un tema sensible, porque a los propios médicos les cuesta abordar este tema en su consulta o por las limitaciones del propio paciente, por ser cuestiones que prefieren mantener en un ámbito más privado o confidencial.

Nuestra organización propone la puesta en marcha de estos recursos novedosos, como las aplicaciones móviles y una web, para ayudar a las personas a tener un uso más seguro de las drogas, sobre todo si están tomando tratamientos antirretrovirales. Queremos facilitar a la persona que vive con VIH la búsqueda sencilla de información sobre interacciones medicamentosas y drogas, su importancia y su impacto en su salud.

¿Hasta qué punto considera importante la formación del médico para que conozca la situación del paciente VIH+ y que utiliza este tipo de drogas?

Este aspecto es importante. Los facultativos hacen una labor estupenda y están bastante al día con las interacciones que se producen con los tratamientos que están tomando estos pacientes. Con todo, es cierto que no conocen tan a fondo estas nuevas drogas que han ido apareciendo y que son de uso habitual en algunos pacientes que viven con VIH, aunque hay mucho interés en formarse y en tener una **mayor y mejor información** sobre ellas.

Este novedoso fenómeno del ChemSex, ¿cómo afecta a las personas con VIH?

El uso de drogas en el contexto sexual no es un fenómeno nuevo, y en personas que viven con VIH tampoco. Quizás ahora han saltado las alarmas por la incorporación de drogas que tienen un componente bastante adictivo, y eso puede generar una serie de problemas para la salud. En concreto, en personas con VIH pueden llegar a tener otras infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas la hepatitis C y otras más relacionadas directamente con el uso de estas drogas, como problemas mentales o de abuso.

En general, es un problema que afecta especialmente al colectivo homosexual. Nuestra organización quiere dirigirse a los afectados por el VIH para que conozcan nuestra web y la aplicación móvil "Infodrogas-VIH", que se lanzará próximamente, para que se **familiaricen con el concepto de interacciones que tienen con su tratamiento antirretroviral**.

¿Qué tipo de actuaciones se deben emprender ante este fenómeno en España?

Lo primero que hay que hacer es investigar para conocerlo, y conocerlo significa entender también por qué los hombres gais llevan a cabo este tipo de prácticas. No hay que criminalizar, sino que es preciso entender para luego hacer una intervención especialmente dirigida.

Es importante trabajar desde el enfoque de la reducción de riesgos. En España siempre se ha actuado con mucho éxito, sobre todo en el pasado en el uso de las drogas. Hay que aplicar la reducción de riesgos, tanto en el ámbito sexual como en el de las drogas.

¿Cómo valora el apoyo y la aportación de la industria farmacéutica, en este caso del laboratorio ViiV Healthcare, en este ámbito?

Es muy importante el apoyo que se recibe de la industria farmacéutica. Es de valorar que el laboratorio ViiV Healthcare haya organizado este encuentro para dialogar y discutir sobre un asunto que nos preocupa. Es un tema multidisciplinar que atañe a diferentes ámbitos de actuación, ya sean médicos, farmacéuticos, ONG o representantes de la Administración sanitaria o de la salud pública. Por lo tanto, que los laboratorios ofrezcan este apoyo se agradece mucho.

Toni Poveda

Director de la Coordinadora Estatal de VIH-sida (CESIDA)

“En España hay gran desconocimiento sobre el fenómeno del ChemSex”



¿Qué destacaría de las XX Jornadas de Formación para ONGs centradas en el ChemSex?

El fenómeno del ChemSex está generando mucho interés entre las asociaciones que trabajan, dentro de la población homosexual, con personas afectadas por el VIH. La iniciativa de juntar a todas las ONG que trabajan con este colectivo, para debatir y recibir formación,

es muy importante. Además, la idea de estas jornadas es que salga un **Grupo de Trabajo en coordinación con el Ministerio de Sanidad para analizar el fenómeno**.

Este grupo estaría integrado por el Ministerio de Sanidad, el Plan Nacional del Sida, ONG que trabajan con homosexuales, colectivos de lucha contra el sida y profesionales expertos en estas patologías. Este grupo debería dibujar y saber en qué situación estamos en España ante este fenómeno. En España no hay un conocimiento real sobre este nuevo fenómeno.

¿Hay un gran desconocimiento sobre este tema en España?

