
GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES BAJO LOS EFECTOS DE DROGAS

CHEMSEX EN PERSONAS LGTBI MAYORES DE 50 AÑOS

TÍTULO ORIGINAL: GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES BAJO LOS EFECTOS DE DROGAS: CHEMSEX EN PERSONAS LGTBI MAYORES DE 50 AÑOS, 2024.

© Fundación 26 de Diciembre. 2024.
C/ Fray Ceferino González 4, 28005, Madrid.
91 0028417 www.fundacion26d.org

ISBN: 978-84-128450-1-3

Autor: Víctor Méndez Lobo
Coord. Víctor Mora Gaspar
Diseño y maquetación: Web Site Story



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Esta guía es un proyecto de la **Fundación 26 de Diciembre**, una entidad comprometida con la atención y el bienestar de las personas mayores LGTBI. Nuestro objetivo es proporcionar una herramienta útil y práctica para profesionales de la salud, el trabajo social y otros ámbitos de la atención, que permita una mejor comprensión y abordaje del fenómeno del **chemsex** en personas mayores. Esta guía pretende fomentar el respeto y la inclusión, y ofrecer recursos y estrategias que promuevan el cuidado integral y la prevención de riesgos en este colectivo.

Para el desarrollo de esta guía, además de contrastar bibliografía especializada, hemos llevado a cabo un proceso de entrevistas en profundidad, tanto con usuarios de chemsex como con profesionales que atienden estas situaciones en su día a día. Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las personas usuarias que han compartido generosamente sus experiencias, permitiéndonos acercarnos a sus realidades y comprender más profundamente los desafíos a los que se enfrentan. Asimismo, agradecemos la colaboración de los profesionales entrevistados, cuyo conocimiento y compromiso han sido fundamentales para la elaboración de este material.

Gracias por su valiosa aportación, que sin duda enriquecerá el trabajo de quienes se dedican a mejorar la calidad de vida de las personas mayores LGTBI.

ÍNDICE

BLOQUE 1. Contenido teórico y marco de referencia

01	Conceptos básicos de Educación Sexual Integral (ESI).....	Pag 1
02	Términos, contextos y conductas asociadas.....	Pag 2
03	Datos sobre el chemsex y salud sexual.....	Pag 8
04	Uso de drogas en contextos sexuales: impacto en la dimensión psicosocial.....	Pag 11
05	Factores y consecuencias psicosociales que se producen en el chemsex.....	Pag 14
06	Dificultades relacionales, sexuales y de consumo.....	Pag 17
07	Atención a la Salud Sexual desde la diversidad sexual y de género.....	Pag 21
08	Diferencias en el consumo de drogas y otras sustancias que alteran la percepción, interfieren en la respuesta sexual humana y/o distorsionan los niveles de conciencia.....	Pag 24
09	Edadismo, vulnerabilidad y riesgos.....	Pag 28
10	Relaciones igualitarias y equilibrios de poder.....	Pag 30
11	Consentimiento, deseo y prevención de la violencia sexual.....	Pag 32
12	Empoderamiento, relaciones de buen trato y corresponsabilidad sexual y/o afectiva.....	Pag 35
13	VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual.....	Pag 38
14	Cambio de paradigma estigma/discriminación a empoderamiento/inclusión.....	Pag 41

ÍNDICE

BLOQUE 2. Contenido propuesto de buenas prácticas

- A Propuesta para facilitar la valoración en la entrevista con un usuario de chemsex..... Pag 44
- B Práctica profesional desde la perspectiva de género y enfoque de diversidad sexual e identidad en mayores de 50 años..... Pag 47
- C Aproximación al counselling en salud sexual desde una mirada sexológica como práctica terapéutica..... Pag 52
- D Testimonios reales de chemsex..... Pag 53

BLOQUE 1. CONTENIDO TEÓRICO Y MARCO DE REFERENCIA

1. Conceptos básicos de Educación Sexual Integral

La **Educación Sexual Integral** es un enfoque educativo que aborda la sexualidad desde una perspectiva amplia y multidimensional, no limitada únicamente a los aspectos biológicos o reproductivos. Su objetivo principal es proporcionar información, herramientas y habilidades para que las personas puedan vivir su sexualidad de forma consciente, libre, responsable y saludable. La educación sexual abarca conceptos clave que permiten un entendimiento profundo de la sexualidad humana en diferentes momentos de la vida y en diversos contextos.

1.1. Conceptos clave de la Educación Sexual Integral

1. **Sexualidad:** La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano que involucra aspectos biológicos, emocionales, psicológicos, sociales y culturales. No se limita a la actividad sexual, sino que también incluye la forma en que las personas se sienten, piensan y expresan su identidad y sus relaciones afectivas.
2. **Derechos sexuales y reproductivos:** Los derechos sexuales son aquellos que garantizan que las personas puedan tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual, sin sufrir coerción, violencia o discriminación. Esto incluye el derecho a recibir información adecuada, a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, y a vivir la sexualidad de manera segura.
3. **Consentimiento:** El consentimiento es un acuerdo mutuo y libre entre personas para participar en una actividad sexual. Debe ser explícito, informado y reversible en cualquier momento. La educación sexual fomenta una comprensión clara sobre la importancia del consentimiento como base de las relaciones sexuales y afectivas.
4. **Diversidad sexual y de género:** La educación sexual reconoce la riqueza de la pluralidad dentro de la orientación del deseo y la identidad y expresión de género. Este concepto enfatiza que no existe un único modo de vivir la sexualidad, y que todas las formas de expresión de género y orientación sexual son válidas y deben ser respetadas.

5. **Salud sexual:** La salud sexual se refiere al bienestar físico, emocional y social en relación con la sexualidad. Esto incluye la prevención de infecciones de transmisión sexual, el acceso a métodos anticonceptivos, la protección contra la violencia sexual y el desarrollo de una autoestima positiva.
6. **Relaciones igualitarias:** La educación sexual promueve la construcción de relaciones basadas en el respeto mutuo, la igualdad y la corresponsabilidad. Estas relaciones rechazan cualquier forma de violencia, coerción o abuso de poder, y se centran en la comunicación y el apoyo mutuo.

1.2. Importancia de la educación sexual en contextos diversos

La educación sexual se adapta a diferentes contextos, incluyendo a las personas mayores, quienes también tienen derecho a recibir una **educación sexual** adecuada a su etapa vital. En este sentido, los conceptos básicos de la educación sexual les proporcionan herramientas para:

- Comprender y abordar los **cambios físicos y emocionales** relacionados con la sexualidad en la vejez.
- **Prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS)**, especialmente en contextos de chemsex, donde el riesgo puede ser mayor debido a la influencia de sustancias.
- Fomentar **relaciones afectivas saludables** y respetuosas, en las que el consentimiento y la reciprocidad sean pilares fundamentales.

La Educación Sexual Integral no es un proceso exclusivo para jóvenes, sino que es necesaria en todas las etapas de la vida, ya que asegura una **sexualidad libre, plena y segura**, basada en el respeto, la información y el empoderamiento.

2. Términos, contextos y conductas asociadas

2.1. Aproximación al fenómeno

Chemsex es un término de origen anglosajón que proviene de la unión de las palabras *chems* (en referencia a las drogas) y *sex* (sexo). Se utiliza para referirse a sexo entre hombres que tiene lugar bajo el efecto de drogas tomadas durante un encuentro sexual.

El elemento cultural juega un papel destacado a la hora de acotar el fenómeno, puesto que no todo uso sexualizado de sustancias se denomina chemsex. El término hace referencia a un tipo particular de práctica de consumo entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) que participan en lo que se ha denominado la «cultura de sexo gay».

El consumo de drogas en hombres GBHSH no es un fenómeno nuevo, sin embargo, los cambios de los patrones de consumo en contextos sexuales han llevado a conceptualizar el chemsex como un fenómeno específico. Algunos de estos cambios están relacionados con la duración de las sesiones sexuales y el consumo de nuevas sustancias. El chemsex implica un uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período de tiempo largo, con sesiones de hasta varios días.

Tiene lugar principalmente en casas particulares, como muestra el estudio Homosalud¹, aunque también se da en negocios orientados al público gay, como clubs de sexo o saunas. Se tiende a conceptualizar como un fenómeno grupal, aunque también pueden producirse situaciones de práctica en solitario, por ejemplo, interaccionando online a través de videollamadas.

Además, ha incorporado sustancias que en este contexto se identifican como «drogas para sexo», entre ellas la mefedrona, las metanfetaminas o el GHB. Y también ha irrumpido la vía de consumo inyectado (*slam*), aunque por ahora como práctica minoritaria. No es posible hacer una lista cerrada de las sustancias específicas que se utilizan en el chemsex, puesto que el consumo varía a nivel local y cambia con el tiempo.

La presencia de estas drogas ocasiona que en determinadas circunstancias el consumo de sustancias durante las sesiones termine adquiriendo más protagonismo que las relaciones sexuales.

2.2. Drogas más utilizadas habitualmente

Los estudios realizados en distintos países han descrito el uso de una gran variedad de drogas. En el caso de España, el escenario varía de una región a otra, por ejemplo, en el caso de Madrid ocupa un lugar destacado la mefedrona, en la ciudad de Barcelona tiene mucho protagonismo la metanfetamina, mientras que en Valencia la sustancia más mencionada es el Alpha².

¹ Estudio HOMOSALUD. (2021). Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (Chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España.

² Curto, J., Dolengevich, H., Soriano, R., & Belza, M. J. (2020). Documento técnico: Abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex.

Sin embargo, factores como la regulación y prohibición de determinadas sustancias provoca que el mercado de estas cambie rápidamente, siendo sustituidas por nuevas drogas, por lo que nunca se termina de configurar una lista definitiva. También es necesario mencionar la emergencia del consumo inyectado en un contexto sexual, conocido con el anglicismo slam o slamming, aunque continúa tratándose de una práctica minoritaria.

Teniendo lo anterior en cuenta, se mencionan a continuación las sustancias más utilizadas:

- **Metanfetamina:** Es una droga estimulante que provoca un incremento significativo de la energía y la euforia, lo que puede intensificar la actividad sexual durante largos periodos. Sin embargo, su uso prolongado genera **ansiedad, paranoia y adicción.**
- **Mefedrona:** Es también una sustancia estimulante que genera un aumento temporal del deseo sexual, la energía y la sensación de placer. A pesar de estos efectos, la mefedrona puede generar **disfunción sexual** a largo plazo, como la **anorgasmia** (incapacidad para alcanzar el orgasmo), lo que puede frustrar a la persona usuaria y llevarla a un consumo repetido para intentar recuperar la experiencia inicial.
- **GHB/GBL:** Son sustancias depresoras del sistema nervioso central, y son populares por inducir un estado de relajación, desinhibición y sumisión sexual. Sin embargo, su margen entre dosis recreativa y sobredosis es muy estrecho, lo que las convierte en sustancias altamente peligrosas. El GHB también puede llevar a una **pérdida del control** o de la consciencia, aumentando la vulnerabilidad a agresiones sexuales y el riesgo de sobredosis.
- **Poppers (nitritos de alquilo):** Se utilizan para relajar los músculos, lo que facilita ciertas prácticas sexuales, como la penetración anal, y aumenta la sensación de placer. Sin embargo, su uso repetido puede causar **mareos, náuseas** y aumentar el riesgo de **accidentes cardiovasculares**, especialmente en personas mayores.

2.3. Motivos referidos para practicar chemsex

Entre los motivos referidos para utilizar drogas con una motivación sexual aparecen motivos manifiestos y subyacentes. Entre los primeros se encuentran cuestiones relacionadas con el placer, buscando potenciarlo o intensificarlo;

con la desinhibición sexual, para realizar prácticas a las que no se atreverían en un estado de sobriedad o que de otra forma les resultarían dolorosas; o con la duración de la sesión de sexo, permitiéndoles aguantar físicamente más tiempo.

También se encuentran motivos vinculados a la situación, la pareja o el grupo, como construir momentos de intimidad, facilitar la confianza interpersonal en los contactos y relaciones con otros hombres, o permitir el acceso a espacios estimulantes como el sexo grupo.

Testimonio de profesional: «Los espacios de chemsex no son solo espacios sexualizados, son también de ocio alternativo y donde relacionarse con iguales, porque sabes que en un *chill* vas a estar con gente con los mismos intereses. Hay que entender esos espacios como socialización».

Por otro lado, entre los motivos latentes pueden encontrarse situaciones complejas que han tenido un impacto emocional muy alto, situaciones psicológicas individuales o relacionales como la soledad, conflictos internos o aspectos dolorosos sin resolver, y el deseo de conocer a otras personas. Las y los profesionales que atienden situaciones de chemsex hacen especial énfasis en las secuelas de la LGTBIfobia vivida por los usuarios a lo largo del ciclo vital.

Testimonio de profesional: «Otro motivo para consumir es la desinhibición en personas más maduras que han podido tener una homonegatividad más interiorizada, que se han proyectado como heteros y que, en una fase más madura, las utilizan para desinhibirse. Para quitarse esa represión que han tenido durante mucho tiempo.

Y otro de los motivos es que hace que una experiencia que ya de por sí es placentera se vuelva más placentera. Además de que hace que la persona no se canse, así que puede estar más tiempo».

2.4. Participantes en el chemsex

La literatura sobre chemsex suele centrarse en la «cultura sexual gay», lo que puede percibirse como una omisión de referencias a la cultura sexual de otras

personas del colectivo LGTBI que también participan en el chemsex.

Por ejemplo, en las aplicaciones de contacto, aunque el público mayoritario son hombres gays y bisexuales, también se encuentran mujeres trans, hombres trans, personas no binarias, hombres que se definen como heterosexuales, etc.

Por otro lado, probablemente hay hombres bisexuales que utilizan drogas en encuentros sexuales con hombres y también cuando tienen sexo con mujeres. Estas prácticas y encuentros, aunque sean periféricas al chemsex, posiblemente también cuenten con elementos en común.

Es decir, la cultura sexual vinculada al chemsex cuenta con más registros de los que habitualmente se describen, pero sobre algunos de estos aspectos apenas se cuenta con referencias preliminares. Por ejemplo, en lo que respecta a las personas trans, no existen datos específicos sobre cómo son esos encuentros, dónde tienen lugar o la distribución en el número de participantes.

Se hacen necesarias más investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas que reflejen de forma más adecuada la forma en que se producen estas prácticas, y que describan qué características son equivalentes a otras, y cuales en cambio son específicas y definen una cultura sexual particular.

2.5. Conceptualización

Como ya se ha indicado anteriormente, el chemsex es un fenómeno cultural, y está inextricablemente unido, entre otros, a la LGTBIfobia y a una cultura de sexo casual o esporádico, que a menudo se identifica directamente como cultura sexual gay, aunque permanece abierto el debate sobre las personas concretas que tienen prácticas de chemsex. Es habitual que las publicaciones sobre el tema hablen casi exclusivamente de GBHSH, sobre los que existen muchos más estudios de conductas sexuales. El empleo de las siglas «personas LGTBI» puede implicar una mayor inclusividad, pero también supone otras problemáticas, como incluir a las mujeres lesbianas, de las que no hay evidencia de la realización de estas prácticas.

En relación con esto, en la definición del fenómeno propuesta en el segundo European Chemsex Forum de 2018 lo delimita como «un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gays y bisexuales, otros HS y personas trans y no binarias que participan en la "cultura de sexual casual o sin compromiso" gay».³

³2nd European Chemsex Forum. (2018, 22-24 de marzo). 2nd European Chemsex Forum.

En último lugar, aunque no toda práctica de chemsex tiene necesariamente consecuencias problemáticas percibidas, hace años que desde los servicios de salud pública se vincula con múltiples problemas de salud, lo que hace necesario un abordaje específico.

2.6. Posibles consecuencias del uso problemático

Ya se ha mencionado que no toda práctica de chemsex tiene consecuencias problemáticas percibidas, pero para muchos de sus usuarios resulta complicado manejar ciertas sustancias y disfrutar de su sexualidad sin sufrir impactos negativos.

Desde hace años, muchos servicios de salud sexual y de adicciones han detectado un aumento de consecuencias problemáticas en el consumo de drogas en contextos sexuales. Entre las consecuencias que pueden afectar negativamente a la salud y el bienestar del usuario se encuentran:

- Adquisición de infecciones de transmisión sexual.
- Consumo problemático o adictivo de drogas.
- Sobredosis.
- Infecciones y abscesos.
- Sensación de aislamiento y soledad.
- Insatisfacción en el sexo sin drogas.
- Problemas de salud mental.
- Interacciones con otros tratamientos.
- Problemas económicos.
- Problemas legales.
- Estigmatización.

