

APOYO EFICAZ A PERSONAS USUARIAS DE CHEMSEX

UNA GUÍA PARA LA RED DE APOYO



CRÉDITOS

Dirección del proyecto

José Miguel Saucedo Aguilar, Psicólogo sanitario y sexólogo

Coordinación general

Abelardo Castro Agudo

Diseño gráfico e ilustración

Estanislao Guillén Ríos

Equipo técnico de elaboración de contenido

Barahona, Serena

Checa Azaustre, María Isabel

González Ramos, Laura

Luque Sayago, Víctor Manuel

Montenegro Caicedo, Miller Daniel

Ortiz Haro, Adriana Paula

Portillo Condán, Raúl

Rubiano Gómez, Antonio Jesús

Sánchez Fernández, Nuria

Revisión clínica y científica

Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA)

Agradecimientos

A las personas usuarias y exusuarias de chemsex, así como a quienes forman parte de sus redes de apoyo, por su participación y aportaciones fundamentales en la elaboración de esta guía.



Esta guía es un proyecto de Adhara Asociación VIH/sida con la colaboración del Programa de Becas de Gilead Sciences



"Que no me traten solo como alguien que consume." ❤️

09:48 ✓

Valoran que la relación continúe con naturalidad y que su identidad no quede reducida al consumo.



"El control constante no ayuda." ✨

09:48 ✓

La supervisión excesiva, los interrogatorios o la desconfianza suelen generar distancia y dificultar la comunicación.

"También entiendo que quienes me apoyan tienen límites." ❤️

09:48 ✓

Reconocer que la red de apoyo puede necesitar descanso, información o ayuda profesional también forma parte de un acompañamiento saludable.



"No quiero sentir que soy una carga para quienes me quieren."

09:48 ✓

Muchas personas expresan miedo a decepcionar o a generar sufrimiento en su entorno.



"Preguntar qué necesito ayuda más que asumirlo."

09:48 ✓

Las preguntas abiertas sobre sus necesidades concretas suelen ser mejor recibidas que los consejos o soluciones no solicitadas.



"Escuchar sin juzgar marca la diferencia."

09:48 ✓

La posibilidad de hablar de lo que ocurre sin miedo al reproche facilita que puedan compartir su experiencia.



"El apoyo es más útil cuando se mantiene en el tiempo."

09:48 ✓

No solo en los momentos críticos, sino también durante todo el proceso y especialmente en las recaídas.



"Agradezco que sigamos haciendo cosas normales."

09:48 ✓

Actividades cotidianas compartidas ayudan a reconectar con aspectos de la vida fuera del consumo.



"Que respeten mis límites y mi privacidad."

09:48 ✓

Hablar de la situación con otras personas sin su consentimiento puede vivirse como una pérdida de confianza.

Una de las pocas recompensas que conservo de aquel paseo de seis años por los infiernos es que, casi sin darme cuenta, se me han multiplicado los cumpleaños. El clásico, el día en el que cualquiera recuerda su irrupción involuntaria en este mundo, fue y será siempre en junio. De las nuevas adquisiciones, la primera muesca en el calendario es el 9 de mayo en recuerdo de una madrugada, la de 2020, en la que todo se nubló y opté por claudicar. Como el mal soldado que siempre fui, intuí que el enemigo había cercado mi castillo y elegí una rendición heroica: inmolarme sin negociar. La tercera fecha que celebro es el 3 de septiembre de 2023: el último episodio, el último desconocido, la última mesa espolvoreada de trazos blancos sobre fondo marrón, la última resaca corrosiva, el último deseo de autodestrucción, la primera vez que balbuceé un "nunca más" y, esta vez sí, resistí para no traicionar la promesa apenas un fin de semana después.

Las dos primeras fechas no tienen mucho mérito. Naces, o te nacen, que dirían los clásicos, sin más secreto. De la siguiente me alegro enormemente, porque ahora que lo pienso habría sido una faena dejarse morir sin ver a España coronarse de nuevo en Eurovisión o al Betis pelear la Champions, algo que más pronto que tarde acabará por suceder, o al menos eso espero... Broma macabra al margen, lo que realmente me reconcilia con mi propio yo y con todo lo que aún gravita a mi alrededor tras aquella durísima travesía es la última de las tres, la que certifica que todo acabase.

"Con sólo un hombre decir no quiero, tembló Roma", susurra Kirk Douglas a Tony Curtis en el metraje final de 'Espartaco'. Despegarse de la adicción y gritar 'no' cuando una mano extraña te acerca una bolsita minúscula con veneno debería ser algo tan sencillo como el hilo argumental de la obra maestra que filmó Kubrick. Bastaría entonces con autoafirmarse y rebelarse contra lo que te esclaviza, te somete y te anula con un poder irracional. No funciona así, hay una enorme diferencia: en el cine todo fluye porque eres espectador y el esfuerzo lo asume otro. Comes palomitas mientras el tipo de la pantalla se desangra y no pasa nada, es ficción. En la vida real, la tuya y la mía, el dolor desgarrar en primera persona.

Recuerdo dónde sucedió por primera vez, cómo y con quién, pero me ha costado la travesía eterna de toda una década encontrar respuestas válidas a la pregunta clave, la auténtica pasarela de entrada y salida del laberinto: por qué lo hice. Por qué 12 horas de desenfreno con alguien que de noche te promete amor eterno y con la luz del sol desaparece compensa mentir tanto, a borbotones. A tu familia, a tus amigos, a tu expareja, incluso a tu perro... y a ti mismo. Por qué someter cuerpo y mente a un castigo tan extremo no es un argumento tan contundente como para dejar de reincidir.

Por qué conduces camino de cualquier antro al que has sido convocado susurrándote "no lo hagas, da la vuelta en el primer desvío, esto te va a matar", pero acabas yendo. Por qué creer, hasta el autoengaño, que la fiesta prolongada del viernes al sábado amortiguará el grito de alarma de la soledad, el vacío asfixiante que te paraliza y las inseguridades que nunca se irán. Afloran de nuevo cada domingo por la tarde, cuando el show ya no encuentra fuerzas ni dinero para continuar. Por qué tarde o temprano acaba sucediendo. Justo cuando el disfrute se vuelve tormento toca parar, pero no es sencillo. No es plato apetecible confesar a gente que te intuye perfecto que la imagen de chico ideal que proyectas es una mentira descomunal. Gritas a oscuras pidiendo ayuda, pero los remordimientos, la culpa y el pánico al juicio sumario del mundo exterior imponen una losa de silencio. No es fácil abrirse en canal para confesar que cuando te creían en el cine, saltando en un concierto o en una inocente reunión de excompañeros de facultad en realidad estabas deslizándote por una pendiente secreta de sexo y drogas, drogas hasta el desfase, con el terremoto de estereotipos que esas dos palabras desatan cuando se combinan en la misma frase.

"Estoy aquí, contigo", me repitieron con versiones parecidas mi hermana, mi expareja y un entonces amigo que también vivía ajeno a mis tinieblas y que hoy es la persona que me sostiene y con la que quiero compartir todo lo mucho y bueno que quede por llegar. Ha sido una de mis mayores recompensas. El entorno es la base sobre la que reconstruir, y os van a necesitar. No creo que exista un recetario mágico con el que rescatar a alguien de su tsunami interior, aunque sí patrones comunes. El principal quizás sea entender que no hay vicio ni depravación, sino una vía de escape a demasiadas carencias. Las que sean, qué más da, pero la vía de fuga necesita ser taponada. También conviene comprar allí donde lo vendan un bono infinito de paciencia porque el enemigo se ha rearmado hasta los dientes y va a pelear su derrota. El enemigo es siempre la droga, nunca la persona.

Se puede, joder que si se puede, y el camino se despeja centímetro a centímetro de la mano de toda esa gente que se negó a dejarte caer. Todos y cada uno de ellos están convocados cada año, aunque sea mentalmente, a mis tres cumpleaños. Adhara incluida. No puedo ni quiero olvidar las sombras. Ya son parte de mí. A veces pienso en ellas, pero toca celebrar que son pasado. Nos merecemos celebrar que por siempre permanezcan allí. Qué menos.

INDICE

PRÓLOGO

- 01** INTRODUCCIÓN
- 02** COMPRENDER EL CHEMSEX
- 03** ¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ HAY DETRÁS
- 04** ¿QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA UNA ADICCIÓN?
- 05** REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO ESTRATEGIA ÚTIL
- 06** ACOMPAÑAR SIN DAÑAR
- 07** CÓMO ACTUAR EN SITUACIONES DE CRISIS
- 08** Y TÚ, ¿CÓMO ESTÁS? EL CUIDADO DE QUIEN ACOMPAÑA
- 09** CÓMO COMUNICARTE MEJOR
- 10** RECURSOS Y REDES DE APOYO
- 11** GLOSARIO
- 12** REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01 INTRODUCCIÓN

Después de escuchar la experiencia de quienes han vivido el chemsex en primera persona, esta guía se dirige a sus redes de apoyo para ofrecer claves que permitan acompañar sin juzgar ni imponer.

Esta guía ha sido elaborada a partir de estudios cualitativos previos sobre experiencias de usuarios de chemsex y sus redes de apoyo. Dichas conclusiones fueron integradas a la experiencia de profesionales y a la literatura científica actual sobre chemsex, adicciones y apoyo social.

El contenido fue elaborado por profesionales de salud sexual, salud mental y usuarios de chemsex con el fin de garantizar rigor conceptual, coherencia técnica y adecuación al contexto comunitario. Se estructura en bloques orientados a la psicoeducación y la aplicabilidad práctica.

Así mismo, se ha contado con la revisión y validación de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) contribuyendo a garantizar la profesionalidad y validez del mismo.

Su diseño digital y físico facilita la difusión en entornos clínicos, comunitarios y redes no profesionalizadas.



¿A quién va dirigida y con qué propósito?

Esta guía está pensada para quienes desean apoyar a personas usuarias de chemsex que puedan necesitar este tipo de sosten, pero sienten dudas, miedo o desconocimiento. El objetivo es ofrecer claridad y herramientas para que ese acompañamiento sea humano, respetuoso y sostenible, fomentando el cuidado y la reducción de riesgos.

La importancia de acompañar

El chemsex ocurre en contextos de soledad, estigma y presión social. Contar con alguien que escuche, que no juzgue y que mantenga un vínculo estable puede marcar una diferencia real. Acompañar no es resolver, sino sostener cuando el proceso se vuelve confuso o doloroso.

Estar presente

Acompañar significa estar disponible, validar emociones difíciles y aceptar que el cambio no es lineal. Implica cuidar sin anular, ofrecer apoyo sin perderse a uno mismo y caminar al lado de la persona, respetando su ritmo y decisiones.

02 COMPRENDER EL CHEMSEX



El chemsex se refiere al uso intencional de determinadas sustancias antes o durante las relaciones sexuales, principalmente entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), con el objetivo de facilitar, intensificar o prolongar los encuentros sexuales. Esta práctica puede implicar sesiones sexuales de larga duración, múltiples parejas y una reducción de la percepción del riesgo. Estos factores incrementan la probabilidad de consecuencias negativas para la salud física, mental y/o social, cuando el consumo se vuelve problemático o dependiente.

2.1 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS MÁS COMUNES Y EFECTOS

Las sustancias más frecuentemente asociadas al chemsex son:

Metanfetamina (cristal/ tina): aumenta la energía, la desinhibición y la libido; se asocia a mayor riesgo de dependencia, psicosis, deterioro cognitivo y conductas sexuales de alto riesgo.

GHB/GLB (gé / chorri): depresores del sistema nervioso central con efecto desinhibidor y euforizante; presentan un estrecho margen entre dosis deseada y sobredosis, con riesgo de pérdida de conciencia.

Mefedrona (cat / mefe / sales de baño) y otras catinonas: estimulación intensa, euforia y aumento del deseo sexual; asociadas a ansiedad, paranoia y consumo compulsivo.

Popper (nitritos de alquilo): relajación del esfínter anal y breve aumento de la excitación; riesgo cardiovascular en determinadas personas.

Alfa-PVP (alfa / flakka): estimulante sintético que incrementa la energía, la alerta y la desinhibición; se asocia a alto riesgo de dependencia, episodios de psicosis aguda, agitación intensa, alteraciones cardiovasculares y conductas sexuales de alto riesgo, especialmente en contextos de consumo repetido o compulsivo.

Sildenafil (Viagra): fármaco inhibidor de la fosfodiesterasa-5 que facilita la erección al aumentar el flujo sanguíneo peneano en respuesta a estimulación sexual; su uso sin indicación médica, combinado con popper y/o otras sustancias estimulantes se asocia a riesgo cardiovascular (hipotensión, taquicardia), cefalea, alteraciones visuales.

Ketamina (keta): anestésico utilizado en medicina para sedación y control del dolor. su consumo es riesgoso y puede causar alteraciones fuertes en la percepción.

Cocaína (nieve / perico): estimulante del sistema nervioso central. Produce un aumento temporal de energía y euforia, pero su consumo conlleva riesgos significativos para la salud física y mental, además de un alto potencial adictivo.