Sí, hay gran desconocimiento sobre este fenómeno, aunque es cierto que no partimos de cero. El uso de drogas y alcohol para tener prácticas sexuales o para el ocio no es algo nuevo. Nuestras organizaciones ya llevan tiempo trabajando en el tema de las drogas, el sexo, la prevención del VIH y las ITS. No partimos de cero, pero lo que es cierto es que hay un fenómeno nuevo, que consiste en practicar sexo durante tres o cuatro días seguidos, sin dormir y con la ayuda de drogas nuevas. Además, ahora se añade una nueva posibilidad para ligar y tener sexo a través de las aplicaciones móviles y las redes sociales. Ante esta situación, tenemos que empezar a trabajar e intervenir a través de estas mismas redes sociales. Estas **nuevas formas están cambiando las conductas**, a la vez que se están incrementando algunos riesgos a la hora de bajar la guardia en la prevención del VIH o las ITS. Es un reto apasionante, pero hay que ponerse ya manos a la obra.

En personas que siguen tratamiento antirretroviral estos riesgos son aún más importantes. ¿Qué actuaciones deberían realizarse?

Es fundamental tener en cuenta este hecho. Hay organizaciones, como gTt, que están a punto de sacar una aplicación móvil que proporcionará información sobre las interacciones que surgen con el tratamiento que están tomando las personas con el VIH y sobre los profesionales que las atienden.

¿Y qué papel deberían adoptar los medios de comunicación para difundir este fenómeno, sin estigmatizar al colectivo homosexual?

Si los medios de comunicación no sacan a la luz ciertos temas, no entrarán en la agenda de los políticos. Si queremos que este asunto se aborde desde el Ministerio de Sanidad y que se impliquen las comunidades autónomas y todos los agentes, es necesaria la colaboración de los medios de comunicación. A pesar de la prensa "sensacionalista", siempre hemos encontrado grandes aliados en los medios de comunicación.

Jorge Garrido

Director del colectivo Apoyo Positivo

“Se ha producido un repunte en las ITS, que pueden estar vinculadas a prácticas de riesgo como el ChemSex”



Desde vuestro colectivo, ¿qué iniciativas habéis emprendido en relación con el fenómeno del ChemSex?

Por parte del propio colectivo, y desde las organizaciones no gubernamentales dedicadas a asuntos de salud sexual, es necesario enderezar una serie de aspectos que pueden ser problemáticos en la salud individual, sexual y del propio colectivo. Se ha producido

un **repunte en las ITS**, que puede estar vinculado con este tipo de prácticas de riesgo, por un consumo de determinadas sustancias y por no tener una percepción de los riesgos y una educación en torno a este fenómeno.

Nuestra organización Apoyo Positivo, junto con la ONG "ImaginaMás", y los centros hospitalarios y de salud que trabajan en ITS, trata de detectar esta problemática, con una intervención para ayudar a esa persona a salir de la posible adicción a determinadas sustancias y/o al sexo, y que tenga los recursos suficientes para salir de esa situación.

También hay que hacer **prevención y aportar información** sobre cómo las nuevas generaciones están practicando sus relaciones emocionales, personales y sexuales, cómo están interactuando con las nuevas sustancias emergentes. No sabemos las consecuencias a largo plazo, pero sí a corto plazo.

¿Quién tiene que intervenir para ofrecer una respuesta adecuada?

Para nosotros es esencial la **intervención integral**. La Administración Pública debe dotarnos de una serie de recursos para aprender a adelantarnos a estas emergencias. Al mismo tiempo, las ONG tienen que crear un espacio de intervención e interacción con la Administración Pública y el sistema sanitario. Es importante crear una red común para integrar y comunicar, ya que hay muchos servicios, pero desgraciadamente no existe coordinación entre ellos.

Raúl Soriano Ocón

Sociólogo. Consultor en ALAIRA. Trabaja en el Chelsea & Westminster Hospital de Londres y en Terrence Higgins Trust

“Hay una gran necesidad de trabajar juntos, coordinarnos y compartir información y herramientas para hacer frente al ChemSex”



Tras participar en el I Foro Europeo de ChemSex, celebrado recientemente en Londres, ¿qué mensajes destacaría?

La principal idea es que hay una gran necesidad de trabajar juntos, de coordinarnos, de compartir información, de consensuar definiciones, de fijar herramientas para poder hacer un seguimiento de este fenómeno, dimensionarlo y monitorizarlo. Desde el primer momento del encuentro se consideró necesario **identificar y monitorizar** este fenómeno y sus tendencias. También, ante la gran diversidad de la expresión ChemSex, se acordó una definición más unificada.

En Londres, este fenómeno ya tiene un impacto muy grave en las personas que lo presentan.

¿Y en el caso de España?

En España aún es anecdótico, pero las entidades ya han detectado casos. No es un problema de salud pública, pero existe una minoría de personas con un consumo problemático. La situación puede ser diferente en cada ciudad. Y aunque no dispongamos de las herramientas para conocer la prevalencia y cuál es el alcance de este nuevo fenómeno en España, hay personas que requieren atención por parte del sistema sanitario.

Esta atención no se puede demorar, porque sería muy injusto, y porque realmente tenemos capacidad para dar una respuesta. Ya hay información disponible y existen recursos para que esa información llegue a más profesionales.