Testimonio de profesional: «Me he encontrado a gente que empezó con consumo de fiesta, y en menos de un año ya está con un consumo problemático, y con cuadros severos. Personas que sufren pérdidas a nivel laboral, a nivel familiar, a nivel de salud mental, y con trastornos psicóticos».

3. Datos sobre chemsex y salud sexual

El **chemsex** tiene repercusiones sobre la salud sexual y el bienestar de las personas que participan en él y, en el caso de las personas mayores, las consecuencias de esta práctica pueden ser especialmente relevantes debido a la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Por todo ello, es necesario prestar atención a los aspectos de la salud que se ven afectados.

3.1. Mayor exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS)

El chemsex incrementa el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) debido a la alta probabilidad de participar en prácticas sexuales de riesgo. El uso de drogas desinhibidoras, como el GHB/GBL y la mefedrona, puede llevar a una mayor vulnerabilidad y a la disminución de las medidas de prevención, como el uso de preservativos.

Además, las sesiones de chemsex pueden tener una larga duración, en la que las mucosas sexuales están expuestas a varias horas de fricción, por lo que se incrementa el riesgo de que se produzcan lesiones en ellas, de forma más acentuada si no hay una lubricación adecuada.

En consecuencia, se ha observado una prevalencia elevada de ITS, como el VIH, la sífilis, la gonorrea y la hepatitis C, entre quienes practican chemsex en comparación con otros grupos de la población⁴.

Además, la **PrEP** (profilaxis preexposición) puede verse comprometida por el uso inconsistente debido a los efectos del consumo de drogas. Esto deja a los individuos expuestos a una mayor probabilidad de transmisión.

⁴ Ministerio de Sanidad. (2020). Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): Resultados en España.

3.2. Impacto en el tratamiento del VIH

En las personas que viven con VIH, el chemsex puede tener consecuencias negativas directas sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral. El consumo de sustancias, en especial en largas sesiones de chemsex, puede llevar al olvido o la omisión de las dosis de medicación, lo que incrementa el riesgo de **fallos en el tratamiento** y la aparición de resistencias virales.

Además, ciertas drogas utilizadas en el chemsex, como la metanfetamina, pueden interactuar con los antirretrovirales, provocando efectos adversos o reduciendo la efectividad del tratamiento. Esto representa un desafío adicional para la gestión del VIH en personas mayores, quienes pueden estar ya enfrentándose a una mayor complejidad en su tratamiento debido a otros problemas de salud relacionados con la edad.

3.3. Complicaciones en la salud cardiovascular y general

Las personas que conviven con una enfermedad crónica se encuentran en un proceso que abarca desde el prediagnóstico a la integración. Durante ese proceso cada persona puede trabajar en diferentes aspectos que lleven a mejorar la convivencia con la enfermedad, y hacerlo desde los cuidados puede ser un factor de protección en la práctica del chemsex, pudiéndose revisar dichos cuidados y conectarlos con esta práctica.

Las drogas comúnmente asociadas al chemsex, como la mefedrona y la metanfetamina, pueden tener efectos estimulantes sobre el sistema cardiovascular, como el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca. En personas mayores, que pueden tener condiciones preexistentes como **hipertensión** o **enfermedades cardíacas**, esto representa un riesgo significativo de sufrir **infartos**, **accidentes cerebrovasculares** o **arritmias**.

Además, el agotamiento físico asociado a las largas sesiones de chemsex y la deshidratación pueden tener un impacto negativo en la salud general, especialmente en aquellos con condiciones crónicas como **diabetes** o **problemas renales**.

3.4. Deterioro de la salud mental

El chemsex tiene un impacto profundo en la **salud mental** de quienes lo practican. Se ha encontrado una fuerte correlación entre el consumo de drogas

y el desarrollo de trastornos mentales como la **ansiedad**, la **depresión**, y el **trastorno de estrés postraumático** (TEPT). Para las personas mayores LGTBI, estas condiciones pueden verse agravadas por factores como el **aislamiento social**, la **soledad** y el **estigma** asociado tanto a la edad como a la sexualidad.

Además, la adicción a las drogas utilizadas en el chemsex puede generar un ciclo de dependencia que afecta la capacidad de tener relaciones sexuales sin el uso de sustancias, lo que contribuye a un deterioro adicional del bienestar emocional y psicológico.

3.5. Riesgo de sobredosis y problemas de intoxicación

El uso de drogas en el chemsex, especialmente del **GHB/GBL**, conlleva un riesgo elevado de **sobredosis**, ya que es fácil exceder una dosis segura. Las personas mayores son particularmente vulnerables a las sobredosis debido a una menor tolerancia a las sustancias y a la posibilidad de interacciones peligrosas con medicamentos recetados para tratar otras condiciones crónicas.

Las **sobredosis de GHB/GBL** pueden provocar **pérdida de conciencia**, **convulsiones** o incluso la muerte. También es frecuente la hospitalización por intoxicación grave durante sesiones de chemsex prolongadas, lo que subraya la necesidad de estrategias de reducción de daños en este grupo poblacional.

3.6. Estigma y dificultades en el acceso a servicios de salud

Las personas mayores que participan en chemsex a menudo se enfrentan a estigmatización, por un lado debido a su edad, por otro debido a la propia práctica del chemsex, que sigue siendo un tema tabú en muchos entornos de salud y sociales, y en ocasiones también debido a la LGTBIfobia interiorizada. Estos estigmas pueden llevar a una **reticencia a buscar ayuda médica** o **apoyo psicológico**, lo que agrava los riesgos para la salud.

Además, los servicios de salud no siempre están preparados para abordar las necesidades específicas de las personas mayores que practican chemsex, o no tienen una adecuada sensibilización respecto a la diversidad sexual y de género, lo que dificulta el acceso a atención integral y a recursos de reducción de daños.

Testimonio de usuario: «Decidí pedir ayuda, fui al CAD de Usera, pero no estaban preparados para atender adecuadamente mi situación, no me podían ayudar y seguían anclados en el estereotipo que yo asociaba con la imagen del “yonqui”».

4. Uso de drogas en contextos sexuales: impacto en la dimensión psicosocial

El uso de drogas en contextos sexuales tiene un importante impacto no solo en la salud física y mental de las personas que lo practican, sino que también influye en las relaciones sociales, la calidad de vida y la identidad personal, especialmente en personas mayores del colectivo LGTBI. Las consecuencias del chemsex en la dimensión psicosocial influyen en el bienestar integral.

Testimonio de profesional: «La droga es súper accesible, a través de las aplicaciones en 15 minutos la puedes tener en casa, si quieres pagarla. El *dealer* en ese tiempo puede estar en tu casa».

4.1. Aislamiento social

El chemsex puede contribuir a un **aislamiento social progresivo**, especialmente en personas mayores LGTBI, quienes ya se enfrentan a barreras relacionadas con el envejecimiento y la sexualidad. La participación en sesiones de chemsex, que a menudo ocurren en espacios privados, puede limitar el contacto con redes sociales más amplias y saludables. El estigma asociado al consumo de drogas y a la sexualidad en este grupo también puede reforzar la marginación, llevando a una desconexión de familiares, amigos o redes de apoyo comunitario.

El **doble estigma** asociado a la edad y a la práctica del chemsex crea un sentimiento de vergüenza y culpa que puede disuadir a las personas de buscar ayuda o hablar abiertamente sobre sus experiencias. Esta situación agrava el aislamiento y retroalimenta la soledad.

4.2. Alteración de las relaciones interpersonales

El uso de drogas en contextos sexuales puede afectar de manera negativa las **relaciones personales e íntimas**. En muchos casos, el chemsex tiene como consecuencia la incapacidad para disfrutar de relaciones sexuales sin la presencia de sustancias, lo que puede dificultar la creación y el mantenimiento de vínculos afectivos saludables. Esto genera un fenómeno en el que las relaciones personales se ven mediadas por las drogas, limitando las interacciones auténticas y la intimidad emocional.

Testimonio de usuario: «Llevaba 20 años sin echar un polvo sin tomar nada, porque el cuerpo no lo pedía, porque el cuerpo estaba acostumbrado a follar siempre con drogas. Aunque un tío que me gustase me dijese de follar no podía hacerlo sin drogas. Fue uno de los motivos para pedir ayuda. Y lo más difícil de la recuperación es que el cuerpo vuelva a tener excitación sin drogas».

Además, en personas que tienen parejas estables, el chemsex puede generar tensiones y conflictos debido a la **disminución del deseo sexual sin drogas**, la desconfianza o el temor al contagio de ITS. Estos problemas pueden llevar al deterioro de relaciones afectivas y al distanciamiento emocional.

4.3. Identidad y autoimagen

La identidad personal y la **autoimagen** se ven afectadas por la participación continua en el chemsex, especialmente en personas mayores del colectivo LGTBI. En muchos casos, el uso de drogas se convierte en un mecanismo para enfrentar la **ansiedad social**, el **miedo al rechazo** o el **sentimiento de insuficiencia** dentro de un contexto sexual y social que puede ser altamente competitivo. Las drogas ofrecen una sensación de desinhibición y poder sexual, lo que lleva a la construcción de una identidad sexual vinculada al consumo de sustancias.

Testimonio de usuario: «Y había cosas debajo del consumo, creo que siempre hay algún dolor, algún malestar que la droga te alivia o soluciona. En mi caso era falta de autoestima».

Sin embargo, esta dependencia de las drogas para sentirse valioso o deseado en contextos sexuales puede tener efectos negativos en la **autoestima** y en la imagen corporal. A largo plazo, las personas pueden desarrollar una visión distorsionada de sí mismas, basada en una incapacidad para disfrutar de la sexualidad sin el uso de sustancias.

4.4. Ciclo de dependencia emocional y social

El chemsex puede generar un **ciclo de dependencia emocional** en el que las drogas se convierten en un medio para sobrellevar el estrés, la soledad o los problemas de salud mental. Este ciclo de dependencia no solo está relacionado con el consumo de sustancias, sino también con los contextos sociales en los que se practica el chemsex. En muchos casos, los encuentros sexuales se convierten en la única fuente de validación social y emocional, lo que lleva a una sensación de dependencia de esos espacios para sentirse aceptado o conectado con los demás.

Testimonio de profesional: «Creo que el motivo principal por el que se inician en el chemsex es la soledad. Acudir al *chill*, habitualmente al mismo, se convierte de alguna manera en su grupo de amigos, por su franja de edad pertenecen a una generación que hombres homobisexuales que no han creado amistades con iguales».

Con el tiempo, esta dinámica puede erosionar otras fuentes de apoyo social y emocional, haciendo que la persona dependa exclusivamente de esos entornos para satisfacer sus necesidades emocionales y sexuales. Este ciclo perpetúa el aislamiento y dificulta la integración en redes de apoyo más saludables.

4.5. Impacto en la salud mental

El impacto en la salud mental es un factor central en la dimensión psicosocial del chemsex. Como se ha indicado, el uso de drogas recreativas puede proporcionar una **sensación temporal de euforia**, pero a largo plazo suele estar asociado con problemas como la **depresión**, la **ansiedad**, y el **trastorno de estrés postraumático** (TEPT). En personas mayores de 50 años, estas condiciones pueden estar agravadas por una serie de factores adicionales, como la **discriminación por edad**, el **miedo a envejecer** o la **soledad**.

Además, la **adicción** a las drogas utilizadas en el chemsex puede exacerbar problemas de salud mental preexistentes y generar nuevas formas de angustia emocional, como el miedo a perder el control de la propia vida sexual o el desarrollo de trastornos obsesivos en torno a la búsqueda de encuentros sexuales bajo el efecto de las sustancias.

4.6. Barreras para la búsqueda de ayuda

El estigma asociado al chemsex y la vergüenza que muchas personas sienten por su participación en esta práctica actúan como **barreras importantes para la búsqueda de ayuda**. Las personas mayores que participan en chemsex a menudo no se sienten comprendidas por los profesionales de salud, quienes pueden carecer de conocimientos o sensibilidad para abordar esta problemática de manera inclusiva y respetuosa.

Testimonio de usuario: «Las citas en los CAD se dan cada mucho tiempo, y los profesionales son de drogas, cuando el chemsex tiene un componente de afectos, de autodestrucción... que no es común al resto de drogas, y eso, que es lo que motiva a entrar en ello, no se trata en los CAD».

Asimismo, el miedo a ser juzgados o incomprendidos puede hacer que quienes lo practican eviten hablar abiertamente sobre su situación, lo que agrava los problemas de salud psicosocial. La falta de espacios seguros y no estigmatizantes para discutir el chemsex y sus efectos impide el acceso a servicios de reducción de daños y de apoyo emocional, perpetuando el ciclo de dependencia y aislamiento.

5. Factores y consecuencias psicosociales que se producen en el chemsex

5.1. Situaciones de salud de las personas LGTBI

Las personas LGTBI presentan situaciones de salud diferenciadas respecto al resto de la población: tienen mayores prevalencias de ITS, son más propensas a presentar problemas psicológicos, y han sufrido más incidentes de discriminación y violencia.

Uno de los enfoques teóricos para entender por qué los GBHSH tienen situaciones de salud y comportamientos sexuales y de consumo específicos está relacionado con la noción de sindemia. La sindemia se refiere a una correlación de factores psicosociales y problemas de salud que al actuar conjuntamente aumentan ciertas vulnerabilidades.

La combinación de influencias en GBHSH como el estigma, el estrés de las minorías y el afrontamiento desadaptativo contribuyen a participar en escenarios, como el chemsex, donde se expresan esos comportamientos de riesgo sindémicos.

5.2. Competencias culturales

En el cuidado de la salud, la competencia cultural hace referencia al proceso por el que las y los profesionales del ámbito se esfuerzan para conseguir la habilidad y la disponibilidad necesaria para trabajar de forma efectiva dentro de un contexto cultural. Esto implica el reconocimiento de los propios prejuicios sobre las personas que son diferentes, la obtención de una base educativa sólida sobre la población con la que se va a trabajar, habilidades sobre cómo obtener información, la interacción directa con usuarios culturalmente diversos, y la motivación para integrar todos los componentes anteriores.

Dado que muchos comportamientos sexuales y de consumo del chemsex pueden resultar difíciles de entender desde una mirada externa, hacen necesarios la competencia cultural que proporcione los elementos de juicio necesarios para contextualizarlos.

Testimonio de profesional: «Se trata de entender la motivación de la persona. Y entender el lenguaje del chemsex: qué significa en *Grindr* una berenjena, un cohete... Sin pertenecer al colectivo se puede trabajar en ello, pero hay que hacer procesos de recolocar la mirada».

5.3. «Cultura sexual gay»

En relación con la cultura sexual de la población GBHSH es necesario tener en cuenta que gran parte de la industria del ocio orientada al público gay está ocupada en gran medida por el sexo. Esto provoca una mayor exposición al chemsex.

Además, en comparación con la población heterosexual, los hombres GBHSH extienden durante más años prácticas como salir de fiesta, acudir a discotecas o ligar, lo que aumenta la posibilidad de exposición a sustancias recreativas.

El hecho de permanecer en el «mercado sexual» también implica la permanencia de una cultura de culto al cuerpo y una presión para mantenerse atractivo, lo cual es vivido por algunos hombres con mucha frustración, intentando luchar contra su propio cuerpo.

Testimonio de usuario: «Y que en el ambiente se nos valida si tenemos muchas parejas sexuales, si siempre tenemos ganas de follar... Y yo no era así. Y con las drogas buscaba ese *clíc* que me metiera en el rollo del guarreo».

El propio discurso y expectativas de otros hombres gais en este sentido puede convertirse en un obstáculo más contra el que luchar. Entre los propios hombres GBHSH se produce endodiscriminación, por ejemplo, dentro de las aplicaciones de contactos.

Testimonio de usuario: «Me dicen frases como: "Papá ya tengo", "No quiero abuelos", "Vieja de qué vas"».

Uno de los elementos más comunes en la definición de las expectativas sobre lo que se considera deseable en este contexto está vinculado con la idea de masculinidad. Existe un amplio abanico de gustos y posibilidades, pero en la práctica muchos GBHSH especifican claramente su preferencia por hombres de actitud y apariencia masculina, las cuales a su vez se definen partiendo de una serie de representaciones construidas socialmente. Estas preferencias demandan un alto grado de masculinidad, y provocan a su vez más presión sobre otros hombres respecto a cómo deben ser y cómo deben comportarse para merecer el deseo de otros.

Por último, cabe mencionar que lo anteriormente descrito hace referencia a la «cultura sexual gay». En la cultura sexual en torno al chemsex también participan otros miembros de la comunidad LGTBI, pero sobre la mayoría de los aspectos de esa diversidad apenas existen referencias preliminares, y es

necesaria más investigación que la retrate mejor y describa sus rasgos particulares.