2.2 CONTEXTOS DONDE OCURRE

El chemsex puede desarrollarse en contextos, públicos, privados o semi-privados, aunque puede comenzar en espacios virtuales o contextos relacionados con el ocio nocturno y ocio sexual.

Las aplicaciones de citas/encuentros sexuales (grindr, wapo, MachoBB, scruff...) facilitan la organización rápida de encuentros y el acceso a sustancias. La práctica de chemsex suele darse en saunas, clubs o discotecas, zonas de cruising así como fiestas privadas o quedadas en domicilios.

2.3 FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS

Entre las razones más citadas para participar en el chemsex se encuentran:

- Búsqueda de mayor placer sexual y de encuentros más prolongados.
- Superación del miedo al rechazo, la vergüenza o la lgtbqifobia internalizada.
- Afrontamiento de traumas pasados generalmente relacionados con la sexualidad
- Presión social y normalización del consumo y la práctica de chemsex.
- Necesidad de conexión emocional, intimidad y pertenencia a una comunidad.

Para muchas personas, el chemsex funciona como una vía para la búsqueda y la obtención de placer. En ocasiones, esta puede encerrar la necesidad de escapar del rechazo, la soledad y el estrés, lo que puede conducir a perpetuar un círculo de dependencia emocional y consumo problemático, dificultar la construcción de relaciones afectivas saludables y aumentar el riesgo de abuso, coerción y daños físicos y psicológicos en los encuentros sexuales.

Para una comprensión rigurosa y completa del fenómeno del chemsex, es imprescindible abordar la sexualidad de forma explícita. El chemsex no puede entenderse únicamente como un patrón de consumo de sustancias, sino como una práctica sexualizada, en la que el uso de drogas adquiere sentido en relación con el deseo, el placer, la intimidad, la vinculación y la regulación emocional. En este contexto, la conducta adictiva no se sostiene solo por los efectos farmacológicos de las drogas empleadas, sino por su integración en la experiencia sexual, reforzando aprendizajes y expectativas específicas.

La sexualidad es una dimensión estructural del ser humano, al igual que la personalidad, y se construye de manera dinámica a lo largo de la vida. Está determinada por las relaciones sociales directas (familia, amistades, parejas y vínculos sexoafectivos), así como por factores culturales y políticos, que influyen en la forma en que se vive el cuerpo, el placer, el riesgo y el valor personal.


Por ello, cualquier abordaje eficaz (incluido el acompañamiento desde la red de apoyo) requiere incorporar la sexualidad como eje central, evitando miradas reduccionistas centradas exclusivamente en el consumo. Comprender qué funciones cumple el chemsex en la vida sexual y emocional de la persona usuaria resulta clave para ofrecer un apoyo empático, no moralizante y verdaderamente útil.

2.4 SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

La sexualidad se puede entender como la experiencia única e individual con respecto a la identidad de género, la orientación sexual, la corporalidad, la expresión de género, los vínculos sociales y/o sexuales, entre otros. No se limita a la erótica o la atracción, pues también comprende dimensiones biológicas, emocionales, psicológicas, sociales, culturales y políticas. Una persona desde que se está gestando en el útero, tiene sexualidad, ya que tiene un cuerpo, unos genitales internos y externos, y unos procesos hormonales que la están determinando. La sexualidad termina al morir. Siempre hay sexualidad, aunque no haya atracción, erótica o relaciones sexuales con otras personas.

Para ser más correctos, hablaríamos de sexualidades, ya que cada persona posee una sexualidad completamente diferente, dadas sus vivencias personales, sus características y sus contextos.

Imagina la sexualidad como aquellos juegos de recortables de papel: una figura base y, alrededor, un montón de ropas y complementos que podían combinarse de mil maneras distintas, con la posibilidad constante de cambiarse.



El sexo biológico (masculino, femenino o intersexual), también conocido como sexo asignado al nacimiento, sería el papel sobre el que está hecho el recortable: un dato corporal inicial, relevante, pero que no determina qué ropa se puede usar ni cómo se va a vestir esa figura a lo largo del tiempo. Se atribuye en función de un reconocimiento visual de los caracteres sexuales (aunque en algunos casos de intersexualidad no son perceptibles a simple vista).

La orientación sexual (heterosexual, bisexual, homosexual, etc.) podría ser una de esas prendas principales: no se ve a simple vista si no se elige mostrarla, y no viene cosida al cuerpo. Puede ser como la ropa interior que habla de hacia quién se dirige el deseo o el afecto, pero no define por completo a la figura.

Ahora entramos en los conceptos de género:

El género a veces coincide con lo que otras personas esperaban encontrar en ese recortable; otras veces no. Y en muchas ocasiones, ese conjunto se ajusta, se transforma o se reinterpreta. Es el caso de las personas trans cuyo género no coincide con el que le fue asignado al nacer.

La identidad de género es el género con el que una persona se siente identificada internamente (puede ser masculino, femenino, no binario u otras formas). Sería la prenda principal que la persona decide ponerse para sentirse reconocida y coherente consigo misma.

↓

Cuando la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento → persona cis.

↓

Cuando no coincide → persona trans (término que suele incluir a las personas no binarias).

La expresión de género es el conjunto de características sociales y culturales históricamente construidas que se atribuyen a las personas en función de su sexo (conductas, roles, lo que se espera de ellas por haber nacido con pene o vagina). Estos serían los accesorios del recortable: zapatos, peinados, colores, joyas, maquillaje, gestos, forma de hablar, voz, etc. Son elementos visibles y cambiantes que permiten jugar, probar y comunicar quién soy hoy, aquí y ahora, sin que eso agote todo lo que soy.



Es la expresión externa de la identidad de género a través del comportamiento, la indumentaria, el peinado, la voz, los rasgos físicos, etc. Está condicionada por las expectativas sociales sobre lo masculino o lo femenino, pero no tiene por qué ser fija ni coincidir necesariamente con el sexo biológico, la identidad de género ni la orientación sexual.

Lo importante de los recortables no era acertar con una única combinación "correcta", sino la posibilidad de cambiar, de mezclar, de crear algo nuevo. De la misma manera, la sexualidad humana no es una pieza rígida e inmutable, sino un proceso vivo. A lo largo de la vida, la orientación sexual, el género, especialmente en muchas personas queer (persona que se identifica fuera de las normas tradicionales de género o sexualidad, sin encasillarse en una etiqueta específica), y la expresión pueden fluctuar, ajustarse o redefinirse, sin que eso signifique confusión o incoherencia, sino adaptación, autoconocimiento y crecimiento.

Como los recortables, la diversidad sexual nos recuerda que no hay una sola forma legítima de "vestir" el cuerpo y el deseo, y que cambiar de ropa no implica dejar de ser la misma persona.

Sin embargo, al haber aprendido socialmente esta norma, muchas sufren LGBTQI+fobia interiorizada. Este término se refiere al rechazo que siente una persona del colectivo hacia sí misma, o por otras personas queers. La asimilación de los prejuicios y estereotipos hace que algunas personas tengan la necesidad de encajar en la norma heterosexual. Dentro de este concepto, se encuentran la homofobia, lesbofobia, transfobia y bifobia interiorizada. Algunos ejemplos de estos términos son la plumofobia y la presión por el cis passing.



La lgtbqifobia interiorizada está relacionada con: Baja autoestima, soledad, ansiedad, depresión, aislamiento y abuso de sustancias. La autoestigmatización puede motivar a buscar espacios anónimos y desinhibidos para conocer a personas del colectivo, tener relaciones sexuales sin ansiedad, o simplemente no sentir estas emociones tan aversivas.

2.5 ¿ES DIFERENTE LA SEXUALIDAD DE LOS HOMBRES GAIS, BISEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (GBHSH)?

El machismo está presente en la vida de todas las personas, aunque no nos afecta a todas de la misma manera. En nuestra sociedad, muchos hombres crecen con más privilegios, pero con menos permiso para expresar emociones, mostrarse vulnerables o pedir ayuda. Desde pequeños, no suelen tener espacios para aprender a reconocer lo que sienten ni cómo gestionarlo.

Además, existe una presión social que transmite la idea de que los hombres "deben" tener sexo con frecuencia. Esto hace que, en muchos casos, las relaciones sexuales no se den solo por deseo, sino por la necesidad de sentirse acompañados, queridos o de evitar la soledad. Como señala Bell Hooks, a veces el sexo no es tanto una forma de conectar con otra persona, sino una manera de aliviar el propio malestar.

También existen muchas normas sobre cómo deberían ser las relaciones sexuales: cuánto deben durar, cómo debe funcionar el cuerpo o qué prácticas son aceptables. Cuando alguien se sale de ese modelo, suele enfrentarse al rechazo o a etiquetas negativas, como si hubiera una única forma "correcta" de vivir la sexualidad.

Cuanto más se alinee un hombre con el prototipo de masculinidad patriarcal, más poder tendrá sobre otros hombres. Esto ayuda a entender la homofobia y la bifobia (externa e interiorizada): no se rechaza únicamente la atracción hacia otros hombres, sino aquello que se percibe como una desviación de la masculinidad o una cercanía a la feminidad.

Dentro de la propia comunidad gay y bisexual, esta misma lógica se reproduce a través de la homonormatividad, que idealiza un prototipo específico de hombre gay: blanco, joven, con un cuerpo normativo (delgado o muscular, depilado y con una expresión de masculinidad aceptable), que acumula mayor valor social y sexual dentro del colectivo y margina a quienes se alejan de este modelo (por su edad, origen étnico, corporalidad, pluma o expresión de género).

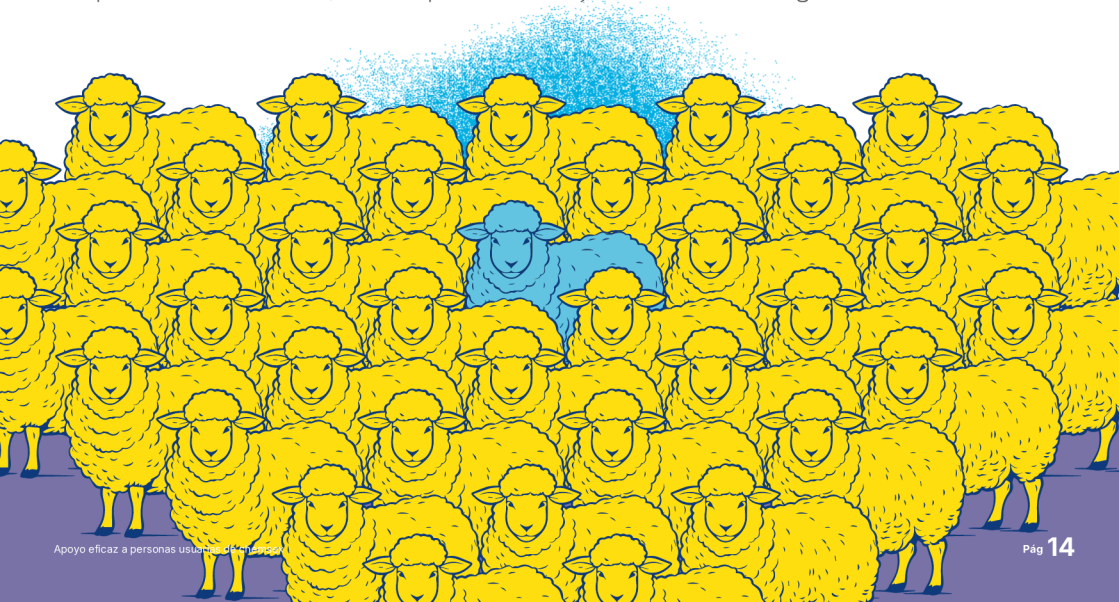
La asimilación de esta cultura machista puede resultar especialmente confusa para los hombres GBHSH, que han crecido en un contexto donde la homofobia y la bifobia están presentes.

Además, muchas personas GBHSH inician su exploración afectivo-sexual en contextos donde la diversidad sexual sigue estigmatizada. El descubrimiento del deseo puede vivirse con culpa, miedo al rechazo o necesidad de ocultamiento, lo que a veces retrasa estos procesos o los desplaza a espacios menos seguros. Estas experiencias se han relacionado con el llamado estrés de minorías asociado a la LGBTIQ+fobia estructural.

Al mismo tiempo, no responder completamente a las normas de la heterosexualidad también puede abrir la puerta a formas distintas de construir los vínculos. En algunos casos se desarrollan modelos relacionales y sexuales más diversos, con acuerdos afectivos o sexuales más flexibles. Esta diversidad puede ser también una fuente de apoyo comunitario y bienestar.

Por otro lado, los espacios de socialización de muchos hombres GBHSH han estado históricamente ligados a contextos de ocio nocturno o festivo. Esto no significa que el consumo de drogas sea inherente a la diversidad sexual, pero sí puede aumentar la exposición a determinadas sustancias en algunos entornos comunitarios y sexuales. Este es uno de los factores que se han señalado para comprender por qué fenómenos como el chemsex aparecen con mayor frecuencia en este grupo.

Por este motivo, muchas investigaciones y programas de salud sexual se centran en la población GBHSH al abordar el chemsex, ya que la mayor parte de los casos descritos se producen en este grupo. Al mismo tiempo, es importante reconocer que otras personas también pueden verse afectadas, incluidas personas trans y otras identidades de género diversas.