¿Se está trabajando en alguna iniciativa con respecto a este fenómeno para determinar el consumo de estas sustancias?

Presentamos en 2015 una iniciativa al Ministerio de Sanidad para tomar diferentes decisiones en el ámbito de la formación, la prevención, la asistencia, la investigación y la coordinación a través de un grupo de trabajo. A partir de esta propuesta, confío en que los responsables políticos den más pasos para poder abordar el siguiente nivel.

¿Habéis recibido algún *feedback* por parte del Ministerio de Sanidad a esta propuesta?

Últimamente se han desarrollado varios **cursos de formación para ONG** que trabajan en la prevención del VIH. Ahora lo que falta es hacer un trabajo con los profesionales de los centros de ITS o centros de drogas, porque son una pieza clave en la respuesta de asistencia para las personas que hacen un uso problemático de estas sustancias.

¿Qué barreras encuentran las personas que están trabajando en este sentido para alertar de los riesgos en la salud del ChemSex?

Una de las barreras que nos encontramos es que los decisores políticos (en el ámbito sanitario) no tienen formación sobre ChemSex. Y por ese motivo, entiendo que les cueste tomar decisiones sobre algo que no conocen o que les resulta extraño. Es, simplemente, un síntoma de que los que tienen que decidir también necesitan formación. Debemos formarnos y todos podemos participar en estos procesos para **identificar mejor juntos cómo podemos afrontar este consumo problemático de las drogas de uso recreativo.**

¿También hay un gran desconocimiento por parte de los profesionales de este fenómeno?

Sí. En estos momentos, lo importante es **crear foros de debate, espacios de trabajo, encuentros o jornadas.** Todos hemos de compartir lo que sepamos, partiendo de la base de que ninguno lo sabe todo, y que cada uno, a partir de su propia experiencia, va a poder hacer una aportación que será muy valiosa para los demás.

Lo importante es tratar de conocer esas experiencias y favorecer la sinergia, para ofrecer una respuesta al fenómeno mucho más intersectorial entre el profesional, y que facilite a las personas con problemas con el uso de drogas del ChemSex una atención de calidad y más personalizada. Se han detectado muchas demandas de tratamiento que no han recibido la respuesta adecuada o la que se esperaba.

¿Crees que se deberían crear o establecer unas unidades integradas –multidisciplinares– para afrontar este fenómeno?

Debemos ser mucho más flexibles en la creación de un marco que permita que se simplifique la intervención de cara al usuario. Es necesario que se ofrezca la mayor flexibilidad posible, pero de una forma integrada. Hay que garantizar que exista un pequeño número de centros, pero muy bien preparados, que sean identificables, accesibles, flexibles y que tengan un buen nivel de formación.

A efectos de transparencia, le informamos de que Viiv Healthcare ha colaborado en la financiación de la presente publicación. Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de Viiv Healthcare. Viiv Healthcare recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.



Springer Healthcare Ibérica S.L.

Rosario Pino, 14 - 4ª planta. 28020 Madrid. España

Centralita: +34 91 555 40 62

Directo: +34 91 417 67 15

E-mail: Miguel.Quesada@springer.com

www.springerhealthcare.com

www.formacionspringerhealthcare.com

© 2016 de esta edición por Springer Healthcare Ibérica S.L.

© 2016 Los Autores

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse o transmitirse por medio alguno o en forma alguna, bien sea electrónica o mecánicamente, tales como el fotocopiado y la grabación o a través de cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información sin el previo consentimiento escrito de los Autores y/o de Springer Healthcare Ibérica.

Aunque se ha tenido el máximo cuidado en la recopilación y verificación de la información contenida en esta publicación con el objeto de asegurar su veracidad, los Autores, Springer Healthcare Ibérica y sus asociados no se responsabilizarán de la actualización continuada de la información ni de cualquier omisión, inexactitud o error expresado en esta publicación. Tampoco se responsabilizarán de los posibles perjuicios y/o daños que se pudieran ocasionar a individuos o instituciones que pudieran ser consecuencia de la utilización de la información, métodos, productos, instrucciones e ideas que se proporcionen en esta publicación. Dado el rápido progreso con el que avanzan las ciencias médicas, los Autores, Springer Healthcare Ibérica y sus asociados recomiendan que se realicen las comprobaciones oportunas al margen de los diagnósticos y dosificaciones que se indican en esta publicación. La inclusión o exclusión de cualquier producto no implica que su uso esté recomendado o rechazado. El uso que se haga de marcas comerciales se destina únicamente a meros fines de identificación del producto y no implica el respaldo o patrocinio del mismo. Las opiniones manifestadas no reflejan necesariamente las de los Autores o las de Springer Healthcare Ibérica y sus asociados.