5.4. El papel de la adicción en el chemsex

En ocasiones la adicción a las sustancias toma un papel predominante en el chemsex, relegando la parte sexual a un segundo plano. Para algunas personas, el consumo de drogas se convierte en el eje central de la experiencia, dado que las sustancias generan una dependencia que afecta tanto a su comportamiento como a su bienestar físico y emocional. Esto puede llevar a que las relaciones sexuales se perciban más como una consecuencia o contexto del consumo, en lugar de ser la motivación principal, contribuyendo a un círculo vicioso donde la adicción adquiere mayor peso que las propias interacciones sexuales.

Testimonio de usuario: «A veces pesa más el chem que el sex».

Testimonio de usuario: «Hay personas que dicen: "Tengo muy claro que quedas para follar, no para drogarte". Y para esas es más fácil manejar la situación. Y hay personas que al final quedan para drogarse, y follar es la excusa. Y llegan, se meten la raya, y no quieren follar porque quieren disfrutar el colocón».

6. Dificultades relacionales, sexuales y de consumo

El chemsex, particularmente en personas mayores del colectivo LGTBI, puede generar una serie de dificultades en tres áreas clave: las relaciones interpersonales, la sexualidad y el manejo del consumo de sustancias. Estas dificultades suelen estar interrelacionadas y contribuyen a la aparición de conflictos emocionales, problemas de salud física y mental, y barreras para el bienestar integral.

6.1. Dificultades relacionales

Las personas que participan en chemsex a menudo experimentan **problemas en sus relaciones interpersonales**. Estas dificultades se manifiestan de diversas

maneras:

- **Conflictos de pareja:** Para quienes tienen relaciones afectivas estables, el chemsex puede provocar tensiones significativas. La desinhibición sexual y el uso frecuente de drogas pueden generar desconfianza y frustración en la pareja, especialmente si uno de los miembros no participa en esta práctica o no la aprueba. Además, la falta de comunicación clara, incluyendo las mentiras, y la priorización de las experiencias de chemsex sobre la relación pueden llevar a un **deterioro emocional** y al distanciamiento.
- **Aislamiento social:** Muchas personas que participan en chemsex pueden sentir que su vida social se reduce a círculos relacionados con esta práctica. Como consecuencia, se produce una desconexión progresiva de redes de apoyo más amplias, como amistades y familiares. Este aislamiento aumenta los sentimientos de soledad y refuerza la dependencia de los encuentros sexuales bajo los efectos de sustancias como única forma de interacción social.

Testimonio de usuario: «El chemsex te aísla, con él no puedes cumplir horarios, porque las sesiones se alargan, te olvidas de comer, y no puedes quedar con gente».

Testimonio de usuario: «Cuando eres un adicto del chemsex, si tienes una sesión el viernes que dura hasta el domingo, te pierdes el cumpleaños de tu madre o a tus amigos, empiezas a perder redes sociales. Porque tienes resaca o porque sigues en sesión».

- **Estigma y doble vida:** El estigma asociado tanto al consumo de drogas como a la participación en chemsex puede llevar a que muchas personas oculten esta parte de su vida a sus seres cercanos. Vivir una «doble vida» puede generar estrés emocional y agravar el aislamiento, ya que la persona se ve atrapada entre el miedo a ser juzgada y el deseo de mantener las relaciones afectivas que no están vinculadas al chemsex.

Testimonio de usuario: «Y gran parte de mi entorno no sabía que consumía tina, no se lo conté porque sabía que me iban a juzgar».

6.2. Dificultades sexuales

El uso de drogas en contextos sexuales no solo afecta la dinámica de las relaciones, sino también la manera en que las personas experimentan su sexualidad. Algunas de las principales dificultades sexuales asociadas al chemsex son:

- **Dependencia sexual de las drogas:** Con el tiempo, las personas pueden desarrollar una **dependencia psicológica y física** de las drogas para disfrutar o participar en actividades sexuales. Esto puede generar una incapacidad para experimentar placer o excitación sexual sin el consumo de sustancias, lo que afecta profundamente la calidad de la vida sexual. El resultado es que el placer sexual queda vinculado a las drogas, erosionando la capacidad de tener relaciones sexuales de manera espontánea y sin mediación química.

Testimonio de usuario: «Lo que más me ha costado ha sido volver a aprender a follar sin drogas».

- **Disfunciones sexuales:** El consumo prolongado de drogas, como la mefedrona, el GHB o la metanfetamina, puede conducir a diversas **disfunciones sexuales**, como la **disminución de la libido**, la **anorgasmia** (dificultad o incapacidad para alcanzar el orgasmo) o la **disfunción eréctil**. Estas disfunciones pueden generar frustración y vergüenza, perpetuando la necesidad de recurrir a las drogas para mejorar el rendimiento sexual y manteniendo el ciclo de dependencia.
- **Riesgo de prácticas sexuales de alto riesgo:** El chemsex suele ir acompañado de **prácticas sexuales sin protección**, lo que aumenta significativamente el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Además, el uso de drogas desinhibidoras puede hacer que las personas participen en actividades sexuales que no necesariamente habrían consentido en situaciones de sobriedad, lo que puede causar arrepentimiento, daño emocional o incluso **trauma**.

Testimonio de usuario: «Estando colocado, estando bajo los efectos de la droga, he llegado a hacer de todo, a sentir el morbo extremo. Y entre otras cosas hacía cosas como pincharme con la misma aguja».

6.3. Dificultades relacionadas con el consumo de drogas

El uso de drogas en el contexto del chemsex presenta múltiples desafíos asociados al consumo, tanto en términos de manejo de las sustancias como de los efectos a largo plazo en la vida de quienes participan en esta práctica.

- **Dependencia y adicción:** Con el tiempo, el uso frecuente de sustancias recreativas en encuentros sexuales puede llevar a una dependencia o adicción. Las personas pueden llegar a sentirse incapaces de participar en actividades sexuales sin drogas, o incluso buscar encuentros sexuales solo como excusa para consumir. Este ciclo de dependencia afecta la autonomía personal y genera una **relación disfuncional con el propio deseo sexual**.

Testimonio de usuario: «Uno de los problemas que tenemos las personas que hemos hecho chemsex es aprender a disfrutar otra vez del sexo sobrio, porque hasta los preliminares son distintos».

- **Dificultades para detener o reducir el consumo:** Muchas personas que practican chemsex se enfrentan a serias dificultades para **detener o reducir el consumo de drogas**, aun cuando desean hacerlo. La falta de autocontrol, el deseo compulsivo de revivir experiencias sexuales bajo el efecto de drogas, y la presión social dentro de estos círculos refuerzan el ciclo de consumo. Este fenómeno también puede estar influido por la creencia de que la abstinencia o la reducción del consumo resultarán en una pérdida de placer sexual o en la incapacidad para interactuar sexualmente sin sustancias.
- **Impacto en la salud física y mental:** A largo plazo, el uso prolongado de drogas como la metanfetamina, el GHB/GBL o la mefedrona tiene consecuencias devastadoras para la **salud física y mental**. El desgaste físico debido a largas sesiones de chemsex, el riesgo de sobredosis y los efectos colaterales del consumo repetido afectan gravemente la calidad de vida. Además, muchas personas desarrollan trastornos como la **ansiedad**, la **depresión** y la **psicosis**, lo que aumenta la dificultad para abandonar la práctica del chemsex.

Testimonio de usuario: «En el slam es fácil que te acabes pinchando mal, porque un slam son 4 o 5 pinchazos, y en los últimos ya no controlas y no te los pones bien».

6.4. Ciclo de retroalimentación negativa

Las dificultades relacionales, sexuales y de consumo que surgen del chemsex tienden a **retroalimentarse**, generando un ciclo de deterioro progresivo. El aislamiento social puede llevar a una mayor dependencia de los encuentros de chemsex como forma de contacto social. Al mismo tiempo, la disfunción sexual o la incapacidad para disfrutar del sexo sin drogas perpetúa la necesidad de recurrir a estas sustancias. Finalmente, el aumento del consumo de drogas agrava los problemas de salud mental y física, lo que a su vez impacta negativamente en las relaciones personales y la capacidad de tomar decisiones conscientes.

Testimonio de usuario: «Cuando ya no consumes, durante el bajón, piensas: “¿Por qué lo he hecho?, que mierda todo”, y aparece la culpa. Para aliviar ese malestar tomas otro poco».

7. Atención a la Salud Sexual desde la diversidad sexual y de género

7.1. Salud sexual

La salud es un derecho humano fundamental, por lo tanto, la salud sexual debe ser también entendida como un derecho humano básico. Podemos definir «salud sexual» como un estado de bienestar físico, mental, emocional y social en relación con la sexualidad, no tiene que ver únicamente con la ausencia de enfermedad, y sólo puede hacerse efectiva en un contexto social que respete los derechos sexuales.

Según la define la OMS⁵, la salud sexual es «...un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva.*

influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales».

Tradicionalmente la salud sexual se ha centrado en la prevención: de infecciones de transmisión sexual (ITS), de prácticas no deseadas, de enfermedades... Sin embargo, abarca también otros aspectos, como la autoestima y la forma de relacionarse con otras personas. La capacidad para lograrla depende de la disponibilidad de información integral de buena calidad, de la posibilidad de acceder a la atención para estos aspectos de la salud, y de residir en un entorno que la promueva.

Testimonio de usuario: «Creo que a veces nos centramos mucho en la sustancia y también tiene un elemento muy importante de sexo, también hace falta educación sexual. Ahí hay un componente sobre el que se debe intervenir».

Además, requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia.

Testimonio de profesional: «La falta de educación sexoafectiva, y la LGTBIfobia interiorizada, son factores que pueden conducir a relacionarse mediante el chemsex».

El bienestar y el placer están en la base de la salud sexual, por lo que una intervención en este ámbito debe tener presente la aceptación personal de la sexualidad como fuente de placer, salud y afectividad. Promover los derechos sexuales en todas las etapas de la vida está encaminado a lograr una realidad libre de estigmas y violencia en el ámbito sexual, y su promoción redundará en una mejor calidad de vida.

Con una adecuada atención a la salud sexual se promoverá que las personas se quieran y respeten a sí mismas y sus cuerpos, que estén protegidas frente a las ITS, así como que se sientan seguras para acudir en busca de ayuda o información sobre su sexualidad.

7.2. Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son principios universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas, y abarcan los siguientes:⁶

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía sexual.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho de igualdad sexual
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión de las emociones sexuales.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables.
9. El derecho a una información sexual basada en datos científicos.
10. El derecho a una educación sexual comprensiva e inclusiva.
11. El derecho al cuidado de la salud sexual.

7.3. Un enfoque interseccional

La atención a la salud sexual debe realizarse desde un enfoque de interseccionalidad. Esta herramienta permite analizar de manera conjunta las diferentes categorías sociales y culturales, entre otras la edad, la orientación sexual o la identidad de género. Esas categorías se superponen y configuran la desigualdad sistémica que actúa sobre la vida de las personas, que no se podría entender en su totalidad sin contemplarlo desde ese enfoque interseccional, puesto que las personas no experimentan las vulnerabilidades de manera aislada. Y esas dinámicas entre factores determinan también estados de salud.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva.

Testimonio de profesional: «En la práctica, en el consumo de personas LGTBI hay mucha motivación psicoemocional y de trauma, de estigmatización, de haber sufrido discriminación, la homofobia interiorizada, y necesitan sustancias para sentirse cómodos para poder intimar con otros hombres. Y el consumo son motivos que responden a estas cuestiones. Las personas vinculan la sustancia con el sexo, y la necesidad de pertenecer a un grupo te lleva a estas complejidades. Y los servicios esto no lo entienden, se centran sólo en la adicción a la sustancia. Pero no la culpa, el castigo...».

8. Patrones en el consumo de drogas y otras sustancias que alteran la percepción, interfieren en la respuesta sexual humana y/o distorsionan los niveles de conciencia

8.1. Participantes en el chemsex

Existe debate sobre los perfiles concretos que tiene prácticas de chemsex. En ocasiones se utiliza el término vinculado a la **cultura sexual LGTBI**, sin embargo, el colectivo LGTBI supone un grupo de población muy diverso, y los estudios sobre conductas sexuales en general no se dirigen a retratar las prácticas de todos los subgrupos que la componen.

Existe un volumen mucho más alto de estudios sobre las conductas sexuales del grupo de hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, entre otros motivos debido a que la prevalencia de VIH, así como de otras ITS, es considerablemente más elevada en este grupo de población.

En el caso de las mujeres lesbianas no hay suficientes evidencias que demuestren la presencia de prácticas de chemsex en ellas, sino que los indicios apuntan a que su ocio está menos sexualizado que el de los hombres gays, y el sector empresarial del ramo no apuesta por abrir saunas o clubs de sexo con cuartos oscuros dirigidos a mujeres homosexuales.

En lo que respecta a las mujeres trans, se puede registrar su presencia en aplicaciones de contactos para hombres gays y bisexuales, donde participan de la cultura del chemsex y consumen ciertas drogas. En relación con esto, en las

mismas aplicaciones también hay hombres que buscan tener sexo con ellas y que utilizan el argot del chemsex, sin embargo, como se expone a continuación, estos hombres quedarían fuera de las definiciones de consenso sobre el chemsex.

Toda esta cuestión se puso de manifiesto en la definición sobre el fenómeno establecida en el European Chemsex Forum: «un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gais y bisexuales, otros HSH y personas trans y no binarias que participan en la “cultura de sexo casual o sin compromiso” gay». ⁷

En España, el Manifiesto de la Comisión Chemsex Support afirma: “las personas que practicamos chemsex somos hombres gais, bisexuales, crossdresser, personas trans y personas no binarias que formamos parte de la comunidad LGTB”. ⁸

Por todo ello, hablar del chemsex como una práctica llevada a cabo fundamentalmente por hombres puede considerarse una visión más práctica, habida cuenta de que la mayoría de la evidencia científica está centrada en GBHSH, aunque esto último también supone que el resto de personas que forman parte del colectivo quedan invisibilizadas frecuentemente. Por otro lado, referirse al chemsex como algo que afecta a personas LGTBI supone un punto de vista más inclusivo, y en la actualidad ambas perspectivas se contemporizan.

En cualquier caso, los estudios sobre conductas sexuales y comportamiento de consumo deberán ser más inclusivos en el futuro e incluir más perfiles dentro de la diversidad sexual, de forma que puedan entenderse mejor las particularidades de estas prácticas dentro de estos subgrupos de población, y de esta forma pueda darse una mejor respuesta a sus necesidades de salud.

8.2. Consumo de drogas

El uso de drogas y otras sustancias que alteran la percepción y distorsionan los niveles de conciencia tiene un impacto significativo en la **salud sexual y psicológica** de las personas, especialmente en contextos como el chemsex. Este consumo afecta de manera directa la **respuesta sexual humana**, y puede aumentar el riesgo de **prácticas sexuales de alto riesgo** debido a la alteración de la toma de decisiones y la pérdida del control, como se ha indicado en

⁷ 2nd European Chemsex Forum. (2018, 22-24 de marzo). 2nd European Chemsex Forum.

⁸ Stop Sida. (2020). Manifiesto de la Comisión ChemSex Support - ChemSex.info [Internet]. Disponible en: <https://chemsex.info/manifiesto/>

puntos anteriores. A continuación, se expondrá de forma pormenorizada las diferentes maneras en que las sustancias impactan en la respuesta sexual.

8.3. Interferencia en la respuesta sexual humana

- **Aumento artificial del deseo:** Drogas como la metanfetamina o la mefedrona pueden incrementar significativamente el impulso sexual, permitiendo una actividad sexual más intensa y prolongada. Este aumento del deseo es un efecto temporal inducido por las sustancias, y aunque en un principio parece intensificar la experiencia sexual, no necesariamente se traduce en una mayor satisfacción. Muchas veces, este deseo exacerbado lleva a prácticas sexuales de riesgo, como el sexo sin protección o con múltiples parejas, debido a la reducción de las inhibiciones.
- **Dificultad para experimentar placer:** Aunque las drogas estimulantes intensifican la excitación, también interfieren con la capacidad de disfrutar plenamente del acto sexual. Los efectos de estas sustancias a menudo dificultan el logro de placer, ya que generan una sobreexcitación que puede impedir alcanzar el clímax. Esta frustración puede llevar a un uso continuado de las drogas en busca de una experiencia sexual satisfactoria, perpetuando un ciclo de consumo que desgasta física y emocionalmente a la persona.
- **Sensación de pérdida de control:** El consumo de sustancias depresoras, como el GHB, produce una fuerte relajación y desinhibición, facilitando la participación en encuentros sexuales. Sin embargo, estos efectos también reducen la capacidad de la persona para mantener control sobre sus acciones y su entorno. Esta pérdida de control no solo incrementa el riesgo de exposición a situaciones de abuso o agresión, sino que también puede hacer que la persona no sea plenamente consciente de sus decisiones sexuales.