2.6 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD SEXUAL

La salud sexual no se limita a la ausencia de enfermedades, infecciones de transmisión sexual (ITS) o embarazos no deseados, sino que implica una búsqueda activa por el bienestar físico, psicológico y social de una persona con respecto a su sexualidad. Por ello, desde asociaciones como Adhara Asociación VIH/SIDA luchamos por un enfoque positivo, de respeto y valores de la sexualidad, sin discriminación ni violencia.

Para cuidar de nuestra propia salud sexual, y de las personas con las que nos vinculamos, debemos de tener en cuenta varios aspectos:

01 Toda persona tiene derecho a decidir sobre su cuerpo, su deseo y las prácticas sexuales que quiere o no. De esto trata el consentimiento sexual.

02 Para que una relación sexual sea satisfactoria, debe haber respeto, comunicación, consentimiento, seguridad, deseo y disfrute.

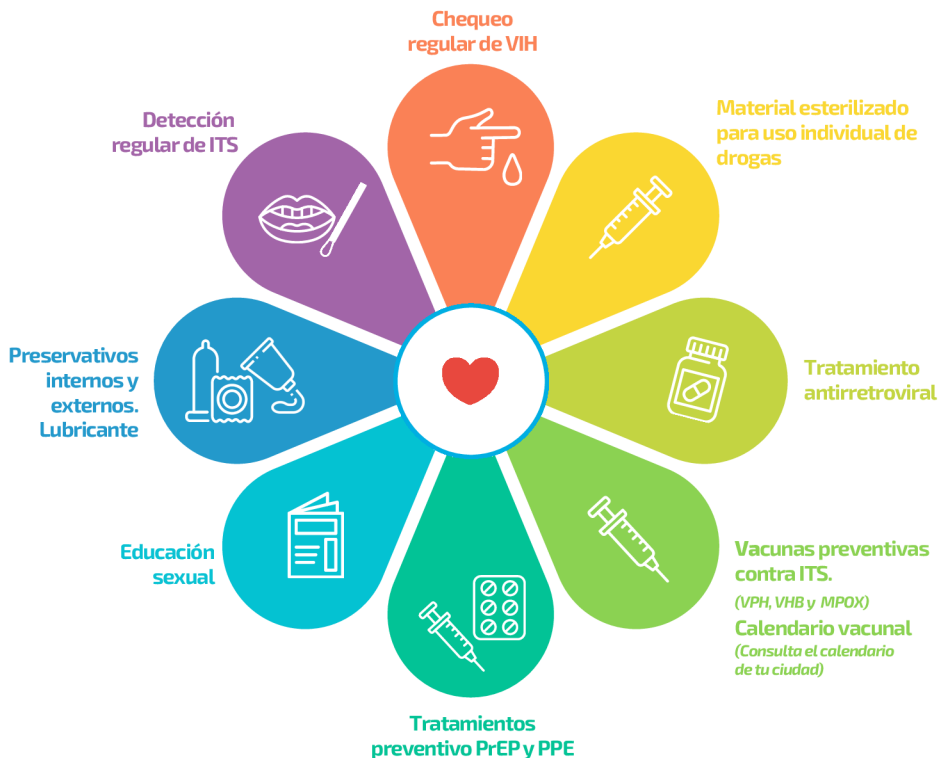
03 Lo primordial de las relaciones sexuales siempre debe ser el consentimiento y el placer compartido.

04 Para protegerse de posibles infecciones, se puede usar estrategias como la prevención combinada:

- Usar preservativo y lubricantes que sean compatibles con el material del preservativo favorecen la eficacia de la prevención.
- Tomar el tratamiento antirretroviral (TAR) en caso de tener el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Tratamientos preventivos frente al VIH, como la profilaxis pre-exposición (PrEP) o la profilaxis post-exposición (PPE).
- Existen vacunas eficaces y seguras para prevenir tres infecciones de transmisión sexual (ITS) principales: el Virus del Papiloma Humano (VPH), la Hepatitis B (VHB) y la Hepatitis A (VHA) y viruela M (mpox)

05 Siempre es aconsejable para cualquier persona que mantenga relaciones sexuales que se haga cribados de ITS al menos una vez al año. Aumentando los chequeos según número parejas sexuales y actividad.





Combinar más de una herramienta te ayudará a crear tus propias estrategias preventivas y disfrutar de una vida sexual más saludable

Las sustancias pueden afectar a la conciencia, la percepción y la capacidad de tomar decisiones. En estos contextos, a veces puede resultar más difícil reconocer con claridad el propio deseo o identificar si existe consentimiento en determinadas prácticas sexuales.

Por ello, puede ser útil hablar y acordar algunas cuestiones antes de una sesión de chemsex: qué prácticas se desean o no, qué métodos de prevención se van a utilizar y cómo actuar ante posibles situaciones de riesgo. Planificar con antelación y explicitar el consentimiento puede ayudar a cuidar el bienestar y la seguridad de todas las personas implicadas.



WARNING: Una práctica que se considera delito en el Código Penal es quitarse el preservativo sin el consentimiento y/o conocimiento de la otra persona, en inglés denominado *stealthing*.

03 ¿POR QUÉ LO HACEN? ¿QUÉ HAY DETRÁS?



El consumo en el contexto del chemsex no suele aparecer de un día para otro, ni se trata siempre únicamente de una búsqueda de placer o experimentación. Muchas veces, detrás del uso repetido de sustancias para tener sexo, hay historias que duelen: experiencias de rechazo, soledad, discriminación, traumas de infancia, inseguridad corporal o problemas de salud mental que no han sido atendidos.

Algunas motivaciones tras el uso de drogas pueden ser soltarse, dejar de lado la ansiedad, el miedo o la vergüenza durante los encuentros sexuales. Otras lo hacen para sentir que encajan en un grupo, para no quedarse fuera de dinámicas donde "todos lo hacen", o porque temen ser juzgadas si no participan.

Es importante entender que, para muchas personas que practican chemsex, la conducta se mantiene en el tiempo porque también genera resultados que ellas mismas perciben como positivos en ese instante. Las drogas pueden intensificar el deseo y la excitación, permitir encuentros sexuales más prolongados o producir sensaciones de desinhibición y mayor contacto con el propio cuerpo. Además, estos espacios a veces ofrecen compañía, un sentido de pertenencia o una forma de vivenciar la sexualidad con menos límites, lo que contribuye a que la conducta se repita.

No se trata de justificar, sino de entender lo que hay detrás del consumo. Comprender estas motivaciones permite acompañar con empatía y sin juicios. Porque muchas veces, antes que una práctica, hay necesidades emocionales, relacionales o sexuales que buscan una forma de ser atendidas.

En algunos casos, las drogas pueden funcionar como una especie de "anestesia emocional": ayudan a apagar el dolor, la inseguridad, los recuerdos o el vacío, pero también pueden disminuir el cuidado, la conciencia y la capacidad de poner límites o decir "no".

En este contexto, las decisiones se vuelven más confusas y los riesgos pueden aumentar. Por eso, al hablar de chemsex no hablamos solo de drogas y sexo, sino también de las funciones que cumple en la vida de algunas personas y de aquello que puede estar intentando aliviar, facilitar o reemplazar.

3.1 EL REFUGIO DEL DOLOR EMOCIONAL

Imagina que quieres hacer el Camino de Santiago. Antes de comenzar, descubres que tu mochila está llena de piedras: recuerdos dolorosos, heridas emocionales. Empiezas la ruta, el cielo se oscurece y cae una lluvia intensa que te empapa y dificulta cada paso. Con ese peso y bajo esa tormenta, avanzar se vuelve agotador. Y, en algún punto del recorrido, aparece una casa que parece ofrecer refugio: un lugar cálido donde quitarse la mochila por unas horas, dejar de mojarse por un tiempo y pasar un rato agradable con unos huéspedes, aunque eso suponga estancarse y aplazar el verdadero destino. Esa es la sensación de refugio que pueden encontrar algunas personas en el chemsex.



— TRAUMA Y MALESTAR EMOCIONAL

Muchas personas que participan en sesiones de chemsex han vivido, o siguen viviendo, experiencias traumáticas previas, algunas desde la infancia o la adolescencia. Estas pueden incluir maltrato, abuso, rechazo familiar, bullying, acoso escolar o discriminación por la orientación sexual o la identidad de género. En muchos casos, estas vivencias no han podido ser habladas ni procesadas adecuadamente, y la persona ha tenido que seguir adelante cargando con ellas.

El trauma no se limita a hechos físicos o violentos. También puede surgir de experiencias repetidas de rechazo, vergüenza, estigma o miedo. Cuando esto ocurre, las huellas no se quedan solo en el recuerdo: el trauma también se inscribe en el cuerpo y en el cerebro, influyendo en la forma en que una persona percibe el mundo, gestiona sus emociones y se relaciona con los demás.

En el contexto del chemsex, especialmente en España y otros países europeos, existe cada vez mayor evidencia clínica y comunitaria de que el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y, con frecuencia, el trauma complejo, están presentes en una proporción significativa de personas usuarias. En muchos casos, estas experiencias traumáticas no habían sido identificadas, diagnosticadas o tratadas antes del inicio del consumo.

Aunque hayan ocurrido hace tiempo, las experiencias traumáticas siguen influyendo en el presente. Cuando no han podido ser comprendidas o acompañadas, suelen transformarse en distintas formas de malestar emocional: vergüenza, soledad, miedo, tristeza o ansiedad. Muchas personas no han tenido espacios seguros para aprender a reconocer estas emociones ni para saber cómo manejarlas.

Una forma de entenderlo es imaginar que esos traumas son como piedras en el fondo de una mochila. Algunas son grandes y otras más pequeñas, pero todas pesan. Desde fuera quizá no se ven, pero acompañan cada paso y pueden hacer el camino mucho más difícil.

— ORÍGENES FRECUENTES DEL TRAUMA EN USUARIOS DE CHEMSEX

El trauma que puede estar presente en personas que practican chemsex suele tener un origen relacional, acumulativo y temprano, más que vinculado a un único evento puntual. Entre las experiencias más frecuentes descritas en estudios cualitativos y en la práctica clínica se encuentran:



- **Rechazo**, estigmatización o violencia por orientación sexual o identidad de género, especialmente durante la adolescencia.
- **Bullying**, humillaciones o agresiones en contextos escolares, familiares o comunitarios.
- **Violencias sexuales** (abuso, coerción, sexo no consentido o consentido bajo presión), a menudo normalizadas o no reconocidas como traumáticas.
- **Experiencias** repetidas de abandono emocional, negligencia o invalidación afectiva.
- **Diagnóstico** de VIH u otras ITS vivido como evento traumático, especialmente cuando se produce en contextos de soledad, culpa o estigma.

Estas vivencias no siempre son reconocidas como "traumas" en sentido clásico, pero dejan una huella persistente en el sistema nervioso y en la forma de relacionarse con el propio cuerpo, el deseo y los demás.

— POSIBLES CONSECUENCIAS DEL TRAUMA

Dificultades en la regulación emocional, como alta intensidad afectiva, sensación de vacío crónico o episodios disociativos.

Alteraciones en los patrones de apego e intimidad, con oscilaciones entre una necesidad intensa de conexión y la evitación del vínculo por miedo al rechazo o al abandono.

Uso de sustancias como forma de automedicación emocional, orientado a reducir ansiedad, vergüenza, miedo al rechazo o sentimientos persistentes de insuficiencia.

Búsqueda de desinhibición, validación y pertenencia a través de contextos sexualizados bajo efectos de sustancias, que pueden funcionar inicialmente como estrategias de supervivencia psíquica ante el malestar relacional.

Autoimagen deteriorada, con sentimientos persistentes de vergüenza, culpa o percepción de "defecto personal".

Creencias nucleares negativas sobre uno mismo, como "no soy deseable", "no valgo" o "no merezco amor".

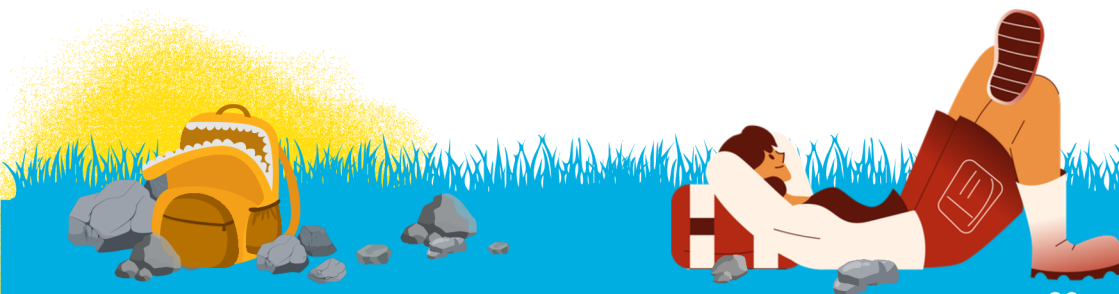
Desconexión corporal y dificultades para identificar límites, necesidades y consentimiento, tanto propios como ajenos.

Construcción de la identidad sexual y relacional desde la hiperadaptación al deseo del otro, priorizando la validación externa sobre el propio deseo.