8.4. Impacto a largo plazo en la sexualidad

El uso repetido de estas sustancias puede tener efectos duraderos en la sexualidad de las personas. Las disfunciones sexuales, como la dificultad para experimentar placer o la pérdida de interés sexual en ausencia de drogas, son comunes entre quienes recurren al consumo de estas sustancias. Esta dependencia no solo afecta la capacidad de mantener relaciones sexuales satisfactorias, sino que también impacta negativamente en el bienestar emocional, deteriorando la capacidad de construir intimidad en relaciones

afectivas y sexuales.

8.5. Distorsión de los niveles de conciencia

El consumo de sustancias que alteran la percepción puede llevar a una **distorsión de los niveles de conciencia**, lo que significa que las personas pueden experimentar una **pérdida de control** sobre sus acciones, su entorno y sus decisiones.

- **Alteración de la toma de decisiones:** Las drogas que desinhiben, como el GHB, reducen la capacidad para tomar decisiones conscientes y cuidadosas en torno a la protección sexual, lo que incrementa la probabilidad de mantener relaciones sexuales sin preservativo. Esta pérdida de control aumenta los riesgos de ITS y de violencia sexual.
- **Amnesia o pérdida de memoria:** El uso de ciertas drogas, especialmente en dosis altas, puede inducir **amnesia parcial** o **completa** sobre lo ocurrido durante el estado de intoxicación. Esto es especialmente común con el GHB, lo que hace que las personas no recuerden actos sexuales o situaciones de riesgo a las que se expusieron.
- **Dependencia psicológica:** La búsqueda de sensaciones de euforia o desinhibición a través del uso de estas drogas puede llevar a una **dependencia psicológica**. La persona puede llegar a creer que no puede participar en encuentros sexuales sin recurrir a las sustancias, lo que refuerza el ciclo de consumo y distorsiona la relación con su propio cuerpo y sexualidad.

8.6. Consecuencias del consumo en la salud

El consumo prolongado de estas drogas en contextos sexuales tiene **consecuencias graves para la salud física y mental**. El desgaste físico provocado por sesiones prolongadas de chemsex, junto con los efectos tóxicos de las sustancias, puede comprometer gravemente el bienestar de las personas mayores del colectivo LGTBI.

- **Impacto en la salud mental:** Las drogas utilizadas en chemsex pueden llevar a episodios de **ansiedad, depresión y psicosis inducida**. La necesidad de mantener relaciones sexuales bajo la influencia de estas sustancias, y la posterior "resaca emocional" al bajar los efectos, refuerzan sentimientos de

vacío, soledad y desesperanza, particularmente en personas mayores que ya enfrentan aislamiento social.

- **Impacto en la salud física:** Las largas sesiones sexuales bajo el uso de drogas como la metanfetamina y el GHB pueden ocasionar **desgaste físico**, insomnio, deshidratación y daño a órganos vitales, como el corazón y los riñones. Además, la falta de autocuidado durante estos encuentros aumenta el riesgo de infecciones, lesiones y accidentes.

9. Edadismo, vulnerabilidad y riesgos

El **edadismo**, o discriminación por edad, afecta de manera directa a las personas mayores del colectivo LGTBI, especialmente en contextos de chemsex. Este prejuicio no solo influye en cómo se percibe su sexualidad, sino también en su acceso a servicios y apoyo, lo que incrementa su **vulnerabilidad** y los **riesgos** asociados al uso de drogas en entornos sexuales. La falta de visibilidad y reconocimiento de las necesidades específicas de esta población a menudo agrava su situación, y afecta su bienestar físico, emocional y social.

9.1. El impacto del edadismo en la sexualidad y el bienestar

Para las personas mayores LGTBI, el edadismo puede manifestarse en el rechazo social, la invisibilización de sus experiencias sexuales y una menor atención a sus necesidades de salud sexual. Este prejuicio genera **aislamiento social** y puede impactar en su autoestima, llevando a algunas personas a participar en prácticas de chemsex como una forma de superar la sensación de exclusión o para reafirmar su valor dentro de una comunidad donde a menudo se privilegia la juventud.

Testimonio de profesional: «En personas más mayores que están en chemsex, una de las motivaciones para practicarlo es precisamente hacerse mayor, y tener por ello un cuerpo envejecido, con todos los prejuicios y complejos que hay alrededor de ello. Y la sustancia les hace que se quiten la vergüenza de mostrar su cuerpo desnudo, sobre todo si están con chicos de 22, 23, 24 años. Al meterse la sustancia no les da vergüenza estar con chicos más jóvenes desnudos tantas horas».

Además, el edadismo en el ámbito sanitario puede limitar el acceso a servicios de salud sexual inclusivos, lo que contribuye a una atención insuficiente o inadecuada en la prevención de riesgos relacionados con el uso de drogas y la salud sexual.

9.2. Vulnerabilidad y riesgos específicos

Las personas mayores que participan en prácticas de chemsex se enfrentan a riesgos agravados por su edad y condición física. Con la vejez el cuerpo es más vulnerable a los efectos adversos de las drogas, lo que incrementa el riesgo de complicaciones de salud como **sobredosis, problemas cardíacos, o daño hepático y renal**. Además, el uso de sustancias puede aumentar la probabilidad de sufrir **violencia sexual** o encontrarse en situaciones de peligro debido a la pérdida de control y desinhibición.

Testimonio de profesional: «El perfil de mis pacientes mayores de 50 son personas que no habían consumido otras drogas anteriormente. En cambio, algunos de ellos empezaron por ejemplo a consumir en enero y en junio ya tienen un cuadro problemático, y han tenido alguna ITS. Empiezan a consumir porque se sienten solos, y consumen varios días a la semana».

El estigma en torno al consumo de drogas y la percepción negativa de la sexualidad en la vejez también incrementan el riesgo de que estas personas no busquen ayuda o no accedan a servicios de apoyo adecuados, perpetuando su aislamiento y exponiéndolas a más riesgos.

9.3. Riesgos para la salud física y mental

Los efectos de las drogas en la salud física se intensifican con la edad. Las sustancias estimulantes como la metanfetamina y depresoras como el GHB pueden ocasionar un desgaste físico considerable, afectando la capacidad de recuperación de las personas mayores. Además, la interacción de estas sustancias con medicamentos que suelen consumir por condiciones crónicas puede aumentar los riesgos de complicaciones.

En el plano psicológico, el **consumo de sustancias** en contextos sexuales puede contribuir a un aumento de los episodios de **ansiedad, depresión**, y sentimientos de desconexión, especialmente cuando se enfrentan a la soledad o al rechazo por su edad.

9.4. Ideación suicida

En revisiones recientes, la prevalencia de conductas suicidas entre los usuarios de chemsex ha mostrado grandes diferencias según las muestras estudiadas⁹. Es fundamental destacar que tanto en hombres GBHSH, como en personas con diagnóstico de VIH, los trastornos adictivos (especialmente entre quienes consumen por vía intravenosa) y los trastornos depresivos presentan una alta prevalencia de conductas suicidas. Como indica la guía de Curto y Martín (2024), la **ideación suicida** y los intentos de suicidio son emergencias psiquiátricas que deben ser evaluadas por un profesional de salud mental.

9.5. Red de reducción de riesgos

Abordar la vulnerabilidad de las personas mayores LGTBI en contextos de chemsex requiere un enfoque adaptado a sus necesidades. Es fundamental crear espacios inclusivos donde puedan recibir **atención médica adecuada** y **servicios de reducción de daños**. También es crucial promover la **educación sexual inclusiva** y generar redes de apoyo comunitario que reduzcan el aislamiento y fomenten una visión positiva de la sexualidad en la vejez.

El acceso a **programas de salud mental** y servicios de atención integral, que tengan en cuenta las experiencias de vida de las personas mayores LGTBI, es esencial para reducir los riesgos y promover un envejecimiento saludable y libre de discriminación.

10. Relaciones igualitarias y equilibrios de poder

Las relaciones sexuales y afectivas en el contexto del chemsex pueden estar influenciadas por dinámicas de poder que afectan la igualdad entre las personas involucradas. En particular, las personas mayores del colectivo LGTBI pueden verse en situaciones donde los **desequilibrios de poder** están presentes

⁹ Curto Ramos, J. y Martín Carbonero, L. (2024). *Guía rápida de abordaje del chemsex para profesionales sanitarios*.

debido a factores como la edad, el estatus socioeconómico, el acceso a recursos o el estado de salud. Estos desequilibrios pueden impedir el establecimiento de **relaciones igualitarias**, generando vulnerabilidad y dificultando el establecimiento de vínculos basados en el respeto mutuo.

10.1. Desigualdades en el acceso a recursos

En muchos casos, las personas mayores pueden tener menos acceso a **recursos económicos**, sociales o de salud, lo que las sitúa en una posición de desventaja frente a personas más jóvenes o con mayor estabilidad. En el contexto del chemsex, esta desigualdad puede ser explotada, especialmente cuando una persona tiene acceso a las drogas o el control de la situación, lo que puede generar una relación de dependencia o manipulación.

Testimonio de profesional: «También he visto a personas migrantes que entran en el chemsex porque se prostituyen. Algunos que no cobran dinero, sino que exigen la sustancia a cambio. O que necesitan consumir para dejarse hacer cosas».

10.2. Dinámicas de poder en el uso de drogas

El uso de drogas en contextos sexuales altera las dinámicas relacionales, y muchas veces la persona que provee las sustancias o tiene control sobre su distribución puede ejercer un poder significativo sobre el resto. En el chemsex, las relaciones sexuales y la interacción grupal pueden verse distorsionadas por estas dinámicas, donde una persona que ya se sienta socialmente excluida o insegura puede ceder poder a cambio de aceptación o pertenencia.

Testimonio de usuario: «El hecho de que alguien tenga droga le hace más atractivo, y era caro comprar tina. Por eso si invitas tú a la droga te puedes tirar a quien quieras, a tíos increíbles».

Este **desequilibrio de poder** no solo afecta la capacidad de la persona mayor

para decidir de forma consciente sobre su participación en las actividades sexuales, sino que también incrementa el riesgo de coacción o abuso.

Testimonio de usuario: «Te dicen “Eres viejo, pero si me das 2 rayas sí que follo contigo”».

10.3. Promover relaciones igualitarias

Es esencial que las intervenciones en contextos de chemsex incluyan un enfoque que promueva relaciones más igualitarias, basadas en el respeto mutuo, la autonomía y la equidad. La **educación sexual** debe enfatizar la importancia del consentimiento y el **respeto por los límites** de los demás, reconociendo los riesgos asociados a las dinámicas de poder.

Asimismo, para un adecuado desarrollo de una sexualidad saludable, es necesario crear entornos donde todas las personas, independientemente de su edad, orientación sexual, identidad de género o situación socioeconómica, puedan participar en relaciones de manera igualitaria, con acceso a la información y los recursos necesarios para tomar decisiones informadas. Esto incluye el acceso a servicios de salud, apoyo psicológico y redes de cuidado que prioricen el bienestar integral y promuevan relaciones libres de violencia.

11. Consentimiento, deseo y prevención de la violencia sexual

El consentimiento es un pilar fundamental en cualquier relación sexual, y su importancia se amplifica en el contexto del **chemsex**, donde el consumo de drogas puede interferir con la capacidad de tomar decisiones conscientes. En estos entornos, garantizar que todas las personas involucradas estén participando de manera voluntaria y con plena conciencia es clave para prevenir situaciones de **violencia sexual** y asegurar un entorno sexual saludable y respetuoso. A continuación, se explica la interrelación entre el consentimiento, el deseo y las dinámicas que pueden aumentar el riesgo de violencia sexual en personas mayores del colectivo LGTBI.

11.1. Consentimiento en entornos de chemsex

El consumo de sustancias que alteran la percepción, como el GHB o la metanfetamina, puede disminuir la capacidad de una persona para dar o retirar su consentimiento de manera clara. Bajo los efectos de las drogas, el juicio y la conciencia de las propias acciones se ven alterados, lo que aumenta la probabilidad de que se produzcan **malentendidos** o **abusos** en las relaciones sexuales.

Es importante destacar que el consentimiento debe ser **explícito, continuo y reversible**. Esto significa que todas las personas involucradas deben expresar su voluntad de participar en cada momento, y pueden cambiar de opinión en cualquier punto de la interacción, incluso si previamente dieron su consentimiento. La presencia de drogas no anula la necesidad de estas premisas, pero sí complica su implementación, haciendo más crucial la promoción de una cultura de respeto y autocuidado en estos espacios.

11.2. Relación entre consumo de drogas y deseo sexual

El consumo de sustancias puede aumentar el deseo sexual de manera artificial, pero también puede provocar situaciones en las que una persona actúa más allá de sus límites habituales, influenciada por la desinhibición o la presión del grupo. En el caso de las personas mayores, que ya pueden enfrentar presiones derivadas de la invisibilización de su sexualidad o el deseo de ser aceptadas, el riesgo de participar en situaciones que no desean completamente es mayor.

11.3. Dificultades en el establecimiento de límites y uso de drogas

En el ámbito de los juegos de dominación y sumisión en el contexto gay, hay ocasiones en las que se fantasea con la idea de ser dominado y utilizado sexualmente. A su vez, en el contexto del chemsex, el uso de drogas obstaculiza el establecimiento de límites nítidos, puesto que aumenta la desinhibición, altera las percepciones del riesgo y el dolor, y puede llevar incluso a una pérdida de conocimiento. En resumen, el uso de sustancias puede complicar la negociación y aumentar la vulnerabilidad.

Testimonio de usuario: «En un *chill* he escuchado decir: “Dame más G de lo normal y luego invitas a quien quieras para que me viole”».

11.4. Dificultades para la denuncia

Además, existen barreras para denunciar las agresiones sexuales cometidas bajo la influencia de las drogas, entre otros motivos por la criminalización de estas sustancias, de modo que los hombres que sufren un abuso sexual no se sienten seguros sobre las consecuencias legales de denunciarlo a la policía, y a menudo no le cuentan el incidente ni a las fuerzas de seguridad ni a profesionales de la salud.

Otro de los factores que influyen en la falta de denuncias son los diversos temores: miedo a que se cuestione su masculinidad, a adquirir un estigma por ser víctima de una agresión sexual, a no ser creído, a sufrir LGTBIfobia por parte de los servicios de atención o a la revictimización. También puede producirse ausencia de percepción de lo sucedido como un delito.

11.5. Prevención de la violencia sexual

La violencia sexual en contextos de chemsex puede presentarse en diversas formas, desde la coerción para participar en actividades sexuales hasta la incapacidad de detener un encuentro no deseado debido a los efectos de las drogas. Para prevenir la violencia sexual, es crucial que se establezcan normas claras dentro de los grupos que practican chemsex, donde se promueva una **cultura de consentimiento activo** y se garantice que todas las personas tengan control sobre sus decisiones.

Algunas medidas clave para la prevención incluyen:

- **Educación sobre el consentimiento** en situaciones donde hay consumo de sustancias, destacando la importancia de obtener un «sí» claro y continuo.
- Fomentar la **comunicación abierta** entre las personas involucradas, asegurándose de que todas expresen sus deseos y límites de manera transparente.
- Crear un entorno donde las personas se sientan seguras para **retirar su consentimiento** en cualquier momento sin temor a ser juzgadas o excluidas.
- Proveer recursos de **prevención de daños** y acceso a servicios de apoyo para quienes puedan haber experimentado violencia sexual, así como para quienes busquen reducir riesgos.

11.6. Empoderamiento y autocuidado

Finalmente, es esencial que las personas mayores del colectivo LGTBI que participan en chemsex se sientan empoderadas para ejercer su **derecho al consentimiento** y al **autocuidado**. Este empoderamiento puede lograrse mediante la promoción de redes de apoyo, acceso a información sobre la reducción de daños y servicios de salud sexual que sean inclusivos y respeten su autonomía. Al fomentar un entorno donde el consentimiento sea prioritario y respetado, se puede prevenir la violencia sexual y garantizar que las experiencias sexuales sean seguras y consensuadas para todas las personas involucradas.

12. Empoderamiento, relaciones de buen trato y corresponsabilidad sexual y/o afectiva

El empoderamiento en el ámbito sexual y afectivo es un proceso fundamental para garantizar que las personas puedan ejercer su sexualidad de manera libre, consciente y responsable. En particular, en el contexto del chemsex, donde la percepción y las decisiones pueden verse alteradas por el uso de sustancias, es crucial fomentar **relaciones de buen trato y corresponsabilidad**, en las que todas las personas involucradas asuman un rol activo en el cuidado mutuo y en la promoción de entornos seguros y respetuosos.

12.1. Empoderamiento y autonomía personal

El **empoderamiento** implica que las personas, especialmente las mayores del colectivo LGTBI, tengan el conocimiento, los recursos y el apoyo necesario para tomar decisiones conscientes sobre su sexualidad y sus relaciones afectivas. Esto es especialmente relevante en contextos de chemsex, donde el consumo de drogas puede poner en riesgo la **autonomía personal** y dificultar el ejercicio del consentimiento pleno.

El empoderamiento sexual abarca la capacidad de definir y comunicar los propios deseos y límites, reconociendo la importancia de priorizar el bienestar y la seguridad en todas las interacciones. Además, incluye la **educación sexual inclusiva** y el acceso a recursos de salud sexual y mental, lo que permite que las personas se sientan seguras para explorar su sexualidad de manera responsable y sin presiones externas.

12.2. Relaciones de buen trato

Una relación de buen trato implica una manera de relacionarse en la que sus integrantes se sienten bien, estén a gusto con el resto de las personas, no se produce violencia y la base es el respeto mutuo. No en todos los ámbitos del día a día cotidiano se producen las relaciones de la misma forma, y los cuidados pueden precisar requisitos distintos en cada una de ellas para demostrar aprecio mutuo.

Para que las relaciones se lleven a cabo de manera saludable es importante que cada persona, de manera individual, entienda las cosas que le gustan y las que no, y para ello es clave el autocuidado. El autocuidado abarca todas aquellas decisiones que se toman en beneficio de la propia salud, tanto física como mental, y están basadas en promover la salud y prevenir enfermedades.

El buen trato en las relaciones sexoafectivas tiene su reflejo en el placer y el bienestar que producen los encuentros en un contexto de comunicación adecuada, consenso y respeto. Deben ser relaciones consensuadas y deseadas. El consentimiento hace referencia a la libre decisión, sin coacciones y en plenas facultades, de participar en una práctica sexual. Mientras que el deseo es la propia voluntad individual de querer participar.

En el contexto del chemsex, fomentar las **relaciones de buen trato** significa:

- **Evitar el uso de la manipulación** o coerción, asegurándose de que todas las personas participen libremente y con plena conciencia.
- Promover la **comunicación abierta** sobre los límites, deseos y expectativas, creando un espacio donde cada persona pueda expresarse sin temor a ser juzgada.
- Garantizar que se respeten los derechos y las necesidades de cada individuo, evitando prácticas que puedan causar daño físico o emocional.

El buen trato implica también la responsabilidad de cuidar tanto de uno mismo como de las personas con las que se interactúa, especialmente en situaciones donde las sustancias pueden comprometer la capacidad de tomar decisiones.

12.3. Corresponsabilidad sexual y afectiva

La **corresponsabilidad** en las relaciones sexuales y afectivas significa que todas las personas involucradas asumen un rol activo en el cuidado mutuo y en la creación de un entorno seguro y respetuoso. Esto implica:

- **Tomar responsabilidad** por las decisiones que afectan tanto a uno mismo como a los demás, especialmente en relación con el consumo de drogas y los riesgos asociados.
- Promover prácticas de **sexo seguro**, incluyendo el uso de preservativos y la realización de pruebas de salud sexual de manera regular.
- Asegurarse de que cada persona tenga la capacidad de **dar y recibir consentimiento** en todo momento, tomando en cuenta los efectos de las sustancias en la toma de decisiones.
- Fomentar un entorno de **apoyo emocional**, donde las personas se sientan cómodas para compartir sus experiencias, inquietudes o dificultades sin temor a ser estigmatizadas o rechazadas.

12.4. Promoción de redes de apoyo y autocuidado

El empoderamiento y la corresponsabilidad también se fortalecen mediante la creación de **redes de apoyo comunitarias** que promuevan la salud y el bienestar integral de las personas mayores del colectivo LGTBI en contextos de chemsex. Estas redes deben estar diseñadas para brindar acceso a información, servicios de salud y apoyo psicológico, y deben fomentar una cultura de cuidado mutuo.

Además, es crucial que se promueva el **autocuidado** como parte del empoderamiento sexual y afectivo, alentando a las personas a priorizar su bienestar físico y emocional, a tomar decisiones informadas y a buscar ayuda cuando lo necesiten.

Fomentar el empoderamiento y las relaciones de buen trato basadas en la corresponsabilidad es esencial para garantizar que las experiencias sexuales y afectivas sean seguras, satisfactorias y respetuosas, permitiendo a las personas mayores del colectivo LGTBI disfrutar de su sexualidad en entornos donde prevalezca el respeto mutuo y la equidad.

13. VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual

El **VIH** y otras **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)** continúan siendo un desafío significativo en la salud sexual. Los datos señalan que el chemsex tiene una especial prevalencia entre hombres GBHSH que viven con el VIH, y según el estudio EMIS este grupo poblacional tiene comportamientos que les hacen más vulnerables a otras ITS, por lo que participar en chemsex supone mayores riesgos para su salud.

Las personas mayores del colectivo LGTBI que participan en chemsex no están exentas de estos riesgos. El uso de sustancias en entornos sexuales puede aumentar la probabilidad de transmisión de ITS debido a la disminución de las prácticas de sexo seguro y la falta de atención preventiva. Además, este grupo de la población puede tener problemas particulares relacionados con la edad, como el acceso limitado a información actualizada sobre prevención, barreras en los servicios de salud y un estigma persistente sobre su sexualidad y el consumo de drogas.

Testimonio de profesional: «Otro tema es el VIH. Hay mucho estigma, y el chemsex es un espacio que facilita la intimidad con otros hombres y las personas sienten menos presión para expresar su estado serológico, se evitan dar explicaciones que en otros espacios sí tiene que dar».

13.1. VIH: Riesgos y prevención en personas mayores

En personas mayores del colectivo LGTBI, el riesgo de contraer **VIH** puede verse incrementado por varios factores específicos. A menudo, este grupo no es objetivo de las campañas de prevención más recientes, como la **profilaxis preexposición (PrEP)**, que puede reducir significativamente el riesgo de infección. Sumado a esto, algunos pueden no utilizar **preservativos** de forma constante, ya sea por la desinhibición que provocan las drogas o por percepciones erróneas sobre el riesgo de transmisión.

En pacientes que ya están en tratamiento para el VIH, la práctica del chemsex puede tener varias implicaciones. Por un lado, provocando una interacción entre el propio tratamiento y las drogas, que en función de las sustancias puede

potencialmente producir intoxicaciones.

Por otro lado, también se han encontrado dificultades para mantener la adherencia al tratamiento si participan en chemsex, ya que si una sesión se alarga hace más complicado ser consciente del horario de la medicación, y la merma en la adherencia puede generar resistencias a medio plazo, afectando a la oferta terapéutica.

La **educación y sensibilización** dirigidas a las personas mayores LGTBI son fundamentales para mejorar el acceso a la PrEP y a pruebas regulares de VIH. A pesar de los avances en el tratamiento y prevención del VIH, muchas personas mayores pueden tener conocimientos desactualizados o basados en los inicios de la epidemia, lo que puede generar miedo o confusión respecto a su estado de salud sexual.

13.2. Otras ITS y personas mayores en contextos de chemsex

En el contexto del chemsex, el riesgo de otras **ITS** como la **sífilis**, la **gonorrea**, el **herpes genital** y el **Virus del Papiloma Humano (VPH)** también es alto. Las prácticas sexuales sin protección y con múltiples parejas son comunes en estos entornos, y el uso de drogas puede aumentar la probabilidad de participar en situaciones de riesgo. Para las personas mayores estos factores suponen un riesgo añadido.

Es fundamental garantizar el **acceso a pruebas regulares de ITS**, así como proporcionar información actualizada sobre las mejores prácticas de prevención. Dado que algunas ITS pueden tener efectos más severos o persistentes en personas mayores, como problemas de salud crónicos o debilitamiento del sistema inmunológico, el **diagnóstico y tratamiento temprano** son esenciales para proteger su bienestar.

13.3. Barreras de acceso para personas mayores

Las personas mayores del colectivo LGTBI que participan en chemsex tienen que hacer frente a **barreras significativas** para acceder a los servicios de prevención y tratamiento de ITS. La **discriminación por edad** en los sistemas de salud puede hacer que los profesionales subestimen o ignoren su vida sexual. Además, la **falta de visibilidad** de la sexualidad en la vejez puede hacer que las personas mayores no busquen activamente atención médica o sientan vergüenza al hacerlo.

El **estigma** por la edad, junto con el estigma relacionado con el consumo de drogas y la orientación sexual, puede disuadir a muchas personas de acceder a servicios de salud sexual. Es vital que los profesionales de la salud ofrezcan **atención inclusiva y libre de prejuicios**, asegurando que las personas mayores del colectivo LGTBI reciban el mismo nivel de apoyo y respeto que cualquier otro grupo.

13.4. Estrategias de prevención y reducción de daños

Para abordar los riesgos asociados al VIH y otras ITS en personas mayores que participan en chemsex, se deben implementar **estrategias de intervención** adaptadas a sus necesidades. Algunas de estas estrategias incluyen:

- **Acceso a preservativos y lubricantes**, y campañas de información que se dirijan específicamente a personas mayores.
- **Servicios de salud sexual especializados** que ofrezcan pruebas regulares de VIH y otras ITS, con profesionales capacitados para abordar las preocupaciones y riesgos específicos de la población mayor.
- **Promoción de la PrEP y PEP** (profilaxis postexposición) entre personas mayores que practican chemsex, garantizando que tengan acceso a estas herramientas preventivas.
- **Redes comunitarias de apoyo**, donde las personas mayores del colectivo LGTBI puedan recibir información, asesoramiento y atención sin estigmatización ni discriminación.

13.5. Importancia del diagnóstico temprano y tratamiento en personas mayores

En las personas mayores, el **diagnóstico temprano** del VIH y otras ITS es especialmente importante, ya que las complicaciones derivadas de estas infecciones pueden ser más graves a medida que el cuerpo envejece. Para quienes viven con VIH, el acceso a la **terapia antirretroviral** permite controlar la enfermedad y mantener una buena calidad de vida.

De igual forma, tratar de manera oportuna otras ITS puede evitar complicaciones de salud más graves y mejorar el bienestar general. Es crucial que las personas mayores del colectivo LGTBI tengan acceso no solo a pruebas

de diagnóstico, sino también a **tratamientos efectivos** y a un seguimiento adecuado de su salud sexual.

14. Cambio de paradigma estigma y discriminación a empoderamiento e inclusión

El cambio de paradigma desde el **estigma y la discriminación** hacia el **empoderamiento e inclusión** es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas mayores del colectivo LGTBI que participan en chemsex. Este cambio implica una transformación en la manera en que se perciben y abordan las cuestiones de salud sexual y consumo de drogas en este grupo, promoviendo un enfoque que respete y valore la dignidad y los derechos de todas las personas, independientemente de su edad, orientación sexual o hábitos de consumo.

14.1. Desafíos del estigma y la discriminación

Las personas mayores del colectivo LGTBI que participan en chemsex a menudo sufren **estigma y discriminación** debido a múltiples factores:

- **Edadismo:** La discriminación por edad puede hacer que las necesidades y preocupaciones de las personas mayores sean minimizadas o ignoradas en el ámbito de la salud.
- **Estigma asociado al chemsex:** El uso de drogas en contextos sexuales puede llevar a una percepción negativa, donde el comportamiento es visto como desviado o irresponsable, sin tener en cuenta el contexto y las complejidades de la vida de las personas.
- **Discriminación por LGTBIfobia:** Las personas LGTBI pueden enfrentarse además a problemas en el acceso a servicios de salud y apoyo, entre otros.

Estos factores pueden llevar a que las personas mayores no busquen ayuda, eviten el acceso a servicios médicos o experimenten una disminución en su calidad de vida debido a la falta de apoyo adecuado.

14.2. Promoción del empoderamiento y la inclusión

Para superar estos desafíos, es fundamental promover el **empoderamiento** y la **inclusión** a través de diversas estrategias:

- **Educación y sensibilización:** Fomentar un entendimiento más inclusivo y respetuoso sobre la sexualidad y el consumo de drogas en personas mayores, desafiando los estereotipos y proporcionando información basada en la evidencia.
- **Desarrollo de políticas inclusivas:** Crear políticas y servicios de salud que reconozcan y respondan a las necesidades específicas de las personas mayores LGTBI, garantizando su acceso a servicios de prevención, tratamiento y apoyo.
- **Fortalecimiento de redes de apoyo:** Establecer y apoyar redes comunitarias donde las personas mayores puedan compartir experiencias, recibir apoyo emocional y acceder a recursos sin temor a ser juzgadas o discriminadas.
- **Capacitación profesional:** Capacitar a los profesionales de la salud y otros trabajadores, como los servicios sociales o las fuerzas y cuerpos de seguridad, en temas de diversidad sexual y de edad, asegurando una atención respetuosa y libre de prejuicios.

14.3. La atención a usuarios

La atención a usuarios con prácticas de chemsex debe partir de un enfoque basado en la persona y una atención integral que, además del consumo de drogas, tenga también en cuenta la orientación sexual y la identidad de género, la perspectiva de género, la vivencia del VIH y los condicionantes culturales.

Esta atención debe producirse en un espacio que se perciba como seguro y que garantice la confidencialidad, donde el usuario no sea objeto de estigmatización ni de juicios de valor. Un plan terapéutico personalizado debe incluir tanto enfoques basados en la abstinencia como en la reducción de riesgos y daños, además de hacer un abordaje de la vivencia de la sexualidad.

14.4. Beneficios del cambio de paradigma

Adoptar un enfoque de empoderamiento e inclusión puede traer numerosos

beneficios:

- **Mejora del bienestar general:** Las personas mayores que se sienten valoradas y respetadas tienen más probabilidades de mantener una buena salud mental y emocional.
- **Acceso equitativo a servicios:** Un enfoque inclusivo asegura que todas las personas, independientemente de su edad o identidad, tengan acceso a los servicios de salud y apoyo que necesitan.
- **Reducción del estigma:** Al promover una visión más positiva y comprensiva de la sexualidad y el consumo de drogas en personas mayores, se puede reducir el estigma y facilitar una mayor apertura hacia el cuidado y la prevención.

14.5. Estrategias para la implementación

Para implementar este cambio de paradigma, es importante considerar las siguientes estrategias:

- **Incluir la voz de las personas mayores:** Involucrar a las personas mayores LGTBI en la creación de políticas y programas, asegurando que sus experiencias y necesidades sean representadas.
- **Crear espacios seguros:** Establecer entornos donde las personas mayores puedan hablar abiertamente sobre sus experiencias y preocupaciones sin temor a ser estigmatizadas.
- **Evaluar y ajustar continuamente:** Realizar evaluaciones periódicas de las políticas y programas para asegurar que sigan siendo inclusivos y efectivos, ajustando las estrategias según sea necesario.

BLOQUE 2. CONTENIDO PROPUESTO DE BUENAS PRÁCTICAS

A. Propuesta para facilitar la valoración en la entrevista con un usuario de chemsex

Realizar una entrevista con un usuario de chemsex puede entrañar dificultades, entre ellas la ausencia de espacios que garanticen la confidencialidad, el déficit de conocimientos sobre este ámbito por parte de las y los profesionales, vergüenza para hablar sobre sexualidad con las personas usuarias, o prejuicios relacionados con el sexo o las drogas.

Por parte de las y los profesionales puede existir temor a la reacción de los usuarios al plantear el tema, aunque mayoritariamente la respuesta suele ser de agradecimiento. En muchas ocasiones, los usuarios no disponen de otros espacios donde poder hablar sobre sexualidad o drogas de forma abierta, o previamente han vivido experiencias negativas al abordarlo. Por todo ello, es importante crear un espacio donde la persona sienta confianza para hablar con libertad sin temor a ser juzgada.

La entrevista debe tener en cuenta la posibilidad de traumas en usuarios de chemsex, lo que refuerza la necesidad de crear un ambiente seguro. Igualmente, es aconsejable implicar al paciente en su cuidado, para favorecer la toma de decisiones compartida en el tratamiento, con los objetivos de recuperar agencia y evitar la retraumatización en el contexto clínico.

Por todo ello, para llevar a cabo una entrevista de valoración efectiva y establecer un vínculo terapéutico, es fundamental crear un ambiente de confianza, libre de juicios, donde la persona se sienta segura ya que, durante la entrevista, será necesario tratar temas que pueden resultar especialmente sensibles, como el consumo de ciertas sustancias o aspectos relacionados con la sexualidad.

Existen algunos principios que beneficiarán el desarrollo de la entrevista:

- Asegurar la privacidad y la confidencialidad.
- Formular las preguntas de manera apropiada.
- Emplear un lenguaje neutral.
- Mostrar interés y mantener una actitud proactiva.
- Contar con estrategias para manejar posibles resistencias.