Mantenimiento de círculos de retroalimentación negativos, en los que determinadas conductas refuerzan narrativas internas traumáticas, perpetuando el malestar y dificultando la modificación del patrón.

— ACOMPAÑAR ES ALIGERAR LA MOCHILA

Comprender estas emociones es clave para acompañar sin juzgar. El objetivo no es eliminar las piedras de golpe, sino ayudar a reconocer que están ahí, nombrarlas y hacer sentir que el camino no se transita solo. En muchas ocasiones, esta compañía favorece a la sensación de llevar la mochila más ligera y anima a hacer el camino más seguro.



EMOCIONES QUE GENERAN MALESTAR



SOLEDAD

La soledad no siempre es estar físicamente solo. A menudo es sentirse desconectado, no comprendido o no visto. Puede aparecer incluso rodeado de gente. Cuando se combina con ansiedad o tristeza, la sensación se intensifica. Es como caminar bajo la lluvia sin nadie con quien compartir el trayecto.

VERGÜENZA

La vergüenza suele nacer del rechazo, del estigma o de sentirse "diferente". Muchas personas aprenden a esconder partes de sí mismas para evitar ser juzgadas. Vivir con esa vigilancia constante desgasta y hace que mostrarse tal cual se es resulte difícil y doloroso.



MIEDO

El miedo puede aparecer como temor al rechazo, al abandono, a no ser suficiente o a mostrarse vulnerable. Es un miedo que mantiene en alerta permanente y dificulta la intimidad y la confianza con otras personas.



TRISTEZA

La tristeza puede estar relacionada con pérdidas, con no haber recibido un cuidado adecuado o con haber seguido adelante sin apoyo. A veces no se expresa con llanto, sino como cansancio, vacío o desmotivación.



ANSIEDAD

La ansiedad suele aparecer como nervios constantes, pensamientos repetitivos, preocupación por cómo me miran los demás o tensión en el cuerpo. Es una sensación de estar siempre anticipando algo malo, como si una tormenta estuviera a punto de caer.





3.2 CHEMSEX COMO FORMA DE EVASIÓN, GESTIÓN EMOCIONAL O CONEXIÓN

El chemsex no siempre tiene que ver únicamente con buscar placer. Para muchas personas, también cumple una función emocional y relacional importante.

Este contexto puede convertirse en una oportunidad de escapar de la ansiedad, la inseguridad y los miedos que aparecen en la intimidad. El consumo de sustancias durante el sexo puede llegar a ofrecer una falsa ayuda, calmando momentáneamente aquellos pensamientos como "no soy suficiente", "no voy a gustar" o "me van a rechazar". También puede hacer que sea más fácil mostrarse sin tantas defensas o dejar de lado la sensación de sentirse juzgado.

Sin embargo, esta percepción de alivio suele ser temporal. Cuando el efecto de las sustancias pasa, las emociones difíciles suelen seguir ahí o incluso hacerse más intensas. A esto pueden sumarse sentimientos de culpa, vergüenza o preocupación por la salud física y emocional.

El chemsex también puede servir como una forma de manejar emociones difíciles en personas que no han tenido las suficientes herramientas o apoyo para hacerlo de otras maneras. Cuando no existen espacios seguros para hablar de lo que se siente o para recibir acompañamiento, el chemsex puede ocupar ese lugar y funcionar como un sustituto perjudicial del apoyo emocional.

Algunos estudios muestran que en personas con VIH que practican chemsex, es más frecuente la presencia de depresión y ansiedad, sobre todo cuando no cuentan con apoyo social, acompañamiento profesional o momentos de descanso del consumo.

Por último, la práctica del chemsex también puede estar vinculada a la búsqueda de conexión humana. Sentirse visto, aceptado o ser parte de una comunidad puede resultar especialmente difícil en contextos marcados por la discriminación o el estigma.

En los encuentros de chemsex, algunas personas encuentran una sensación de pertenencia y cercanía que no han experimentado en otros ámbitos, incluso cuando se llevan a cabo con personas desconocidas. Aunque estos espacios conllevan riesgos y no siempre resultan ideales, pueden percibirse como más desinhibidos y emocionalmente accesibles, funcionando como un alivio frente al aislamiento social y afectivo.

Como bien mencionamos anteriormente, las emociones tienen algo en común: el chemsex aparece como un lugar donde muchas personas encuentran, al menos por un momento, lo que fuera de ahí no consiguen. Encuentran alivio, conexión, silencio ante aquel "ruido mental", una forma de dejar de sentir tanto dolor o de sentirse parte de algo. Por eso, más que una simple práctica, el chemsex se convierte en una manera nociva de taponar heridas que duelen, de buscar consuelo o pertenencia cuando el mundo parece no ofrecerlo.



3.3 CÓMO AFECTA LA DISCRIMINACIÓN: LGTBIQFOBIA, RACISMO, SEROFOBIA

El contexto social importa mucho. No somos seres aislados: vivimos en sociedades con normas, valores y prejuicios que pueden generar malestar cuando una persona no encaja en lo que se considera "esperado".

La teoría del estrés de minorías explica que las personas pertenecientes a grupos socialmente estigmatizados, como muchas personas LGBTIQ+, están expuestas de forma continua a presiones adicionales que otras personas no experimentan con la misma intensidad. Este estrés no proviene solo de situaciones directas de discriminación o violencia, sino también del miedo al rechazo, de la necesidad de ocultarse o de la vergüenza interiorizada que puede surgir tras años de mensajes sociales negativos.

La lgtbiqfobia, tanto externa como interiorizada, puede llevar a algunas personas a ocultar su orientación sexual o identidad de género, temer el juicio de los demás o revivir experiencias de acoso y señalamiento. Esta presión acumulada puede generar ansiedad, conflictos internos y dificultades para vivir la sexualidad de forma libre. En este contexto, algunas personas llegan a evitar las relaciones sexuales sin consumo, ya que el uso de alcohol u otras drogas puede reducir temporalmente la vergüenza, el miedo o la ansiedad que aparecen estando sobrios.

Quando a la orientación sexual o la identidad de género se suman otras variables como la etnia, la historia de migración o el origen étnico-racial o la clase social las discriminaciones pueden intensificarse. Esto genera lo que se conoce como estrés de las minorías: cuyas consecuencias no solo son los rechazos reales que sufres, sino también el miedo constante a que te rechacen o te juzguen por ser quien eres.



En esa situación, el chemsex aparece muchas veces como un espacio donde la persona puede escapar temporalmente de toda esa presión y sentirse en un ambiente donde sus identidades no están siendo cuestionadas todo el tiempo.

Por último, el estigma asociado al VIH continúa siendo una fuente significativa de exclusión y miedo al rechazo. Muchas personas con VIH temen ser juzgadas, culpabilizadas o tratadas de manera diferente por su estado serológico. Con elevada frecuencia estos temores son la consecuencia, o pueden atender, a experiencias reales de discriminación en el ámbito sanitario, social, educativo, familiar o incluso en el ámbito de las relaciones afectivas.

Diversos estudios en España señalan una alta prevalencia de VIH entre quienes practican chemsex, y algunas personas describen estos encuentros como espacios donde no se les exige justificarse ni explicar su diagnóstico, lo que puede generar una sensación de alivio emocional frente al estigma social.

No obstante, vivir con VIH puede implicar cargas adicionales como el tratamiento y seguimiento médico/psicológico, preocupaciones de salud y posibles discriminaciones que pesan emocionalmente, que pueden traducirse en motivaciones (más o menos conscientes) de búsqueda de alivio, regulación o evasión que conducen a la práctica de chemsex.

04 ¿QUÉ ES Y CÓMO FUNCIONA UNA ADICCIÓN?



4.1 LA ADICCIÓN: UNA TORMENTA INVISIBLEMENTE VISIBLE

Para entender este concepto podemos empezar imaginando a una persona que sale a navegar hacia el mar. En principio, el océano se encuentra tranquilo, acompañado de una brisa placentera y un vaivén suave de las olas que son de nuestro agrado. Sin embargo, poco a poco todo empieza a cambiar, el clima no es como antes, las olas empiezan a hacerse más y más grandes, y el barco en el que estás comienza a perder su rumbo. Es así como aquel viaje que en principio causó placer, termina convirtiéndose en una tormenta que amenaza en hundir la embarcación llamada vida.

Una adicción puede entenderse así, inicia como algo aparentemente divertido, inocente o incluso social, que suele escalar a un fenómeno devastador que afecta tres ejes fundamentales en la vida de la persona que la padece: salud física, psicológica y social. Las adicciones son problemas de salud mental en los que se desarrolla una falta de control sobre el consumo de drogas, con cada vez mayores dificultades para frenar el impulso del consumo pese a tener consecuencias en diferentes áreas como la salud, el trabajo, las relaciones.

4.2 USO, ABUSO Y ADICCIÓN: DE MOJARSE UN POCO A SER ARRASTRADO POR LA CORRIENTE

Es importante tener en cuenta que no todas las formas de consumo son iguales, por eso es importante distinguir uso, abuso y adicción.

Si estuvieses en la playa cerca de la orilla del mar, seguramente el oleaje llegará hasta ti y mojaras tus pies, a esto podemos catalogarlo como el Uso de sustancias, un consumo ocasional donde las consecuencias negativas suelen limitarse a los efectos fisiológicos inmediatos y transitorios de la sustancia, sin que necesariamente derive en problemas graves a medio o largo plazo.



Ahora piensa por un momento en el escenario que se planteó anteriormente, pero esta vez las olas comienzan a comportarse de manera más fuerte, y por ende te empujan hacia el inmenso mar, y aunque te resistas te cuesta salir de ahí, sin embargo no llegas a hundirte porque aún existe la sensación de estar tocando la arena. Es en este punto donde podemos clasificarlo como Abuso. Aquí es cuando el consumo empieza a generar conflictos como el deterioro de las relaciones y/o desempeño laboral, pero aún no existe una pérdida total del control.

Para la siguiente y última escena, la corriente te ha arrastrado por completo y por ende, no cuentas con la capacidad de decidir libremente, es entonces donde se puede llegar a hablar de Adicción. Las características principales son la pérdida de control, el consumo persistente y el deseo intenso (craving) a pesar de las consecuencias graves que acarrea, la tolerancia y el síndrome de abstinencia.



Cabe aclarar que no todas las personas que consumen llegan a desarrollar dependencia. En algunos casos, el consumo es ocasional, mientras que en otros puede llegar a avanzar rápidamente hacia la adicción. Todo esto se ve directamente influenciado por factores genéticos, psicológicos y sociales.

4.3 NEUROBIOLOGÍA BÁSICA DE LA ADICCIÓN: UN MALWARE CEREBRAL

Los seres humanos somos un organismo complejo formado por distintos sistemas que trabajan de manera coordinada. Uno de ellos es el sistema nervioso, encargado de recibir información, procesarla y ayudarnos a responder a lo que ocurre a nuestro alrededor.

Dentro de este sistema, el cerebro funciona como una especie de centro de coordinación que regula nuestras emociones, pensamientos, decisiones y conductas. Entre sus muchas funciones, cuenta con lo que se conoce como sistema de recompensa.

Este sistema nos ayuda a repetir conductas importantes para la vida, como comer, relacionarnos con otras personas o mantener vínculos afectivos. Cuando hacemos algo que nuestro cerebro interpreta como positivo, libera sustancias químicas que generan sensaciones de placer o satisfacción. Una de las más importantes es la dopamina, que actúa como un mensajero que señala qué experiencias merecen la pena repetirse.

Las sustancias psicoactivas pueden activar este sistema de forma mucho más intensa que las experiencias naturales. Esto provoca una liberación muy elevada de dopamina, generando sensaciones de placer, energía o desinhibición que pueden resultar muy potentes. Con el tiempo, el cerebro empieza a asociar esas sustancias con una fuente especialmente fuerte de recompensa.

Cuando este proceso se repite muchas veces, el cerebro se adapta. Una de las consecuencias es que se vuelve menos sensible a la dopamina, lo que hace que la persona necesite consumir más cantidad o hacerlo con mayor frecuencia para obtener efectos similares. A este fenómeno se le conoce como tolerancia.

Además, con el tiempo pueden producirse cambios en las áreas del cerebro relacionadas con el autocontrol, la planificación y la toma de decisiones. Esto puede hacer que resulte más difícil resistirse al consumo, incluso cuando la persona es consciente de las consecuencias negativas.

Por otro lado, el consumo repetido puede transformar una conducta inicialmente voluntaria en un hábito automático. Es decir, la persona puede encontrarse buscando o consumiendo la sustancia casi sin pensarlo, especialmente en determinados contextos, emociones o situaciones.





Otro efecto frecuente es que actividades que antes resultaban agradables, como pasar tiempo con amigos, practicar hobbies o mantener relaciones íntimas, empiecen a producir menos satisfacción. Esto ocurre porque el cerebro se ha acostumbrado a niveles muy altos de estimulación, y las experiencias cotidianas ya no generan la misma respuesta. A este fenómeno se le conoce como anhedonia, es decir, una disminución de la capacidad de disfrutar.

Es importante tener en cuenta que cada sustancia actúa de manera diferente en el cerebro. Por ejemplo, algunos estimulantes como la cocaína o la metanfetamina aumentan de forma intensa la actividad y la sensación de energía, mientras que otras sustancias depresoras como el alcohol o el GHB/GBL producen relajación o desinhibición.