Aspectos específicos de la valoración del usuario con prácticas de chemsex

1. Consumo de sustancias

Existe una gran variedad de sustancias cuyo uso se debe investigar. Es fundamental preguntar por todas las drogas consumidas, la edad en que comenzó el consumo, las personas que facilitaron los primeros usos, los efectos subjetivos percibidos con el tiempo y los posibles cambios, la duración del consumo, los periodos de mayor o menor uso, las razones para cambiar o pasar de una sustancia a otra, la presencia de intoxicaciones, sobredosis u otras complicaciones psiquiátricas vinculadas al consumo, los periodos de abstinencia y los factores relacionados, así como las recaídas y las causas que las desencadenaron.

Es esencial comprender el objetivo buscado con cada droga y tener en cuenta que el consumo múltiple es común, así como la coexistencia de consumos recreativos con patrones de adicción. También es útil familiarizarse con los términos coloquiales que suelen utilizarse. Es importante indagar sobre las fuentes de ingresos para adquirir las sustancias: empleo formal, empleo informal, la existencia de deudas o solicitud de créditos, y si se han producido problemas judiciales.

También es importante preguntar por las vías de administración utilizadas y los patrones de consumo.

2. Aspectos sexuales

Existen distintas áreas que es importante explorar con usuarios de chemsex en relación con la sexualidad. Entre ellas es importante evaluar el nivel de conocimiento sobre la salud sexual, así como la influencia de la educación sexual recibida. También puede ser útil indagar en el grado de comprensión que los usuarios tienen sobre el funcionamiento de su propio cuerpo y cómo perciben el placer, el deseo y la respuesta sexual.

Es fundamental examinar las actitudes del entorno respecto a la orientación sexual y la identidad de género, así como explorar las experiencias de los usuarios en torno a las mismas y su posible ocultación.

Así mismo, es pertinente analizar la vivencia de las primeras relaciones sexuales, eróticas y afectivas, incluyendo comportamientos y las emociones que

suscitaron y recuerdos relacionados. Puede ser una oportunidad para valorar la vivencia de la sexualidad en la infancia y la adolescencia y a lo largo de la vida, incluyendo la historia relacional y de posibles parejas. También puede ser oportuno valorar posibles abusos sexuales.

Por otro lado, es necesario evaluar los diversos comportamientos sexuales, como las caricias, la autoestimulación y otras conductas sexuales. También se debe considerar la capacidad para crear fantasías sexuales, así como para expresar sentimientos de afecto y cuidado.

De igual modo, es posible evaluar dificultades relacionadas con el deseo, la excitación, el orgasmo, así como el dolor o el placer durante las relaciones sexuales. Y también cómo el usuario percibe y expresa su sexualidad, ya sea de manera satisfactoria o si existe algún aspecto que le cause estrés y afecte su estado de ánimo.

Finalmente, en este apartado habría que evaluar las distintas percepciones de las relaciones sexuales tanto bajo los efectos de las drogas como sin ellas, las motivaciones para tener relaciones sexuales, las prácticas que resultan más fáciles o menos dolorosas con el uso de drogas, así como las dificultades para mantener relaciones sexuales sin ellas.

3. Uso de aplicaciones de contactos

Es necesario evaluar las conductas específicas que se buscan al usar las aplicaciones, identificar cuáles pueden tener un patrón adictivo, cuáles generan mayores problemas y en qué áreas. Además, resulta útil realizar un análisis funcional que abarque las emociones que se intentan buscar, las sensaciones que se desean evitar al usarlas, también las que surgen al intentar no usarlas, las estrategias empleadas para reducir su uso, y el impacto en áreas familiares, sociales, laborales, económicas o legales de las conductas asociadas a estas aplicaciones.

4. Aspectos sociales

También es pertinente evaluar la repercusión del chemsex en las siguientes áreas: actividad laboral o académica, hábitos y estilos de vida y ocio, vínculos sociofamiliares y soledad, y situación legal del usuario.

5. Otros aspectos

Finalmente, puede resultar conveniente explorar otros aspectos que puedan estar actuando como factores de protección y/o de reducción de riesgos en la práctica del chemsex.

B. Práctica profesional desde la perspectiva de género y enfoque de diversidad sexual e identidad en mayores de 50 años

Como ya se ha indicado, la salud sexual tiene aspectos corporales, emocionales, cognitivos y sociales, entre ellos la orientación sexual o la identidad de género. Una buena salud sexual es indicativa de un alto sentimiento de bienestar, y también de una aceptación a nivel de identidad y del propio cuerpo. Sin embargo, muchas personas del colectivo LGTBI rechazan algunas partes de su sexualidad, o muestran insatisfacción por ellas. Tanto los cánones de belleza, por un lado, como la falta de aceptación propia por el estigma que muchas personas arrastran, por otro, hacen que abrazar el propio cuerpo tal y como es devenga más difícil.

La situación se agrava al tener en cuenta la incidencia de la edad, pues la sexualidad es un tema tabú en estas edades. En el imaginario colectivo se genera una dicotomía en relación con este tema por la cual las personas mayores o bien no poseen sexualidad o bien generan una reacción de rechazo al vincularlas a esta cuestión. Este planteamiento, que implica invisibilizar la sexualidad en las personas mayores, tiene consecuencias negativas para la salud mental de esta población. Entre otros motivos, porque no se ajusta a la realidad. La evidencia empírica muestra que el deseo y la actividad sexual persisten en la vejez y que un porcentaje significativo de las personas mayores sigue siendo sexualmente activo, a pesar de la concepción social.

Y al añadir a estos prejuicios sobre la sexualidad de las personas mayores una identidad de género u orientación sexual no normativa también se complejiza la comprensión del fenómeno, por las características generacionales de las personas LGTBI que hoy se encuentran en esa etapa de sus vidas.

Edadismo

El edadismo es una forma de discriminación estructural que afecta a las

personas por su edad y que impacta negativamente en los procesos de envejecimiento. Este sesgo puede manifestarse en actitudes negativas hacia las personas mayores o en comportamientos abiertamente hostiles que refuerzan estereotipos y complican su día a día.

En relación con la sexualidad, muchas personas sufren de edadismo interiorizado, y las personas mayores del colectivo LGTBI a menudo piensan que no se merecen una vida sexual o que a su edad ya no debería importar su satisfacción sexual. Por otro lado, las personas que aún no han llegado a la vejez juzgan esta etapa, la temen y la llenan de significados negativos. Es frecuente que se retroalimente el estereotipo de que las personas mayores no son merecedoras o capaces de mantener una vida sexual activa, y de esta forma se refuerzan prejuicios edadistas sobre la sexualidad y la vejez.

El miedo o la vergüenza de las personas mayores a la hora de acceder a espacios seguros para las personas LGTBI es otro factor a tener en cuenta. Las distintas experiencias generacionales sobre la sexualidad generan una distancia entre la percepción de lo sexual y el deseo en jóvenes y mayores. Existe miedo a salir por la noche o a la calle y experimentar discriminación por salir en zonas de ambiente, espacios de los que generalmente las personas mayores se sienten expulsadas. Igualmente, por el hecho de que no haya otros lugares en los que estas personas mayores se puedan sentir a gusto consigo mismas, expresando libremente su identidad de género u orientación sexual, puede conducir al aislamiento y a una soledad abrumadora, tal y como se ha detectado desde la propia Fundación 26 de Diciembre.

La salud sexual de las personas mayores

Los factores estructurales que influyen en la salud sexual en tercera edad se pueden resumir en los siguientes puntos, aunque no de forma exhaustiva:

- LGTBIfobia interiorizada.
- Disparidades de salud.
- Impacto en la salud mental.
- Autonomía reducida.
- Nostalgia por lo hecho o anhelo por lo que no se ha hecho en la vida.
- Trauma histórico.

Para poder responder de forma adecuada a estos desafíos es necesario que las y los profesionales que trabajan en las áreas laborales relacionadas con este ámbito posean la capacitación adecuada para abordarlos, necesidad que se ve dificultada por el hecho de que la sexualidad en la vejez sea un tema subestimado y frecuentemente invisibilizado, lo que conduce a falta de información.

Las personas mayores LGTBI se enfrentan a problemas específicos en relación con la vivencia de su sexualidad, porque la discriminación, el estigma y la invisibilidad vividos a lo largo de su ciclo vital pueden afectar su bienestar emocional y físico, y ello es lo que vuelve especialmente necesario que las y los profesionales que les atiendan estén adecuadamente preparados para abordar esta cuestión de una forma respetuosa.

Además, ya que la sexualidad es siempre un aspecto importante del bienestar integral de las personas, independientemente de la edad, ignorar o no abordar adecuadamente las necesidades sexuales de las personas mayores puede tener también un impacto negativo en su calidad de vida y en su salud mental.

Por todo ello, la educación y la capacitación en materia de sexualidad pueden contribuir a la prevención y detección temprana de problemas de salud relacionados, como las infecciones de transmisión sexual, la depresión o la ansiedad. Desarrollar intervenciones educativas individuales y grupales y promover el vínculo entre las personas mayores contribuye a que se sientan libres y cómodas para expresar sus necesidades más íntimas.

Compendio de factores de riesgo y factores de protección

El enfoque de los factores de riesgo y factores de protección se ha establecido como uno de los abordajes más comunes en el campo de la investigación para profundizar en la información que pueden aportar indicios sobre los que basar estrategias de prevención y otras actuaciones.

En relación con el uso de sustancias, existen factores asociados tanto al consumo de drogas como a la abstinencia, como la autoestima o el autoconcepto, el apego en el entorno o la integración social.

Estos factores se pueden agrupar en dos categorías, por un lado, los factores asociados al **individuo**, lo cual incluye las relaciones del propio individuo con su entorno, y que frecuentemente se denominan factores intrapersonales e interpersonales; y por el otro los factores **ambientales** o del contexto.

Entre los factores de riesgo del individuo se encuentra la tendencia a buscar nuevas sensaciones, por ejemplo, experimentando con todo tipo de prácticas sexuales o de sustancias. También es otro factor de riesgo que dentro de las relaciones personales del individuo o en su círculo de amigos sea habitual el consumo de drogas, porque puede crear la percepción de que es una práctica compartida por todas las personas, aunque no sea así fuera de ese entorno concreto.

Por su parte, un factor de riesgo ambiental sería residir en un lugar donde las sustancias se encuentran disponibles con facilidad o donde tienen lugar muchas sesiones sexuales, puesto que ambas cosas son externas al individuo.

En el lado opuesto, entre los factores de protección pueden encontrarse que el individuo no esté en contacto con ninguna otra persona que practique chemsex o que en su lugar de residencia resulte difícil acceder a sustancias.

En base a la literatura existente, una lista no exhaustiva de posibles **factores de riesgo** para la práctica del chemsex es:

- Haber tenido anteriormente un uso problemático de sustancias, aunque no se consumieran con fines sexuales.
- Haber practicado repetidamente conductas sexuales de alto riesgo, incluso tras haber sido diagnosticado en varias ocasiones con infecciones de transmisión sexual.
- Incluir el sexo en grupo como parte de la vida sexual regular.
- Practicar turismo sexual, eligiendo destinos vacacionales motivados por la posibilidad de encontrar gran cantidad de parejas sexuales de diversas procedencias.
- Ser un visitante frecuente de saunas y locales de sexo gay, donde es probable que haya hombres que practican chemsex.
- Usar de manera habitual aplicaciones de geolocalización para encontrar parejas sexuales.
- Tener una percepción inadecuada del riesgo, no estar bien informado sobre los mecanismos de transmisión de ITS o los peligros asociados al consumo de ciertas sustancias, especialmente por vía inyectada.

- Tener amigos o parejas sexuales que ya participan en el chemsex.
- Haber experimentado previamente problemas de salud mental, como depresión o ansiedad.
- Un diagnóstico de VIH o recibir una noticia negativa, como el fin de una relación, puede desencadenar en algunas personas comportamientos que las expongan a situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Mudarse a una gran ciudad o emigrar a otro país puede generar inestabilidad emocional, y la falta de redes personales de apoyo limita la posibilidad de recibir ayuda en caso de involucrarse en un consumo problemático.

Y a continuación se presentan potenciales **factores de protección** para la práctica del chemsex:

- Vivir en una zona rural o urbana apartada de las nuevas tendencias de consumo de drogas o donde sea difícil acceder a estas sustancias.
- No tener contacto ni estar relacionado con personas que practican chemsex.
- No estar acostumbrado al uso de aplicaciones de citas para personas gais.
- No frecuentar saunas ni clubs sexuales.
- Tener miedo o aversión a las agujas y jeringas.
- Tener una gran variedad de hobbies y actividades, manteniendo una vida social activa y diversa, incluyendo vacaciones en distintos lugares.
- Contar con información actualizada y precisa sobre los riesgos asociados al consumo de drogas y sus consecuencias.
- Tener un buen conocimiento sobre los mecanismos de transmisión de ITS y las prácticas que implican riesgo.
- Disponer de una red sólida de apoyo psicosocial y emocional, a la que se pueda acudir en caso de necesitar ayuda o apoyo ante situaciones adversas.
- Aprender e integrar diferentes modos de cuidarse en la convivencia con una o varias enfermedades crónicas.

C. Aproximación general al counselling en salud sexual desde una mirada sexológica como práctica terapéutica

El *counselling* en salud sexual se centra en el bienestar integral de la persona, considerando las múltiples dimensiones de la sexualidad. A través de esta aproximación, se reconoce que la sexualidad no solo abarca aspectos biológicos, sino que también incluye factores psicológicos, sociales, emocionales y culturales. El objetivo principal de esta práctica terapéutica es crear un espacio seguro y libre de juicios, donde la persona pueda explorar, comprender y expresar su sexualidad de manera saludable y satisfactoria.

El rol profesional en la intervención terapéutica

El o la profesional no solo actúa como la persona facilitadora, sino también como un acompañante que guía a la persona en la comprensión de su propia sexualidad. Esto implica escuchar activamente, formular preguntas adecuadas y ofrecer herramientas para que la persona pueda tomar decisiones informadas sobre su vida sexual. En este proceso, el profesional promueve una mirada integradora, que incluye el reconocimiento y respeto de las orientaciones sexuales, las identidades de género y las prácticas sexuales de cada individuo.

Enfoque en la educación sexual y el autocuidado

Desde la perspectiva sexológica, el *counselling* en salud sexual también involucra la educación sobre el cuerpo, el placer, el deseo y las diferentes respuestas sexuales. Este proceso educativo es crucial para desmitificar y normalizar las experiencias sexuales, y para fomentar una relación más positiva y equilibrada con el propio cuerpo. El autocuidado sexual, entendido como la capacidad de tomar decisiones conscientes y saludables en torno a la sexualidad, se convierte en un eje central del *counselling*.

Exploración de emociones y actitudes frente a la sexualidad

Un aspecto fundamental de esta aproximación es la exploración de las emociones, creencias y actitudes que las personas tienen hacia su sexualidad. El o la profesional ayuda a identificar posibles bloqueos, miedos o conflictos que puedan estar afectando la satisfacción sexual y el bienestar general. Esta

exploración permite abrir el diálogo sobre temas que a menudo se consideran tabú o que generan incomodidad, como el deseo sexual, el uso de drogas en contextos sexuales, las relaciones afectivas o los problemas de salud sexual.

El papel del consentimiento y los límites personales

Una mirada sexológica también pone énfasis en la importancia del consentimiento y en la negociación de los límites personales dentro de las relaciones sexuales. El *counselling* en este ámbito busca empoderar a las personas para que se sientan seguras al establecer y comunicar sus límites, al mismo tiempo que fomenta una cultura del consentimiento explícito, donde las decisiones sobre la propia sexualidad se tomen de manera consciente y respetuosa.

Intervención en contextos de chemsex

En el contexto del chemsex, el *counselling* sexológico se convierte en una herramienta esencial para abordar las dinámicas de riesgo y los impactos negativos que el uso de drogas puede tener sobre la salud sexual y mental. El o la profesional debe estar capacitado para manejar los desafíos específicos que surgen de la interacción entre el consumo de sustancias y las prácticas sexuales, promoviendo alternativas más seguras y fomentando el autocuidado. La intervención en estos casos requiere un enfoque no punitivo, centrado en la reducción de riesgos, donde la persona se sienta comprendida y apoyada en todo momento.

D. Testimonios reales de chemsex

Testimonio 1

El usuario colabora actualmente con una entidad de salud sexual realizando acogimientos a usuarios de chemsex que contactan con la organización para solicitar ayuda.

- **Actualmente colaboras con esta entidad, ¿cómo llegaste a ella?**

Decidí pedir ayuda en 2020 o 2021, fui al CAD de Usera, pero no estaban

preparados para atender adecuadamente mi situación, no me podían ayudar y seguían anclados en el estereotipo que yo asociaba con la imagen del «yonqui». También me sirvió como situación de choque, para darme cuenta de lo que podía llegar a convertirme: en un «yonqui». Por eso busqué asociaciones. Las de Madrid no se ajustaban a lo que yo buscaba, mientras que en Barcelona en cambio ponían a la persona en el centro, y no juzgaban.

Hasta que tú no te concieras de que quieres cambiarlo no sirve de nada, si una persona no pide ayuda no la puedes ayudar. En Madrid hay un sesgo basado en «las drogas son malas, así que no te drogues». Por eso llamé a otras asociaciones. En ese momento no se usaba tanto el término, pero vi un documental más o menos en 2020 que hablaba del tema, y me llamó la atención.

- **¿Cómo llegaste al chemsex?**

Empecé a consumir drogas a los 30, porque era una forma de experimentar, de sentir cosas que no sientes cuando estás sobrio.

He visto la evolución de sustancias en el ambiente LGTBI. Al principio eran pastillas, que era más fácil de controlar, y luego llegó el GHB y era difícil de controlar. Recuerdo ver 10 ambulancia en el Orgullo para atender a personas con el consumo, muchas discotecas tenían enfermería.

Antes todos los promotores de fiestas querían a los gais en sus locales, con las drogas que tomaban. Hasta que llegó el GHB, cuyos efectos eran otros, y ya no querían a los gais en sus locales, y se empezó a separar el ocio entre público LGTBI y no. Además, con el GHB te ponías cachondo, y también por eso se empezó a separar a los gais en locales independientes, por ligar. Y también empezaron los sexclub por ello.

Y luego vino la mefedrona, que es una droga más para sexo, porque te pone cachondo. Y los sexclub florecieron. Y luego llegó la tina, que ya no era sólo para consumir en las discotecas. Entonces cerraron los afters, y acabaron floreciendo los *chills*.

- **¿Qué papel tiene las aplicaciones en el chemsex?**

Para mí si daba una calada y entraba en la aplicación ya estaba atrapado, podía estar 6 horas o 10 horas, mirando gente sin llegar a quedar con nadie. Las aplicaciones son uno de los disparadores del consumo. En muchos de los usuarios a los que atiendo veo que sus amigos no saben que consumen

chemsex, lo que supone otro armario más. La aplicación más fuerte es «MachoBB», «Tinder» la más suave, y «Grindr» está entre medias.

En los *chills* no se folla, porque las drogas siempre te dan muchas ganas de algo más, así que se dedica el tiempo a ver quién más puede venir. Puedes tener a 7 chulazos alrededor y en vez de follar con ellos estar pendiente de quien más viene. [...] Con el slam lo que se erotiza es la práctica. Te da morbo el verlo pincharse. Gran parte de la situación es más el ritual del consumo en sí que el hecho de tomar o los efectos que produce la sustancia: ver la raya, ver cómo la preparan... Hay toda una cultura alrededor de esto, con sus propios códigos, lenguaje...

- **¿Qué sustancias se consumen?**

Yo no asocio el chemsex con todas las drogas, sólo con algunas en concreto. Aunque luego en el *chill*, cuando estás, tomas lo que haya, pero de entrada no.

- **¿Cómo se consiguen las sustancias?**

Primero compraba las pastillas a camellos, luego cuando empecé a consumir tina la compraba por internet, aunque decía: «No sé qué me estoy tomando, porque depende a quién le compre me da efectos distintos. Para eso lo compro yo, y además es más barata». [...] La gente no es consciente de los riesgos. Vas a un *chill* y haces lo que hacen los demás.

- **¿Dónde se practica el chemsex?**

Para follar iba al "Ring", a casas no solía ir porque prefiero follar sólo con uno, y en un *chill* hay más gente. En un *chill* puede haber alguien que no me guste, y tampoco quiero sentirme ignorado, que es algo que también que puede pasarme en un *chill*. Y allí si vas sólo a por el que te guste e ignoras a otros les parece mal, pero hacer cosas que no quieres hacer con otros también está mal. Y creo que mucha gente también se acaba desencantando de los *chills* por eso, porque la situación obliga a follar con otros que no te gustan. Y la gente acaba consumiendo sola en su casa. Y por las aplicaciones se comenta mucho: «Ese chico me gustó o tal». En Madrid se hacen muchas sesiones por «Zoom», que es muy adictivo porque está disponible siempre. Y un problema es decidir cuándo terminar la sesión, porque nunca quieres que se acabe, porque luego llega el bajón. Las sesiones a través de «Zoom» pasan más en Barcelona, en Madrid hay más mefe y en Barcelona más tina, porque allí es mucho más barata.

- **¿Se produce el chemsex en otros lugares?**

Yo hago acogida a usuarios de todas las ciudades, pero ya está generalizado en todo el país. En Valencia tienen una sustancia propia, el alfa. De otras ciudades me han llegado desde los últimos dos años o menos. El hecho de que alguien tenga droga le hace más atractivo, y era caro comprar tina. Por eso si invitas tú a la droga te puedes tirar a quien quieras, a tíos increíbles. Entonces te preguntas: «¿Está conmigo porque le estoy invitando, le gusta yo o es porque tengo droga?».

[...] Yo he atendido a un actor porno que le ponía sentirse como una mierda cuando está colocado. Nunca lo haría cuando está sobrio, pero drogado sí. Yo pedí ayuda porque vi que o pedía ayuda o no conseguiría salir. Y gran parte de mi entorno no sabía que consumía tina, no se lo conté porque sabía que me iban a juzgar. También tuve alucinaciones.

- **¿Se utilizaban métodos de prevención en el chemsex?**

A mí me daba morbo follar sin condón, pero luego me comía la cabeza pensando: «¿Por qué lo he hecho?» y tal. En 2016 di positivo en VIH, y fue casi como una liberación. La PrEP ha cambiado mucho las cosas, porque antes había que hablar de si usabas condón o no, y era un tema muy incómodo del que hablar. No había acuerdos previos casi nunca, y ahora en cambio está generalizado el uso de la PrEP, así que directamente no se habla porque se da por sentado que no hace falta. [...] Yo no podía evitar el no usar condón, porque me daba morbo. Esto me pasaba en el «Ring».

- **¿El chemsex afectó a tu vida cotidiana?**

El chemsex te aísla, con él no puedes cumplir horarios, porque las sesiones se alargan, te olvidas de comer, y no puedes quedar con gente. Por eso la pandemia fue un bum para el fenómeno. Vas quedando con menos gente; y por eso una vía para recuperarse del chemsex es volver a recuperar contactos sociales. Cuando ya no consumes, durante el bajón, piensas: “¿Por qué lo he hecho?, que mierda todo”, y aparece la culpa. Para aliviar ese malestar tomas otro poco.

- **¿Has visto situaciones de violencia en el chemsex?**

En un *chill* he escuchado decir: “Dame más G de lo normal y luego invitas a quien quieras para que me viole”. Durante las sesiones, a mí me pidieron cosas de dominación, pero a mí no me pone nada. Pero me lo pedían un montón. Yo

no he visto violaciones.

- **¿Cómo te influyó la edad?**

La edad fue uno de los motivos que me llevó a pedir ayuda, ver que en los *chills* los chicos eran más jóvenes que yo, y si era sostenible ver cómo enfocado el consumo y la sexualidad.

En los *chills* sentí que jovencitos me decían: «Drógame tú, házmelo tu». Y me preocupó que estuviera transmitiendo algo malo a los jóvenes, no quería ser el que les iniciase en ello. Podría ser que al parecer mayor transmito más confianza, o que da más morbo. Porque la tina transmite lo de: «Haz lo que quieras conmigo».

- **¿El chemsex era un problema para ti?**

Yo antes no había tenido problemas chungos con drogas, pero con la tina sí que noté la adicción, y pensaba en consumir. Eroticé la droga. Tengo un miedo atroz a las agujas, y también lo eroticé. No lo podía evitar. Y había cosas debajo del consumo, creo que siempre hay algún dolor, algún malestar que la droga te alivia o soluciona. En mi caso era falta de autoestima.

Hay como una presión para tener que estar dispuesto a follar siempre, y yo no tenía ganas siempre, pero la droga te da esa opción. Y si tienes tina te puedes tirar a quien quieras, a alguien que normalmente te parecería que no va a querer acostarse contigo. Si tú crees que no tienes posibilidad de follar con alguien, con la droga lo tienes. Lo que más me ha costado ha sido volver a aprender a follar sin drogas.

- **¿Qué lleva a una persona a buscar ayuda?**

Yo tenía unos 45 años cuando pedí ayuda. Me di cuenta de que llevaba mucho tiempo sin follar sobrio, sin haber tomado droga. Iba todos los viernes al «Ring» como rutina. Aunque no fuese con ganas de follar, tomaba tina y ya me apetecía. Y pensé: «¿Cuándo tenga 65 tendré que tomar mefe para follar?». Decidí pedir ayuda al pensar de cara al futuro. También sentí que, en los *chills*, yo era mayor, o que los demás eran más jóvenes.

Creo que la tina es ingestionable, que con ella acabas teniendo problemas en algún momento. Llevaba 20 años sin echar un polvo sin tomar nada, porque el cuerpo no lo pedía, porque el cuerpo estaba acostumbrado a follar siempre con drogas. Aunque un tío que me gustase me dijese de follar no podía hacerlo sin

drogas. Fue uno de los motivos para pedir ayuda. Y lo más difícil de la recuperación es que el cuerpo vuelva a tener excitación sin drogas.

Desde la intervención clínica no se entienden estas circunstancias, y no lo pueden abordar. Y esto pasa más en Madrid, el hecho de sentirse juzgado por los médicos, y que lleva a no comentar esta situación con ellos. Si el médico te pregunta qué consumes no se lo cuentas porque entonces te echa la charla, así que no se lo cuentas. El médico no piensa que la persona lo haga porque tiene un malestar o porque tiene problemas psicológicos. En Madrid hay un rollo paternalista, y culpabilizador.

- **¿Por qué crees que se produce el chemsex?**

Drogarse no es tanto la enfermedad sino el síntoma. Cuando se consume hay algo detrás. Cuando has decidido pedir ayuda, la recuperación es un proceso, y eso es algo que las personas que han pedido ayuda tienen que entender. La metáfora es: igual que cuando aprendes a andar, te caes un montón de veces, cuando estás en el proceso, te vas a caer; porque ese malestar sigue ahí detrás, aunque haya consumo. Y es ese problema de dentro es el que hay que aliviar, el que hay que atender antes de solucionar la situación de consumo. Esos problemas pueden ser homofobia interiorizada, maltrato familiar... Y el chemsex es una vía de escape.

Las recaídas van a ser parte del proceso. Lo que puede hacer el usuario con ellas es usarlo para reafirmar que eso no es lo que quiere. Pero tener una recaída no significa que el proceso que haya hecho la persona antes de la recaída no haya servido de nada, ni que lo tiren a la basura. Pero a los usuarios a los que yo atiendo les cuesta mucho reconocer los avances que hacen.

- **¿Qué crees que puede ser útil para usuarios de chemsex?**

Las asociaciones son un espacio súper necesario donde a los usuarios no se les va a juzgar, porque pueden no haberlo hablado con nadie. Si no has pasado por ello es difícil entender muchas cosas, se sienten muy agradecidos si quien le atiende ha estado ahí.

[...] Yo tenía el problema de fondo de la autoestima, me sentía acomplejado por ser pelirrojo, rezaba en el baño para pedir cambiar, consideraba que yo era menos, y que no le iba a gustar a nadie. Y las drogas no fueron un problema hasta que empecé a tomar tina. Me sirve mucho saber que mi experiencia le puede servir a alguien, que puede servir para algo bueno.

- **¿Hay algo que quieras añadir?**

Ha muerto gente, el sistema no es consciente de la magnitud de problema. Hace falta trabajar más. Los que están en chemsex creen que todos los maricones se drogan, en realidad los que se drogan son una minoría.

Testimonio 2

- **¿Cómo llegaste al chemsex?**

La primera vez fue en 2021, con un chico con el que contacté a través de una aplicación y que vino a mi casa a follar. Era guapísimo. El chico vio que yo tenía en casa *popper* y hachís, así que sacó mefe, y ahí fue cuando la probé por primera vez.

- **¿Qué papel tiene las aplicaciones en el chemsex?**

Yo usaba sobre todo «MachoBB», porque te gusta que te escriban y te gusta sentirte deseado. Empecé a utilizar las aplicaciones porque los bares gays me aburren. Me parece que antes, cuando era ilegal, en los bares se iba más a saco, se follaba más directamente y se acabó. Y ahora en cambio hay que quedarse mirando a la otra persona, esperar a que la persona te devuelva la mirada, y es un juego demasiado largo. Y además se prohibió fumar, y antes con un porro me ponía cachondo, y ahora hay que salir a hacerlo a la calle y se me corta el rollo.

También he quedado con tíos de las aplicaciones a los que ya conocía antes en persona. Como uno con el que había follado hace dos años, y que estuvo en casa hace poco. No está tremendo, pero me da morbo. Este chico estuvo en casa tres días después de que probara la primera mefe, y el chico se pinchó, así que decidí probarlo también. Y fue un gustazo. Sentí una sensación por toda la médula espinal que fue un gustazo enorme. De hecho, me asusté de lo mucho que me había gustado. Y este chico me metió muchísimo, porque me metió hasta la raya 3. Aunque después de esa sesión estuve dos días sintiéndome destrozado, sobre todo al día siguiente. Esto me pasó hace 3 años.

- **¿Qué sustancias se consumen?**

Hasta entonces sólo había probado pinchada la ketamina, y en el músculo, porque daba más sensación, y daba una sensación como de estar en la alfombra de Aladino. El efecto de la mefe es que la sensibilidad de tu cuerpo se reduce a

las partes que están en contacto con el otro.

El mismo chico que me pinchó por primera vez, y que empezó a pasarme mefe, una vez me metió keta sin avisar, me di cuenta porque la sensación fue distinta. Eso lo viví como una traición, y después de eso le bloqueé en la aplicación.

- **¿Cómo se consiguen las sustancias?**

Por internet. Cobraba por las drogas a los chicos, una parte, que ellos pagaran una parte. He tenido de todo en casa. Y no me canso nunca, para mí estar una hora follando es poco. Por eso me gustaba la mefe, porque hace que pueda estar horas y horas follando.

- **¿Dónde se practica el chemsex?**

Yo en casa, prefiero quedar con los tíos de uno en uno.

- **¿Se utilizaban métodos de prevención en el chemsex?**

Estando colocado, estando bajo los efectos de la droga, he llegado a hacer de todo, a sentir el morbo extremo. Y entre otras cosas hacía cosas como pincharme con la misma aguja.

En diciembre de 2023 en una sesión lo tomé por la nariz y después de eso tuve una neumonía, así que ahora no sé si volver a hacerlo. Y no quiero pincharme porque me da miedo que el corazón no me aguante. Ahora tengo más miedo a las consecuencias después de haber pasado un mes en el hospital. Aunque me recupere del todo del ingreso no sé si volveré a hacerlo.

- **¿Cómo te influyó la edad?**

He quedado con tíos de todas las edades, lo más importante para mí es que haya buena comunicación, y sobre todo los besos, sobre todo los besos.

- **¿El chemsex era un problema para ti?**

Fui a hablar con mi médico, que tengo mucha confianza con él, y le conté lo que había hecho. Y le dije textualmente que no podía prometerle que no lo fuese a volver a hacer. Y mi médico me dijo que podía seguir.

Ese mismo chico que me pinchó por primera vez fue también el que empezó a pasarme mefe. En ese momento tenía un novio, y hacíamos tríos. Pero a mi

novio no le gustaba pincharse, sólo la tomaba por la nariz. A mí por la nariz ya no me gusta, porque la sensación más intensa de subidón sólo me la da el pincharme.

- **¿Hay algo que quieras añadir?**

Creo que es importante la homofobia que he sufrido a lo largo de mi vida para entender lo de después. Lo peor que recuerdo de cuando era joven es la culpa.

Testimonio 3

- **¿Cómo llegaste al chemsex?**

Mis primeros contactos con drogas fueron con 22, 23 o a lo mejor 25. En ese momento fue éxtasis y cocaína. Pero entonces lo hacía de fiesta, cuando salía a bailar o a una discoteca. Y un poco después de eso llegó a Barcelona el primer club de sexo. Allí fue la primera vez que junté drogas con sexo. En esa época no había *chills* todavía, consumía drogas en la discoteca o en el club de sexo. O, cuando salía de la discoteca, en la sauna.

- **¿Qué papel tiene las aplicaciones en el chemsex?**

Yo antes iba al club de sexo y desde ahí nos íbamos a una casa, como a las 3 de la mañana. Ahora en cambio con las aplicaciones puedes contactar directamente con la gente sin necesidad de ir a un local antes. Yo no solía montar *chills* en casa, prefería ir a otras casas, porque luego tienes que limpiar y es un coñazo. Pero hay gente que en cambio prefiere que vayas tú a su casa y así no tiene que desplazarse.