En el contexto del chemsex, es habitual que se combinen varias sustancias. Esta mezcla puede generar una experiencia muy intensa de placer o excitación, pero también aumenta los riesgos. Entre ellos se encuentran una mayor impulsividad, menor percepción del peligro y, a largo plazo, posibles dificultades en funciones como la memoria, el autocontrol o la regulación emocional.

Por este motivo, el chemsex no solo implica riesgos relacionados con las sustancias en sí, sino también con los cambios que pueden producirse en los procesos de motivación, placer y toma de decisiones del cerebro.

4.4 EL “MONO” O SÍNDROME DE ABSTINENCIA: CAMINAR SIN MULETAS

Tal como vimos en el apartado anterior, el consumo de sustancias psicoactivas interfiere directamente con nuestro sistema nervioso, pero ¿qué pasa cuando una persona dependiente deja de consumir?

Imagina que un cerebro sano es como una persona que camina con total naturalidad: se mueve con fluidez, equilibrio y sin esfuerzo. No necesita ninguna ayuda externa para desplazarse por la vida.

Sin embargo, cuando alguien empieza a consumir sustancias psicoactivas, el cerebro comienza a perder esa capacidad natural de caminar por sí solo. Poco a poco, sus pasos se vuelven inestables y torpes. Para poder seguir avanzando, empieza a apoyarse en muletas: más sustancias. Al principio parece que le ayudan, pero en realidad lo que hacen es ocultar el problema y empeorar la dependencia.

Con el tiempo, el cerebro ya no sabe caminar sin ellas. Y cuando finalmente se retiran esas muletas (al dejar el consumo), aparece el desequilibrio brutal: el cerebro se tambalea, siente un dolor intenso, pánico y la sensación de que no puede sostenerse por sí mismo. Ese momento de inestabilidad, dolor y desesperación es lo que conocemos como síndrome de abstinencia, o popularmente, “el mono”.

En este estado, la persona puede llegar a padecer tanto síntomas físicos como psicológicos. En el primer caso, se puede llegar a dar sudoración, náuseas, dolores musculares, alteraciones oníricas como el insomnio, temblores, convulsiones, entre otras. La segunda sintomatología tiende a estar acompañada de ansiedad, tristeza, la incapacidad de sentir placer conocida también como anhedonia, e irritabilidad. En algunos casos como el alcohol y las benzodiazepinas, la abstinencia puede traer consigo consecuencias mortales si no se trata debidamente.



4.5 EL CICLO DEL CONSUMO: EL LABERINTO DE LA ADICCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas puede entenderse como la entrada a un de laberinto, en el que se logra entrar de una forma muy fácil. Podemos diferenciar quien se asoma de vez en cuando a este laberinto de otras personas que pasan a entrar recorriendo sus pasadisos cada vez más tiempo. A medida que la persona se adentra en él, tiende a presentar más dificultades para salir. Sin embargo, existe un mapa (tratamiento) y guías (profesionales) que pueden contribuir en encontrar la salida de aquel lugar lúgubre.

Sabiendo esto, se puede mencionar que una adicción puede llegar a tener un inicio y un final, contando así con diferentes etapas que se esbozan a continuación:

01 INICIO:

La persona manifiesta un consumo ocasional, motivada quizá por la curiosidad, la presión social o simplemente por el placer.

02 MANTENIMIENTO:

La frecuencia del consumo aumenta y empieza a reorganizar la rutina que normalmente solía llevar a cabo.

03 DEPENDENCIA:

Estado caracterizado por pérdida de control sobre el consumo, tolerancia (necesidad de dosis mayores para el mismo efecto) y craving intenso (deseo ansioso e irresistible de consumir, también llamado "mono").

04 INTENTOS DE ABANDONO:

Los intentos que ha hecho la persona por dejar la/s sustancia/s no tienen éxito debido a la sintomatología que llega a generar la abstinencia, además de aquellos estímulos contextuales relacionados al consumo y que aumentan el deseo de llevar a cabo la acción.

05 CAÍDA/ RECAÍDA:

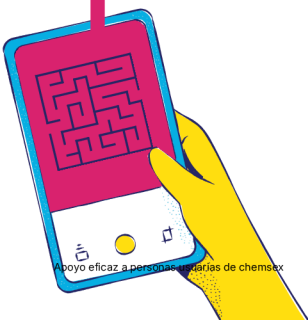
Es importante no interpretar como fracaso si una persona vuelve a consumir sin quererlo. Incluso es interesante encontrar diferencias en este nuevo consumo, (impulsividad, compulsividad, duración, cantidad, vías de administración...) donde podemos observar evolución con respecto a anteriores patrones de consumos. La deshabitación del consumo puede ser un proceso largo con momentos de mayores dificultades. De hecho, se estima que entre el 40% y el 60% de las personas pueden experimentar nuevos consumos tras intentar la abstinencia.

06 RECUPERACIÓN:

En la recuperación, los recursos personales, el apoyo social y el tratamiento actúan de forma sinérgica.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual y de la ACT, la persona fortalece sus recursos internos: aprende a manejar pensamientos y emociones difíciles, acepta las sensaciones incómodas sin luchar contra ellas y se compromete a actuar según sus valores personales (familia, honestidad, salud, etc.), incluso en momentos de craving o malestar. Al mismo tiempo, se trabajan hábitos y patrones de pensamiento poco saludables.

Gracias a la plasticidad neuronal, con meses de abstinencia el cerebro recupera parcialmente su equilibrio, lo que facilita vivir de acuerdo con los propios valores y genera un círculo positivo de bienestar.



Estas etapas ayudan a entender que la adicción no es un proceso lineal, cada persona tendrá una ruta diferente, marcada por su contexto, sus propias habilidades personales y recursos disponibles. Es importante aceptar que dichas etapas forman parte del proceso de recuperación y cada una puede convertirse en una oportunidad para reflexionar, aprender y adquirir nuevas herramientas que ayuden a seguir avanzando.



4.6 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES: LAS DOS CARAS DE LA MONEDA

Entre el uso de sustancias psicoactivas y el desarrollo de un trastorno adictivo existen principalmente tres tipos de factores que influyen en que una persona pase de uno a otro: factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores actúan como las dos caras de una moneda: pueden aumentar el riesgo o, por el contrario, actuar como factores protectores

01 FACTORES BIOLÓGICOS:

Se estima que entre el 40 % y el 60 % de la vulnerabilidad a las adicciones tiene un componente hereditario. Esto significa que existe una predisposición genética que hace que algunas personas sean más sensibles a los efectos de las sustancias.

02 FACTORES PSICOLÓGICOS:

Incluyen una baja tolerancia a la frustración, alta impulsividad, dificultades para regular emociones y antecedentes de traumas a lo largo de la vida.

03 FACTORES SOCIALES:

La presión del grupo de iguales, la exclusión social, la pobreza, la disponibilidad fácil de sustancias y entornos con poca supervisión o apoyo.

Por otra parte, aspectos como una buena autoestima, redes de apoyo sólidas, resiliencia, acceso a educación de calidad y a tratamientos (psicoterapia, farmacoterapia o apoyo social-comunitario) funcionan como importantes factores protectores. Estos recursos modifican significativamente en la evolución del proceso.

4.7 CONCLUSIÓN: DEL MAR TEMPESTUOSO AL PUERTO SEGURO

La adicción debe dejar de encasillarse como un fracaso moral y empezar a entenderse como un problema de salud mental que conlleva un grado importante de complejidad, donde se ven afecciones a nivel neurobiológico, en las conductas, emociones y en la capacidad de las personas para poder desarrollarse a nivel social, laboral, etc. Por esta razón, identificar las dificultades asociadas, plantear un abordaje biopsicosocial y acompañamiento adecuado puede ser crucial para que la persona pueda recuperar nuevamente su trayectoria.

05 LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS COMO ESTRATEGÍA UTIL



5.1 ALEJÁNDONOS DE LOS MODELOS RÍGIDOS


Seguramente no nos sorprenda el hecho de que cuanto más prohibido es algo más tentador puede resultar; tampoco es nuevo que, utilizando los mismos métodos, difícilmente obtendremos resultados diferentes. Podemos preguntarnos qué relación tiene esto con el fenómeno del chemsex. Y es que: se ha observado que los modelos rígidos basados exclusivamente en la abstinencia, especialmente cuando no han sido consensuados con la persona, no siempre alcanzan los resultados esperados y, además, pueden generar frustración y favorecer el distanciamiento entre la persona usuaria, profesionales de la salud y su red de apoyo.

Por ello, de manera complementaria a este tipo de intervenciones, incorporamos el modelo de reducción de riesgos y daños (RRyD).


5.2 ¿EN QUÉ CONSISTE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS?

La reducción de riesgos y daños es un enfoque de salud pública y clínico orientado a disminuir las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias y a determinadas prácticas sexuales, sin exigir necesariamente la abstinencia como condición previa para recibir atención. Se basa en principios de derechos humanos, evidencia científica, pragmatismo y atención centrada en la persona.

Conviene distinguir dos dimensiones complementarias:



Reducción de riesgos:
Intervenciones de prevención dirigidas a disminuir la probabilidad de que ocurra un evento negativo.



Reducción de daños:
Se enfoca en minimizar las consecuencias negativas del "daño" (ya producido o que se va a producir) aunque el riesgo se haya materializado. Aceptamos que el comportamiento de riesgo puede ocurrir y se busca que cause el menor impacto posible.

Este modelo ha demostrado efectividad en cuanto a disminución de transmisión de VIH y hepatitis C, mejora de la vinculación a servicios sanitarios y reducción de mortalidad por sobredosis, especialmente cuando se implementa de forma combinada y accesible.

En el contexto del chemsex, la reducción de riesgos y daños integra salud sexual, salud mental y abordaje del consumo, adaptándose al momento motivacional de cada persona.

5.2 EJEMPLOS PRÁCTICOS Y SU GANANCIA PARA LA PERSONA USUARIA

A continuación, se presentan intervenciones concretas junto con su finalidad y beneficio potencial:



Provisión de jeringuillas y material de inyección individual (agujas, filtros, agua estéril).

→ **Ganancia:** evita el intercambio de material y reduce significativamente la transmisión de VIH y hepatitis C, lo que previene complicaciones médicas que podrían agravar la salud física y emocional y dificultar el proceso terapéutico.



Información clara sobre vías de administración, dosis y combinaciones de sustancias de alto riesgo (p. ej., GHB/GBL con alcohol o benzodiazepinas).

→ **Ganancia:** disminuye el riesgo de sobredosis, pérdida de conciencia, depresión respiratoria o situaciones de vulnerabilidad ante agresiones.



Educación sobre el reconocimiento precoz de sobredosis y pautas de actuación (incluyendo disponibilidad de naloxona cuando esté indicada en consumo de opioides).

→ **Ganancia:** aumenta la capacidad de respuesta ante emergencias, reduciendo consecuencias graves y mortalidad.



Acceso y adherencia a profilaxis frente al VIH: PrEP (profilaxis preexposición) y PEP (profilaxis posexposición).

→ **Ganancia:** reduce de forma muy significativa el riesgo de adquisición del VIH cuando existe exposición sexual de riesgo, lo que aporta seguridad biomédica y disminuye ansiedad asociada al riesgo percibido.



Cribado periódico de ITS y tratamiento precoz.

→ **Ganancia:** permite diagnóstico temprano, evita complicaciones y corta cadenas de transmisión.



Revisión del estado vacunal (hepatitis A y B, VPH cuando esté indicado).

→ **Ganancia:** prevención primaria de infecciones que pueden tener impacto hepático u oncológico.



Establecimiento de acuerdos previos sobre prácticas sexuales, límites y consentimiento explícito antes del consumo.

→ **Ganancia:** reduce conflictos, vulneraciones de límites y situaciones de violencia, especialmente cuando el estado de conciencia puede alterarse.



Planificación del contexto de consumo (no consumir en soledad, informar a alguien de confianza, acordar tiempos de descanso, hidratación y alimentación).

→ **Ganancia:** disminuye riesgos físicos agudos, agotamiento extremo y episodios disociativos o ansioso-depresivos posteriores.



Espacios de atención psicológica no moralizantes.

→ **Ganancia:** favorece la reflexión sobre la función del consumo (regulación emocional, pertenencia, deseo, evitación del malestar), facilitando cambios progresivos y sostenibles cuando la persona lo decida.

5.3 OPORTUNIDADES Y RECOMPENSAS DEL ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Adoptar un enfoque de reducción de riesgos y daños no implica renunciar a objetivos de cambio; implica reconocer la complejidad de los procesos y trabajar desde la evidencia, la autonomía y la dignidad. Cuando se aplica en el contexto del chemsex, este modelo ofrece oportunidades relevantes tanto para la persona usuaria como para profesionales y redes de apoyo:

- 01 FACILITA UN ACOMPAÑAMIENTO SIN JUICIOS NI PATERNALISMO**

Permite a la red de apoyo situarse desde la empatía y el respeto, incluso cuando no comparte determinadas decisiones. Acompañar no es aprobar ni imponer, sino sostener el vínculo y favorecer conversaciones honestas que reduzcan el aislamiento y aumenten la seguridad.
- 02 DISMINUYE RIESGOS OBJETIVOS ASOCIADOS AL CONSUMO Y A LAS PRÁCTICAS SEXUALES**

El acceso a información veraz y basada en evidencia sobre sustancias, interacciones, vías de administración, ITS o estrategias de autocuidado reduce la probabilidad de sobredosis, infecciones, complicaciones médicas y situaciones de violencia. La evidencia internacional muestra que intervenciones de RRYD (por ejemplo, programas de intercambio de jeringuillas o educación en consumo más seguro) reducen de forma significativa la transmisión de VIH y hepatitis C sin aumentar el consumo global.
- 03 FORTALECE LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y LA CONFIANZA**

Los modelos no moralizantes se asocian con mayor adherencia a los servicios sanitarios y mayor disposición a solicitar ayuda cuando aparecen dificultades. La percepción de respeto y no estigmatización es un predictor clave de vinculación a recursos de salud en personas que usan drogas.
- 04 REDUCE LA CULPA Y EL AUTOESTIGMA**

El estigma internalizado se relaciona con peor salud mental, mayor ocultación y menor acceso a cuidados. Un enfoque centrado en derechos y salud pública contribuye a disminuir la autoacusación y favorece procesos de cambio más realistas y sostenibles.
- 05 PROMUEVE DECISIONES INFORMADAS Y AUTONOMÍA REAL**

La persona usuaria pasa de ser objeto de control a sujeto activo de su proceso. Pactar objetivos terapéuticos —incluida, si procede, la abstinencia— aumenta la probabilidad de compromiso y continuidad en la intervención. La evidencia en adicciones señala que la motivación autónoma predice mejores resultados a largo plazo.
- 06 PERMITE TRABAJAR POR FASES Y ADAPTAR OBJETIVOS**

No todas las personas están en el mismo momento de cambio. El enfoque de RRYD es compatible con el modelo transteórico del cambio, ajustando las intervenciones al estadio motivacional y evitando abandonos prematuros por objetivos no compartidos.
- 07 INTEGRA SALUD SEXUAL Y SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA**

En el contexto del chemsex, la RRYD facilita intervenciones que combinan cribado de ITS, vacunación, exploración del malestar emocional, abordaje del consumo problemático y fortalecimiento de redes de apoyo, generando una atención más integral y coherente.
- 08 FAVORECE CAMBIOS SOSTENIBLES EN EL TIEMPO**

Al basarse en metas realistas y consensuadas, el proceso suele resultar más significativo para la persona. Esto incrementa el compromiso, reduce el abandono terapéutico y permite que los avances, aunque sean graduales, se consoliden.

5.2 ASPECTOS ÚTILES A TENER EN CUENTA

En este apartado ofrecemos un esquema visual que recoge diferentes aspectos. No se trata de intentar cambiar lo que la persona haga ni de imponer estas pautas, no tenemos que salvarla de nada, sino de ofrecer información que pueda contribuir a su bienestar y a que tome decisiones más seguras.

En muchas ocasiones la persona usuaria de chemsex ya dispone de información. Aun así, puede ser útil ofrecerle la posibilidad de echarle un vistazo si le apetece.


INICIO DEL EFECTO		DURACIÓN DEL EFECTO	DOSIS Y RIESGOS ASOCIADOS
GHB	10-20 min	Duración aproximada	<p>El riesgo de sobredosis en el chemsex no depende solo de cuánto se consume, sino de múltiples factores como la mezcla de sustancias, la duración de la sesión, el cansancio, el estado emocional y la respuesta individual del cuerpo. Por eso no existen dosis ni tiempos seguros: cada redosis aumenta el riesgo y lo hace más impredecible.</p> <p>Algunas drogas, como el GHB/GBL, tienen un margen muy estrecho entre el efecto deseado y la pérdida de conciencia, mientras que en estimulantes como la mefedrona o la metanfetamina el peligro está en la acumulación de toxicidad. Además, el entorno influye, y los lugares desconocidos pueden aumentar la vulnerabilidad. Las redosis son especialmente arriesgadas, ya que concentran muchos de los peligros más graves.</p>
Mefedrona (oral)	15-30 min	1,5-3 horas	
Metanfetamina (oral)	20-45 min	4-8 horas	
Metanfetamina (esnifada)	3 - 10 min	6-12 horas	
MDMA (oral)	30-60 min	Resaca psíquica más larga	

MEZCLAS PELIGROSAS

- Ketamina + Cocaína
- Alcohol + Cocaína
- Alcohol + Poppers
- GHB + Cocaína
- GHB + Poppers
- GHB+ Viagra

MEZCLAS DE ALTO RIESGO

- Ketamina + Alcohol
- Ketamina + GHB
- Alcohol + GHB
- Cocaína + Viagra
- Cocaína + Poppers
- Poppers + Viagra



VÍA ORAL

Absorción lenta

Riesgo de redosificación



VÍA PULMONAR (FUMADA)

Acción rápida

Daños pulmonares



VÍA INTRANASAL (ESNIFADA)

Efecto rápido

Lesiones nasales



VÍA INTRAVENOSA

Alto riesgo de infección

Material estéril



VÍA ANAL

Riesgo de ITS

Usar lubricante



Para más información puedes escanear este código QR o entrar en nuestra web www.adharasevilla.org



06 ACOMPAÑAR SIN DAÑAR



4.1 LO QUE NO AYUDA EN EL PROCESO

A veces, el deseo de querer ayudar a una persona que queremos nos lleva a adoptar ciertas conductas que, sin querer, terminan siendo perjudiciales. Lo que parece protección, muchas veces se siente como hipervigilancia. El control o supervisión constante no consensuada que puede nacer desde la preocupación, como revisar su teléfono, decidir con quién se relaciona o controlar su dinero, suelen originar desconfianza y pérdida de la autonomía.

También resulta dañino cuando las expectativas se alejan de la realidad. Asumir responsabilidades que no nos corresponden o esperar resultados inmediatos coloca una carga excesiva sobre la red de apoyo y, a su vez, sobre la persona que consume, generando en ella la sensación de haber decepcionado a quienes la rodean o de no merecer el apoyo que recibe. Muchas personas usuarias expresan además que uno de sus mayores temores es sentirse una carga para quienes les acompañan.

Pensar que la recuperación depende casi exclusivamente de nosotros, o adoptar una postura de "salvador", puede generar frustración, agotamiento emocional y una presión innecesaria sobre ambas partes. Reconocer nuestras propias limitaciones también forma parte de un acompañamiento saludable.

La comunicación es otro pilar fundamental.

No se trata solo de lo que se dice, sino desde dónde lo hacemos. Hablar de manera adecuada con alguien implica saber elegir el momento idóneo, cuidar las palabras y mantener un tono sereno. No se trata de evitar el tema, sino de abordarlo con respeto, sin presionar ni juzgar. Hay que elegir un lugar tranquilo y seguro, hacerlo desde la calma y con un lenguaje respetuoso, para contribuir a que la comunicación sea posible y facilite que la persona pueda expresar sus necesidades.

Evitemos etiquetas que reducen a la persona a lo negativo (adicto, vicioso...). Esto no refuerza la comunicación respetuosa, suma estigma y puede agravar el proceso. De igual manera, conviene evitar suposiciones o indirectas. Frases como «siempre estás igual» pueden generar distancia. Podemos cambiarlas por: «me preocupa no saber nada de ti», «¿cómo estás?» o «¿quieres que quedemos?», que abren la puerta al diálogo.

También es importante respetar la privacidad de la persona. Hablar de su consumo o de su proceso con otras personas sin su consentimiento puede generar desconfianza y hacer que se sienta expuesta o incomprendida



4.2 LO QUE SÍ AYUDA EN EL PROCESO

Acompañar de manera respetuosa, constante y empática puede marcar la diferencia en el proceso de una persona usuaria de chemsex. No se trata de ofrecer soluciones ni de controlar su cambio, sino de estar presente de modo estable y sincero. Este proceso se asemeja más a caminar junto a la persona que a indicarle el camino.

Cada individuo tiene su ritmo, sus pausas y sus tropiezos. Por eso, el papel de la red de apoyo implica compromiso, empatía y también autocuidado: nadie puede ofrecer apoyo real si se desgasta o se siente sobrepasado. En ocasiones también puede ser útil delimitar tiempos para escuchar o hablar sobre el tema, de modo que el acompañamiento sea sostenible para todas las personas implicadas.

La comunicación empática refuerza el vínculo. Cuando la ponemos en práctica, validamos lo que la persona siente y podemos generar preguntas que aborden sus necesidades específicas, favoreciendo así un espacio seguro. Algunas frases que promueven lo anterior mencionado pueden ser: «entiendo que esto ha sido difícil para ti» o «¿qué puedo hacer para ayudarte hoy?»

Las actitudes y comportamientos también influyen profundamente. Mantener un trato natural, sin que toda la relación gire en torno al consumo, ayuda a que la persona recuerde que su vida es más amplia que ese aspecto. Retomar actividades compartidas: ver una película, ir al museo, una tarde de juegos de mesa, cocinar... devuelve la sensación de normalidad y reconexión con lo cotidiano.



También puede ser útil acompañar a la persona en determinados contextos o lugares que le resulten difíciles, especialmente si están asociados a experiencias negativas o al consumo. Este tipo de presencia puede facilitar que se sienta más segura al transitar esos espacios.

Reiteramos que no se trata de ignorar el problema, sino de recordarle que siguen existiendo espacios donde puede vincularse, disfrutar y sentirse acompañada.

4.3 ACTIVIDAD: LAS DOS PELÍCULAS

Cada conversación puede parecerse a una escena de una película.

En una versión, el diálogo se llena de reproches y silencios; mientras que en la otra, hay escucha y calma.

Imagina dos películas sobre la misma situación, pero con finales distintos.

EL PESO DEL REPROCHE

Alex entra tambaleándose ligeramente, mochila colgando de un hombro, ropa arrugada, ojeras profundas. Deja caer las llaves en la mesita con un ruido seco. Jaime está sentado en el sofá, mirando la tele apagada, con los brazos cruzados. No se levanta.

Jaime (voz baja pero cortante, sin mirarle directamente):

-¿Otra vez lo mismo? ¿Te parece normal desaparecer así cuatro días sin una puta llamada?

Alex se queda parado en la entrada, mirando al suelo. Respira hondo, pero no responde de inmediato.

Alex (casi susurrando, voz rota):

-No quería... fue sin pensar. Por favor, no me grites.

Jaime se pone de pie de golpe. La cámara gira hacia él: rostro tenso, mandíbula apretada.

Jaime (subiendo el volumen, pero sin gritar del todo - más bien un reproche acumulado):

-No sé por qué me esfuerzo. No vas a cambiar nunca. Ya estoy harto de todo esto... de esperar, de preocuparme, de ser el idiota que sigue aquí.

Silencio. Pesado. Largo. Alex se apoya en la pared como si le faltara el aire. Jaime da un paso hacia atrás, se pasa la mano por la cara, exhala con fuerza. Nadie se mueve. La cámara se aleja lentamente hasta que los dos parecen pequeños en el salón, separados por metros que parecen kilómetros. Fundido a negro. Nadie gana.



EL ESPACIO PARA RESPIRAR



La puerta se abre despacio. Alex entra, mismo aspecto agotado, pero deja la mochila con cuidado en el suelo. Jaime está en el sofá, leyendo algo en el móvil. Levanta la vista inmediatamente, no con enfado, sino con alivio mezclado con preocupación. Deja el móvil a un lado y se inclina un poco hacia adelante.

Jaime (voz suave, calmada, sin prisa)

–He estado preocupado por ti estos días... mucho. ¿Quieres contarme cómo te has sentido?

Alex duda en la entrada, se quita la chaqueta con movimientos lentos, como si pesara toneladas. Se sienta en el borde del sofá, a distancia respetuosa.

Alex (mirando sus manos, voz pequeña):

–Me da miedo que te enfades... que pienses que no valgo nada.

Jaime no se mueve hacia él de golpe. Respira, asiente ligeramente, manteniendo el contacto visual sin presión.

Jaime (tranquilo, sincero)

–No quiero enfadarme. Quiero entenderte. Estoy aquí para escucharte... sin juzgar. Si quieres hablar ahora, genial. Si necesitas un rato en silencio primero, también está bien. Tú marcas el ritmo.

Alex levanta la vista por primera vez. Hay lágrimas contenidas, pero también un mínimo alivio en los hombros que se relajan un poco. Jaime extiende la mano abierta sobre el sofá, sin tocar, solo ofreciendo.

Alex (tras una pausa larga, casi inaudible):

... Gracias.

Silencio, pero esta vez es diferente: no pesa, acoge. La cámara se queda en un plano medio de los dos, sentados en el mismo sofá aunque todavía con espacio entre ellos. La luz cálida los envuelve. No hay resolución mágica, solo el comienzo de algo posible. Fundido lento.



Las soluciones no son inmediatas, pero siempre hay un comienzo. Aunque el proceso pueda resultar doloroso o complicado, intentar acompañar desde el respeto y la comprensión puede marcar una diferencia significativa.