Cuando tú estás en una casa, y hay ahí 3, 4 o 5 tíos, ya te lo pasas bien. No entiendo la necesidad de buscar más gente, ni de estar todo el rato con el móvil, ese ansia lo provocan las drogas, el ansia de ver fotos. A veces me he encontrado en esa situación y entonces yo decía: "O estamos a lo que estamos o yo me voy". O sea, en lo que querías y sólo quieres más.

- **¿Qué sustancias se consumen?**

Con el tiempo las sustancias han cambiado. De tomar droga me pasé al éxtasis, y de ahí a la ketamina, y después al GHB. Aunque el GHB no me gusta. Hubo un antes y un después con las anfetaminas. Ahora yo llevo 4 o 5 años sin consumir metanfetaminas. Lo he dejado por los bajones que me daba, porque eran

horribles, y me daba paranoias. La metanfetamina te quita el cansancio, y por eso no paras nunca.

- **¿Cómo se consiguen las sustancias?**

Cada uno pone sus drogas, pero a veces hay «vaciabolsas». Hay gente que no lleva ni Aquarius. Yo a veces compartía, pero en general cada uno tenía que traer lo suyo. Cuando hay sustancias entonces parece que la quedada se hace más para consumir que para follar. A veces pesa más el *chem* que el sex.

- **¿Dónde se practica el chemsex?**

Creo que el ayuntamiento de Barcelona tuvo mucha responsabilidad en que el sexo con drogas se desplazase a los pisos, porque el ayuntamiento cerró los *afters*. Y eso hizo que, al salir de la discoteca, a las 5 de la mañana o a las 6, y no quedaban más lugares a los que ir. Y después ya la gente pasaba a ir sólo a los *chills*, y ya no iba ni a los bares ni a las discotecas. Porque puedes montar un *chill* en tu casa y esperar que la gente venga, no tienes que socializar y se pierde la socialización.

Y el siguiente paso del aislamiento es que la persona se quede sola en su casa, conectado a través de la webcam, y haciendo una videollamada de «Zoom». Es una forma de que la sesión no termine nunca. Y la persona puede pasarse el fin de semana entero haciendo esto. Así no te contagias de nada. Pero al no ir a ningún sitio no te relacionas con nadie. Y empiezas a aislarte.

- **¿Has visto situaciones de violencia en el chemsex?**

El chemsex es consentido, si hay violencia entonces no es chemsex.

- **¿Cómo te influyó la edad?**

Yo iba con gente de mi edad.

- **¿El chemsex era un problema para ti?**

Yo he podido controlar el chemsex. A veces he tenido momentos malos, pero nunca me he sentido atrapado. Cuando he consumido drogas ha sido porque he querido. También he ejercido trabajo sexual.

Yo hago chemsex porque mola, porque me mola mucho. Yo no lo hago porque tuviese problemas de joven, ni traumas. Yo, y muchos, buscamos el derecho al

consumo. Aunque es muy difícil tener una buena gestión del consumo. Yo tengo una vida normal. Tengo mi sesión cuando quiero, luego tengo el bajón y luego sigo trabajando, con mi vida.

Testimonio 4

- **¿Cómo llegaste al chemsex?**

Llegas al chemsex porque alguien te lo propone. La primera vez nos metemos las rayas en el bar, y la siguiente ya directamente en la casa. Al chemsex llegas con curiosidad, crees que lo vas a controlar. Yo lo pasé mal durante la pandemia.

Yo empecé a drogarme como hacia los 32. Con el diagnóstico del sida dije: «Ya total, vamos a probar drogas». Al principio consumí coca, éxtasis, cosas esnifadas. Y lo hacía al salir de marcha, o en un encuentro gay internacional.

- **¿Qué papel tiene las aplicaciones en el chemsex?**

El chemsex funciona gracias al combustible de las aplicaciones, las aplicaciones permiten que: «Quedo para drogarme y para follar». Pero una vez que conoces a alguien le propones quedar en casa directamente. Había un par que conocía de antes, pero a muchos les conocí por aplicaciones.

- **¿El chemsex afectó a tu vida cotidiana?**

Cuando eres un adicto del chemsex, si tienes una sesión el viernes que dura hasta el domingo, te pierdes el cumple de tu madre o a tus amigos, empiezas a perder redes sociales. Porque tienes resaca o porque sigues en sesión. Como estás cansado no vas al gimnasio, por lo que además tu cuerpo se resiente. Y la droga es cara.

Uno de los problemas que tenemos las personas que hemos hecho chemsex es aprender a disfrutar otra vez del sexo sobrio, porque hasta los preliminares son distintos. Nos quedamos en gayumbos, y nos preparamos una raya mientras vemos porno.

- **¿El chemsex afectó a tu vida cotidiana?**

Yo hago una sesión al mes o mes y medio. No me pincho, lo hago en vacaciones y no afecta a mi vida profesional porque es vacaciones. Para mí ha sido clave

dejar la aguja, me da fuerza moral, la resaca es mejor, el gasto económico es menor.

El año antes de la pandemia, estaba de baja en casa, ahí hubo semanas de quedar todas las tardes. Pero tras la pandemia volví al trabajo y se cortó todo. Ahí era sobre todo *slam*, pero paré porque me estaba destrozando las venas.

- **¿Cómo se consiguen las sustancias?**

Yo propongo directamente compartir, porque no es una cuestión de dinero, estar con un tío porque le estoy pagando no me da morbo. Alguna vez lo he hecho, pero no me gusta. Y Madrid está lleno de chicos migrantes, sin dinero. Yo no soy el perfil estándar.

Hay personas que dicen: "Tengo muy claro que quedas para follar, no para drogarte". Y para esas es más fácil manejar la situación. Y hay personas que al final quedan para drogarse, y follar es la excusa. Y llegan, se meten la raya, y no quieren follar porque quieren disfrutar el colocón. Yo si lo hago es por el sexo, no por las drogas.

- **¿Dónde se practica el chemsex?**

Yo prefería que vengan a mi casa porque tenía sitio, y más porque si no tengo que ir con una maleta. Pero hacerlo en tu casa tiene el riesgo de que te roben, de que aprovechen que has doblado para violarte. Yo solo quedo con uno, u otros dos si el otro es amigo. Si hay 8 personas no sabes si van a robarte.

- **¿Se utilizaban métodos de prevención en el chemsex?**

Si sois dos, es fácil controlar las jeringuillas. En un grupo de 6 las jeringuillas se acaban, y empiezan a reciclarse. Es difícil controlar. Coges las viejas, les pones alcohol, las reutilizas. O compartir juguetes.

- **¿Has visto situaciones de violencia en el chemsex?**

Nunca he visto violencia. Lo que sí he visto es una paranoia muy desagradable o gente que dobla. Las sesiones son muy largas, no estás todo el rato, en los momentos de bajada hablas. No he hecho nunca colocado algo que no hubiera hecho sin estar colocado. Y hay gente que nunca ha follado sin estar colocado.

- **¿Cómo te influyó la edad?**

En mi caso asumen que por ser mayor voy a tener casa y demás. Consigo muy

pocos de 45 para arriba, que son los que me encantan. En la mayoría de las aplicaciones sólo hay gente joven. En *Grindr* tienen 22, en *MachoBB* 35, y en *Scruff* 45.

Me dicen frases como: "Papá ya tengo", "No quiero abuelos", "Vieja de qué vas". Yo llevo muy mal la violencia, pero mi autoestima sufre lo justo. Por eso ahora voy más a bares de nuevo. La gente mayor esta menos en las aplicaciones.

- **¿El chemsex era un problema para ti?**

¿Qué riesgos tiene el chemsex? De salud, los conocidos de las drogas; el slam, accesos... El *slam* es más adictivo, porque el primer subidón es brutal. Estuve 2 meses sin chemsex, luego 5 meses con chemsex, y ahora otra vez sin. Ahora sólo pensar en ello el cuerpo ya se me activa.

Cuando te niegas al slam las oportunidades son menores, porque mucha gente no quiere. El *slam*, el *fist* y el *scat*, si te gusta, sólo te gusta eso. En el *slam* es fácil que te acabes pinchando mal, porque un *slam* son 4 o 5 pinchazos, y en los últimos ya no controlas y no te los pones bien. Y cuando luego voy al médico, te da mucha vergüenza.

El *slam* te da el subidón los primeros 3 minutos, luego lo que te da lo puedes conseguir con otras drogas. Pero recordando el pincho te pones cachondo y con una raya no. Mucho es más el ritual que la sustancia, ver la raya, ver cómo la hacen, hay toda una cultura alrededor de eso, con códigos, lenguaje...

También te dan paranoias: «Me voy a morir, tengo una aguja dentro...». O el coma del G. O mentales... La transmisión de ITS... La sensación de culpa... Hay prácticas que no te atreves a hacer, pero en chemsex sí: *voyeurismo*, relacionadas con la sangre, tatuajes...

Y hay 3 tipos de usuarios: el que quiere la abstinencia, el que tiene un consumo problemático, y el que quiere una práctica de riesgo controlado o de reducción de riesgos.

- **¿Qué lleva a una persona a buscar ayuda?**

Los que piden ayuda tienen cuarenta y tantos, cincuenta. Creo que los mayores son más conscientes, tienen más cuidado. Un joven guapo cree que puede con todo. Yo no pedí ayuda. Yo vi por donde me llevaba el *slam*, y tuve muy claro que fue el momento de dejarlo. Y estuve 15 meses sin pincharme. Puedo controlarlo.

El manejo de tus perfiles es muy importante a la hora de reducir el daño. En general no afectó a mi trabajo o reuniones de amigos, aunque sí hubo alguna reunión a la que no fui. Pero sí hubo algún mes que llegué justito a fin de mes. Pero el tema de las venas fue lo que realmente me mató.

Mi relación con las drogas fue muy tardía, muy fría, y muy esporádica. Puedo tener droga en casa y no consumirla.

- **¿Por qué crees que se produce el chemsex?**

Por la sensación de colocón, estar colocado, que hace el sexo mejor. [...] Con el chemsex puedes cumplir las fantasías, y eso es lo peor que te puede pasar: violación, *scat*, *fisting*... Algo como la pedofilia, se puede imaginar, pero es un riesgo. Y la fantasía de *bugchearse*: «Vamos a compartir el bicho».

Motivos por los que se hace: por problemas de autoestima, por tener cuerpos no normativos, por la edad... Aunque no cumplas esos cánones puedes acostarte con tíos que están buenísimos, por las drogas que nosotros tomamos y las que toman los de alrededor.

Otro motivo es el auto estigma: activos que sólo son pasivos si se colocan, porque si eres pasivo eres más maricón. También por problemas para relacionarte, por autoestima, si eres más viejo o más feo. Te dicen: «Eres viejo, pero si me das 2 rayas sí que follo contigo».

- **¿Qué crees que puede ser útil para usuarios de chemsex?**

No sabemos mucho sobre tratar adicciones a sustancias, así que se tratan muy mal. Las citas en los CAD se dan cada mucho tiempo, y los profesionales son de drogas, cuando el chemsex tiene un componente de afectos, de autodestrucción... que no es común al resto de drogas, y eso, que es lo que motiva a entrar en ello, no se trata en los CAD.

No sabemos qué podemos hacer, hay que dar mucha formación, no culpabilizar a la persona. Bastante se culpabiliza uno todos los lunes. Hace falta que los recursos sean fáciles y accesible. Y separados de los recursos de drogas. Porque en los recursos de drogas se tratan las sustancias habituales, pero en chemsex no se utilizan las sustancias habituales, aquí es G, Popper y tina. Y en los CAD es cocaína y otras.

Y deben tener en cuenta el factor social, el factor cultural lo tienen que aprender. Incluso ni siquiera deben ser los mismos recursos físicamente, porque

no tiene nada que ver.

Tampoco sabemos cuántas personas hay en ello. Cuando alguien contacta con una entidad es porque ya está muy mal, son los que peor lo llevan: migrantes sin papeles, sin información previa... Hace falta mucha atención psicológica.

Yo no estaría cómodo contándoselo a alguien que no lo ha vivido. No hay muchos grupos autogestionados, solo dirigidos por profesionales, creo que sería bueno uno de usuarios. Yo creo mucho en los grupos de autoapoyo, cuando le dices a alguien lo que vas a hacer te comprometes más, y más si es un grupo con el que sientes que les vas a rendir cuentas.

- **¿Hay algo que quieras añadir?**

Consejos. Lleva el dinero justo; la sustancia que tú tomes, de tu camello y siempre el mismo; ponte una hora, una alarma; dile a alguien dónde vas o que incluso te llame; si te vas a inyectar, que haya jeringuillas limpias o todo el material, no compartir; el móvil con batería; y hacer balance: con quién estuve, disfrutamos los dos o él venía a colocarse, después de la raya se le bajó y sólo quería meterse, te metió a más en casa, no se fue hasta que se acabó toda...

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballesteros López, J., Molina Prado, R., Rodríguez Salgado, B., Martín Herrero, J. L., & Dolengevich Segal, H. (2016). Mefedrona y chemsex. Análisis descriptivo de una muestra de pacientes en Madrid. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(4), 289-300.
2. Becoña Iglesias, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
3. Curto, J., Dolengevich, H., Soriano, R., & Belza, M. J. (2020). Documento técnico: Abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. Madrid: Ministerio de Sanidad.
4. Curto, J. y Martín, L. (2024). Guía rápida de abordaje del chemsex para profesionales sanitarios.
5. European Chemsex Forum. (2016). Forum report.
6. European Commission. (2017). State-of-the-Art Synthesis Report: State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTBI people.
7. Estudio HOMOSALUD. (2021). Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (Chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBSHS) de España.
8. Fernández-Dávila, P. (2016). "Sesión de sexo, morbo y vicio": Una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. *Revista Multidisciplinar del SIDA*, 4(7), 41-65.
9. Fernández-Dávila, P. (2016). «Chemsex in the sauna»: An ethnographic study on the use of drugs in a gay sex venue in Barcelona. *European Chemsex Forum*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1895.7205>
10. Fernández-Dávila, P., et al. (2017). ChemSex: Motivos para consumir drogas y tener sexo en hombres gays y bisexuales de la ciudad de Barcelona. XLIV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Oviedo.
11. Garin, N., Zurita, B., & Velasco, C. (2017). Impacto clínico del chemsex en las personas con VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 5(11), 21-31.

12. Grupo de trabajo sobre chemsex – Plan Nacional sobre el Sida. (2020). Preguntas y respuestas sobre chemsex. Ministerio de Sanidad.
13. Heidari, S. (2016). Sexuality and older people: A neglected issue. *Reproductive Health Matters*, 24(48), 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.011>
14. Instituto Navarro para la Igualdad. (2023). Envejecer con orgullo: Estudio sobre las personas mayores LGTBI+ en Navarra.
15. La Academia de Geras. (2024). Conexiones intergeneracionales. Fundación 26 de Diciembre. <https://academiadegeras.com/salud-sexual/>
16. Ministerio de Sanidad. (2020). Abordaje del fenómeno del chemsex. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.
17. Ministerio de Sanidad. (2020). Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): Resultados en España.
18. Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación*, 45-60. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva.
20. Osorio-Merchán, M. B., & López Díaz, A. L. (2008). Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*, 17(4), 266-270. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962008000400010>
21. Pérez, I., Iniesta, C., González, A., Belza, M. J., Fuentes, J., & Curto, J. (2020). Recomendaciones de expertos para la mejora del manejo del abordaje integral del fenómeno del chemsex en España. Merck Sharp & Dohme.
22. Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Paidós.
23. Sánchez-Sánchez, F., et al. (2013). La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: Habilidades y actitudes. *Semergen*.
<https://doi.org/j.semereg.2013.06.006>

24. Soriano, R. (2017). El chemsex y sus vínculos con el uso de aplicaciones de geolocalización entre hombres que tienen sexo con hombres en España: un análisis etnográfico virtual. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 11(5), 8-20.
25. Souza, E. V., Cruz, D. P., Silva, C. S., Rosa, R. S., Santos, G. S., & Sawada, N. O. (2021). Association between sexuality and quality of life in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55.
26. Stop Sida. (2020). Manifiesto de la Comisión ChemSex Support - ChemSex.info. <https://chemsex.info/manifiesto/>
27. Stuart, D., & Weyman, J. (2015). ChemSex and care-planning: One year in practice. *HIV Nursing Journal*, 15(2), 24-28.
28. Viñas Llebot, H. (2001). Entrevista clínica y sexualidad. *Matronas Profesión*, 4-8.
29. 2nd European Chemsex Forum. (2018, 22-24 de marzo). 2nd European Chemsex Forum.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

26

Fundación
Veintiséis de Diciembre

www.fundacion26d.org