Otro aspecto esencial es respetar el ritmo de la otra persona. No todas las conversaciones deben producirse en el momento en el que surgen las inquietudes. A veces, escuchar sin exigir respuestas inmediatas o dejar espacio para los silencios también son formas de acompañar.

Hablar desde la empatía y el respeto no significa estar siempre de acuerdo o evitar el conflicto. Significa crear un espacio donde ambas personas puedan expresarse sin miedo al juicio, sabiendo que el objetivo principal no es tener la razón, sino comprenderse.

Las personas usuarias también señalan la importancia de mantener una comunicación honesta dentro de la red de apoyo y de no sentirse una carga para quienes las acompañan. Sentirse aceptadas, escuchadas y tratadas con naturalidad favorece que puedan compartir su experiencia con mayor confianza.

Por último, acompañar sin información sobre lo que le sucede a la persona usuaria es como caminar en la oscuridad con una linterna sin pilas: se intuye el camino, pero cada paso que damos genera inseguridad.

Cuando no se sabe qué es exactamente el chemsex, cómo funciona el consumo o cuáles son las fases del proceso de cambio, es habitual que el miedo aparezca. Ese miedo puede traducirse en control, reproches, enfados o silencio. No significa que queramos dañar a la persona intencionadamente, sino que no sabemos cómo actuar.

La información no elimina las dificultades del camino, pero sí aporta claridad. Nos permite comprender que una recaída no anula los avances, que el consumo no define por completo a la persona o que no es nuestra responsabilidad resolver el proceso por ella.

Informarse es una forma de cuidar tanto a la persona usuaria como a quien cumple el rol de acompañante. Buscar orientación, preguntar a profesionales o asociaciones y compartir dudas no es señal de debilidad, sino de compromiso.



4.4 CÓMO ACTUAR DESPUÉS DE UNA RECAÍDA

Las recaídas no anulan los avances que la persona ha realizado, sino que forman parte de un proceso largo y no lineal, donde cada paso, incluso los que parecen retrocesos, contribuyen a su aprendizaje y su mejoría.

Actuar ante una recaída requiere calma y comprensión: la persona necesita sentirse escuchada, no evaluada.

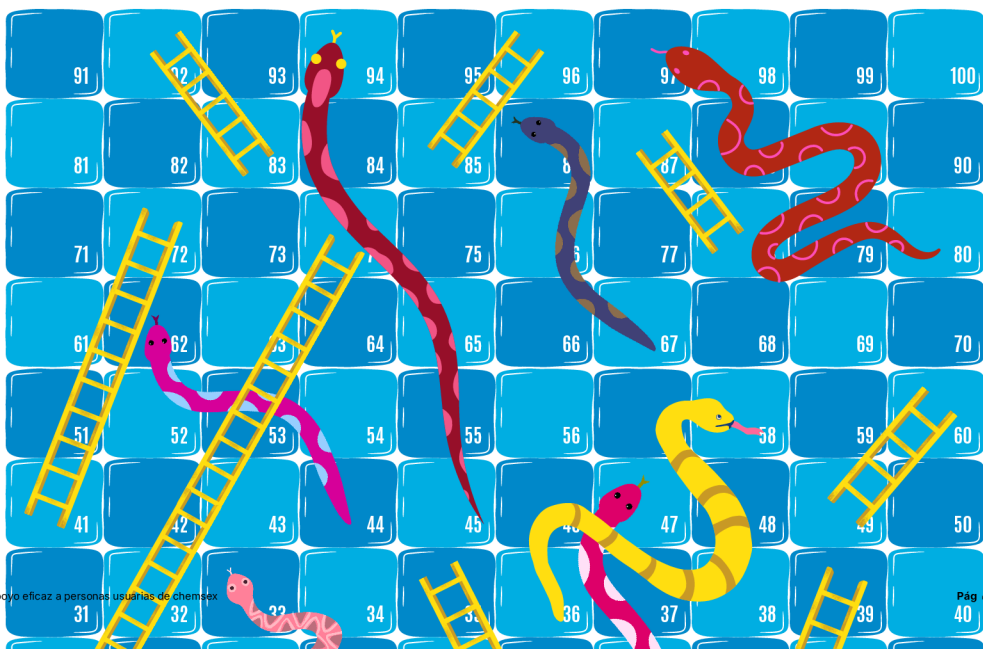
Podríamos decir que una recaída es como el juego de "Serpientes y Escaleras". Se empieza por un inicio y se va avanzando poco a poco. Puede tocarte la casilla de la escalera y ascender fácilmente, pero también puedes acabar en la casilla de la serpiente y descender solo unas casillas o bruscamente hasta el inicio. Esto no significa que hayas perdido, sino que tienes nuevamente oportunidades para seguir avanzando y ascendiendo, jugando tus fichas de forma diferente.

En momentos de recaída, las frases cargadas de reproche ("otra vez lo mismo"), con tonos hostiles, gestos o silencios incómodos, suelen aumentar la culpa y el aislamiento.

En cambio, los gestos genuinos, las expresiones empáticas ("estoy aquí para poder ayudarte en lo que me pidas") o actuar sin juicio, ayudan a retomar el camino sin miedo.

Acompañar durante una recaída puede resultar difícil tanto para la persona usuaria como para las acompañantes. Recuerda que la confianza no depende de si hay o no tropiezos sino del compromiso e implicación en el proceso.

Muchas personas usuarias señalan que el apoyo continuado en los momentos de recaída es especialmente importante, ya que en esas etapas pueden aparecer sentimientos intensos de culpa, vergüenza o aislamiento.



4.5 INDICADORES DE MEJORÍA EMOCIONAL Y RELACIONAL

Reconocer la mejoría no siempre es fácil, porque muchas veces aparece en pequeños cambios que vemos incluso imperceptibles o insignificantes. No se trata sólo de reducir o dejar el consumo, sino de una transformación en la forma de vincularse consigo mismo y con los demás.

Las señales de avance se ven en una mayor estabilidad emocional, una comunicación más honesta y tranquila, y en una presencia más disponible. También en la reconexión con aquellas actividades compartidas y en una relación distinta con el conflicto, que deja de vivirse como una amenaza y pasa a ser una oportunidad de diálogo.

Son en esos gestos simples y constantes donde se van reconstruyendo tanto el vínculo como la cercanía.

Por último, cuando hay mejoría emocional y relacional, ambas partes empiezan a comunicarse de manera más tranquila. La persona acompañada asume más responsabilidad sobre su proceso, y quién acompaña aprende a poner límites sin culpa. Se pasa del «yo te salvo» al «caminemos juntos».

ACTIVIDAD: EL TERMÓMETRO DEL VÍNCULO




Imagina que tienes un termómetro que marca el clima de tu relación con la persona que acompañas. Este termómetro no mide la temperatura corporal, sino la cercanía y cómo va cambiando vuestra relación.

Piensa en los últimos días o semanas:

- ¿Ha habido más momentos de calma o de tensión?
- ¿Te has sentido escuchado cuando habéis hablado?
- ¿Notas más apertura, mayor comunicación?
- ¿Sientes que ambos cuidáis mejor vuestros límites?
- ¿Se ha mostrado más dispuesto a compartir cómo se siente?
- ¿Percibes mayor empatía?
- ¿Te resulta más fácil poner límites sin sentir culpa o miedo?

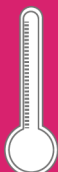
Con esta actividad no intentamos que se alcance siempre lo «rojo», sino que tratemos de reconocer en qué punto estáis y cómo se ha ido moviendo el termómetro en las últimas semanas. A veces, pasar de frío a templado es un gran paso.

Colorea estos termómetros

-  **Frío:** distancia, silencios incómodos, desconfianza, no saber nada del otro.
-  **Templado:** pequeños avances, comunicación más serena, gestos de cuidado mutuo.
-  **Calor:** conexión, confianza, afecto y equilibrio.



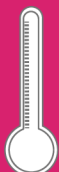
Semana 1



Semana 2



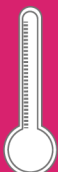
Semana 3



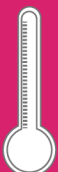
Semana 4



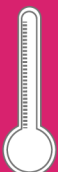
Semana 5



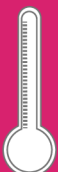
Semana 6



Semana 7



Semana 8



Semana 9

07 CÓMO ACTUAR EN SITUACIONES DE CRISIS



Cuando una persona está en una crisis relacionada con el chemsex, lo que ocurre por dentro suele ser difícil de explicar incluso para ella misma. Muchas personas describen estos momentos como estar "atrapadas en la cabeza", con el cuerpo acelerado, el miedo muy presente y una sensación intensa de soledad, aunque haya gente alrededor. Para la red de apoyo, esto suele generar confusión, impotencia y la duda constante de si se está haciendo lo correcto.

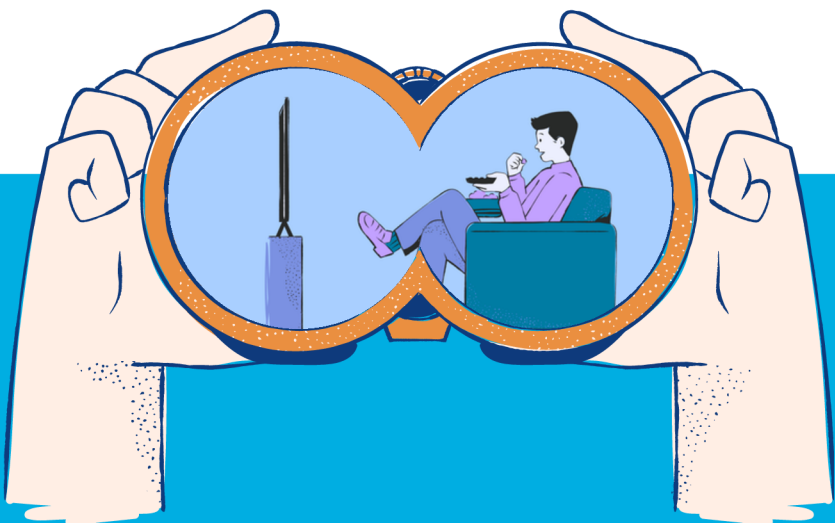
Desde una perspectiva psicológica, y también desde lo que relatan muchas personas usuarias, hay algo importante que conviene tener claro desde el principio: en una crisis no se necesita que alguien arregle nada, se necesita que alguien esté.

4.5 RECONOCER QUE ALGO NO VA BIEN

Las crisis no siempre aparecen de golpe. A veces se anuncian poco a poco. Por ejemplo, una persona que empieza a aislarse más de lo habitual, deja de responder mensajes durante días o se muestra excesivamente desconfiada: interpreta comentarios neutros como ataques, cree que otras personas hablan de ella o siente que todo el mundo la va a abandonar. Otras veces el cambio es más brusco: irritabilidad intensa, estallidos de agresividad verbal, miedo desproporcionado o una ansiedad que no se puede calmar.

En el contexto del chemsex también son señales de alerta los consumos muy prolongados, dormir muy poco durante varios días seguidos, descuidar completamente la alimentación o la higiene, o encadenar encuentros sexuales que después vive con mucha culpa o vergüenza. Algunas personas empiezan a decir frases como "esto se me ha ido de las manos", "no veo salida" o "ojalá pudiera desaparecer". Aunque no siempre hablan directamente de suicidio, estas expresiones deben tomarse en serio.

Quienes han pasado por estas situaciones cuentan que, en esos momentos, pedir ayuda resulta casi imposible. Por eso, que alguien cercano detecte estos cambios y se acerque con cuidado puede marcar una diferencia enorme.



4.5 QUÉ HACER CUANDO LA CRISIS YA ESTÁ PRESENTE

Imagina que estás con una persona que está muy alterada, con ideas de perjuicio o miedo a que le vaya a ocurrir algo malo o profundamente angustiada. Quizá habla rápido, salta de un tema a otro o te acusa de cosas que no entiendes. La reacción más humana suele ser intentar razonar, explicar que "no es para tanto" o discutir lo que está diciendo. Sin embargo, en una crisis esto suele empeorar la situación.

Lo que más ayuda es bajar el ritmo. Hablar despacio, con un tono tranquilo, usando frases sencillas. A veces basta con decir:

Escuchar sin interrumpir, aunque lo que diga no tenga sentido para ti. No es necesario estar de acuerdo con todo, pero sí validar la emoción:

Validar no significa justificar el consumo ni las conductas, sino reconocer el sufrimiento que hay detrás.

También es útil reducir estímulos: apagar música fuerte, evitar que haya mucha gente opinando, buscar un espacio más tranquilo. Ofrecer agua, algo de comida sencilla o la posibilidad de tumbarse puede parecer básico, pero en estados de activación extrema estas pequeñas cosas ayudan a que el cuerpo empiece a bajar.

Un punto importante, que a menudo genera miedo en la red de apoyo, es preguntar directamente por ideas de hacerse daño. Preguntas como:

no aumentan el riesgo; al contrario, suelen aliviar porque la persona siente que alguien se atreve a poner palabras a lo que le pasa.

"Te noto mal ahora mismo. Estoy aquí contigo".



"Entiendo que estés asustado, con todo lo que llevas encima".



"Cuando dices que no puedes más, ¿has pensado en hacerte daño o en no seguir viviendo?"



4.5 PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN LA PRÁCTICA

Los primeros auxilios psicológicos no son una terapia ni una intervención compleja. Son una forma de acompañar el momento más agudo de la crisis poniendo el foco en la seguridad y la calma.

Por ejemplo, si la persona está muy agitada, puedes invitarla a respirar contigo:

“Vamos a probar algo juntos, solo un momento. Inhala despacio... y suelta”.

No como una orden, sino como una invitación compartida.

Si está muy desbordada, puede ayudar recordarle que esa intensidad no es permanente, aunque ahora lo parezca:

“Esto que estás sintiendo es muy fuerte, pero no va a durar para siempre. Ya has pasado por momentos muy difíciles antes”.

Muchas personas ex usuarias explican que, en plena crisis, no podían imaginar un futuro distinto, pero que escuchar una voz calmada y constante les ayudaba a no sentirse completamente perdidas.

El objetivo no es convencer, sino acompañar hasta que la ola baje un poco.

4.5 CUÁNDO ES NECESARIO PEDIR AYUDA URGENTE

Hay situaciones en las que, por mucho cariño y presencia que ofrezca la red de apoyo, no es suficiente y es imprescindible activar ayuda profesional. Esto ocurre, por ejemplo, cuando la persona expresa claramente que quiere morirse o hacerse daño, cuando está totalmente desconectada de la realidad (escucha voces, tiene delirios intensos), cuando hay violencia grave o cuando aparecen síntomas físicos compatibles con una intoxicación o sobredosis (convulsiones, pérdida de conciencia, dolor torácico, dificultad respiratoria).

En estos casos, llamar a emergencias sanitarias o acudir a urgencias no es un fracaso ni una traición. Muchas personas que hoy están fuera del chemsex recuerdan ese momento como algo doloroso, pero también como un punto de inflexión que les salvó la vida. A veces, cuidar implica tomar decisiones difíciles



08 ¿Y TÚ CÓMO ESTÁS? EL CUIDADO DE QUIEN ACOMPAÑA



8.1 VALIDA LO QUE TE SUCEDE EN EL CAMINO

Apostar por acompañar a una persona usuaria de chemsex no es una tarea fácil. Es un camino marcado por la incertidumbre, en el que el autocuidado se vuelve fundamental para poder estar presente cuando la persona lo necesite, sin juicios y desde la empatía y el respeto.

En muchas ocasiones, aceptar lo que está ocurriendo es el primer paso de todo el proceso. No siempre sabemos cómo ayudar adecuadamente a alguien a quien queremos y que, además, se encuentra atravesando una situación difícil.

Para poder acompañar, también es importante permitirte vivir este proceso respetando tus propios tiempos. Durante el camino pueden aparecer emociones como el miedo, la frustración, el enfado, la impotencia, la culpa, la tristeza o la sensación de soledad. Todas ellas son reacciones humanas comprensibles ante una situación compleja.

Reconocer estas emociones y darles espacio puede ayudarnos a comprender mejor lo que necesitamos en cada momento.

Por ejemplo:

- El enfado puede aparecer cuando sentimos que nuestros límites han sido sobrepasados o cuando las expectativas que teníamos no se cumplen.
- La culpa puede surgir cuando asumimos más responsabilidad de la que realmente nos corresponde y pensamos que podríamos haber hecho más.
- El miedo suele aparecer ante la incertidumbre o ante la posibilidad de que ocurra algo doloroso.

Escuchar estas emociones no significa dejar que nos dominen, sino utilizarlas como señales que nos ayudan a entender mejor lo que estamos viviendo.



8.2 ¿TENGO LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS?

A veces, nos suceden cosas en la vida para las que no estamos preparados o no sabemos afrontar. Es un gesto de humildad el poder reconocer que no lo sabemos todo en todo momento.

Una vez hemos aceptado la situación y conscientemente decidimos que queremos estar para acompañar a la persona que queremos podemos darnos cuenta de que no sabemos cómo hacerlo, esto es completamente válido y está bien.

Aquí aparece un concepto muy importante que deberíamos tener en cuenta:

La codependencia, entendida como un patrón relacional en el que una persona depende emocionalmente de otra, generalmente en contextos que implican adicción, abuso o una necesidad imperiosa de cuidar.

Cuando hablamos de relacionarnos, romper con la codependencia es un proceso clave al momento de establecer vínculos saludables, sin embargo no es lo único importante. Se debería también tener en cuenta el cómo cuidamos y promovemos nuestro propio bienestar emocional, por esta razón, a continuación se presentan algunos tips para fomentarlo:

01 PERMÍTETE SENTIR CON TIEMPO Y LIBERTAD

No juzgues la emoción, acógela como mensajera. No la amplifiques y utilices para atacarte. Por ejemplo, el sentir miedo en un momento puntual no te hace cobarde.

02 ETIQUETA, NOMBRA LO QUE TE PASA

Dale entidad a lo que te ocurre. Reconocer lo que nos pasa en una determinada situación es necesario para poder abordarla.

03 REENFOCA

Para ello existen numerosas técnicas. Una de ellas es el mindfulness o atención a la respiración. Al llevar la atención a la respiración y a nuestro cuerpo, es más fácil observar el problema de manera global, permitiéndonos tomar distancia de la emoción que estamos experimentando internamente.

04 ACCIONA

Si consigues notar la diferencia entre lo que está pasando afuera y lo que está sucediendo en tu interior, posiblemente seas capaz de dar una respuesta mejor estructurada y adecuada ante esa situación que causa malestar.



8.3 AUTOCUIDADO, LÍMITES Y MANEJO DEL ESTRÉS

Cuando no cuidamos nuestro propio bienestar, acompañar a una persona que practica chemsex puede generar un desgaste importante a nivel físico, mental y emocional. Por eso, establecer límites claros y respetuosos es una parte esencial del autocuidado.

Poner límites no significa abandonar a la persona ni dejar de preocuparse por ella. Significa comunicar de manera honesta hasta dónde podemos llegar y qué necesitamos para estar bien.



Un límite puede expresarse de forma sencilla, por ejemplo:

"Estoy aquí para acompañarte y me importas, pero hay situaciones en las que no puedo participar." ✓✓

Este tipo de mensajes permiten mantener el vínculo sin renunciar al propio bienestar.

También puede ser útil reflexionar sobre la diferencia entre:

"Te acompaño porque quiero" ✓✓

Implica una decisión consciente basada en el afecto y el cuidado mutuo.

"Te acompaño porque debo" ✓✓

Suele estar relacionado con la culpa, la obligación o el miedo a que algo ocurra si no estamos presentes.



Cuando el acompañamiento nace únicamente desde la obligación, es más probable que aparezcan el agotamiento, la frustración y el resentimiento.

8.4 ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA CUIDAR TU BIENESTAR

Una vez tomamos conciencia de cómo nos está afectando la situación, podemos incorporar pequeñas acciones en nuestro día a día para cuidar nuestra salud emocional. Mantén el contacto con otras personas.

Compartir lo que estás viviendo con amistades, familiares o profesionales puede ayudarte a sentirte acompañado.

Cuida tu cuerpo: dormir lo suficiente, hacer ejercicio o mantener una alimentación regular ayuda a reducir el estrés.

Reserva tiempo para ti: realizar actividades que disfrutes (leer, pasear, practicar un hobby) permite desconectar y recuperar energía.

Continúa con tus propios proyectos: seguir cultivando tus intereses personales ayuda a que tu vida no gire únicamente en torno al problema.

Busca información y apoyo profesional si lo necesitas

Hablar con profesionales o acudir a asociaciones especializadas puede ofrecer orientación y aliviar la sensación de estar afrontando la situación en soledad.

Ejercicio:

Arma tus propios mensajes para tenerlos siempre a mano para calmarte.

¡PIENSA EN TI COMO UNA "JIRafa CALMADA" (OREJAS BIEN ABIERTAS PARA ESCUCHAR, Y EL CUELLO LARGO PARA VER LAS COSAS CON PERSPECTIVA)!

¿Por qué este ejercicio?

Como acompañante en temas de chemsex, a veces las emociones nos desbordan (miedo, frustración, ganas de "salvar").

Este ejercicio te ayuda a entrenar frases claras, empáticas y con límites, sin juzgar ni imponer.

Paso 1:

Elige un escenario real o imaginario Marca uno (o inventa el tuyo):

- Me escribe a las 3 de la mañana pidiendo que vaya ya porque está mal tras una sesión.
- Me cuenta que ha recaído y se siente fatal.
- Me pide que le guarde secretos o le ayude de forma que me agota.
- Otro: _____

Paso 2:

Arma tu frase mágica

Usa esta estructura simple (las 4 partes de la Comunicación No Violenta, pero fácil):

1	2	3	4
Cuando... <i>(observación neutra)</i>	Me siento... <i>(emoción calmada)</i>	Porque necesito... <i>(autocuidado)</i>	Y me gustaría... <i>(petición/límite empático)</i>
Noto que me escribes muy tarde	preocupado/a	cuidarme y descansar	que hablemos mañana cuando estemos más tranquilos/as
Veo que has tenido una recaída	triste	respetar mis límites para seguir apoyándote	escucharte ahora un rato y luego pensamos opciones
Escucho que estás pasando un mal momento	ansioso/a y agotado/a	tener energía para acompañar mejor	que me digas cómo te puedo acompañar sin excederme
Observo que pides ayuda urgente fuera de horario	impotente y con miedo	equilibrio en mi vida	ofrecerte algún recurso y hablar en otro momento
(Escribe la tuya)	(Escribe la tuya)	(Escribe la tuya)	(Escribe la tuya)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Recordatorio final

Acompañar a alguien en un proceso relacionado con el chemsex puede ser un gesto profundamente valioso. Sin embargo, el acompañamiento no implica sacrificar tu propio bienestar.

Cuidarte no significa abandonar a la otra persona. Significa asegurarte de tener la energía, la claridad y la estabilidad necesarias para poder estar presente de una manera sana y sostenible.

A veces, uno de los apoyos más importantes que podemos ofrecer es una presencia honesta, con límites claros y basada en el cuidado mutuo.



09 CÓMO COMUNICARTE MEJOR



Cuando una persona atraviesa un consumo problemático, la comunicación con su entorno cercano se convierte en un terreno especialmente sensible. Familias y parejas suelen hablar desde la preocupación, el cansancio o el miedo, mientras que la persona usuaria lo hace desde la vergüenza, la culpa o la defensividad. Aunque todas las partes deseen que la situación mejore, el diálogo suele convertirse en una fuente más de tensión.

En este contexto, la comunicación tiende a centrarse en lo visible —el consumo y sus consecuencias— y pierde de vista todo aquello que lo sostiene. Esto dificulta la creación de un espacio seguro, necesario para que la persona usuaria pueda expresarse sin temor al juicio.

9.1 TÉCNICAS DE ESCUCHA ACTIVA

Escuchar cuidadosamente no significa solo guardar silencio mientras la otra persona habla, ni esperar a que termine para dar consejos, advertencias o discursos morales. A menudo, lo que se llama "escuchar" es en realidad preparar la respuesta para corregir, convencer o aprender, lo que aumenta la distancia emocional.

Cuando la escucha no es real, aparecen conductas que dificultan el diálogo: interrumpir, juzgar antes de tiempo, centrado solo en lo que interesa o fingir atención mientras la mente está en otro lugar. También es frecuente mirar el móvil o asentir sin estar verdaderamente presente.

Este tipo de comunicación transmite, aunque no se diga explícitamente, mensajes como "no te entiendo" o "lo que sientes no es importante". En contextos de consumo, esto refuerza la sensación de incomprensión y favorece el cierre y la desconfianza.

La escucha activa implica algo diferente. Supone hacer un esfuerzo consciente por comprender lo que la otra persona está viviendo, no solo lo que está diciendo. Significa prestar atención real, sin interrumpir, sin anticipar respuestas y sin emitir juicios rápidos. Escuchar activamente es intentar captar también la emoción que hay detrás de las palabras: el miedo, la vergüenza, la tristeza o la confusión.

Algunas actitudes sencillas pueden marcar una gran diferencia: mirar a los ojos, mantener una postura abierta, no interrumpir, respetar los silencios y mostrar interés genuino por lo que el otro expresa. A veces, el silencio compartido resulta más útil que cualquier consejo. Nombrar la emoción que se percibe ("parece que estás muy cansado", "suena a que te sientes solo") ayuda a que la otra persona se sienta vista y reconocida.

La ausencia de juicio es clave. Cuando la persona percibe que no está siendo evaluada ni atacada, aumenta la probabilidad de que pueda hablar con mayor honestidad. La escucha activa no busca cambiar al otro de inmediato, sino crear un espacio donde sea posible expresarse sin miedo.



9.1 TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EMPÁTICA

La comunicación empática va un paso más allá de escuchar. Consiste en intentar comprender el mundo interior de la otra persona: cómo se siente, qué necesita y desde dónde vive lo que le ocurre, sin juzgarla ni colocarse en una posición de superioridad moral. En contextos de consumo, esta forma de comunicarse resulta especialmente importante, ya que muchas personas usuarias arrastran culpa, vergüenza o miedo al rechazo.

Comunicar con empatía implica atender no solo a las palabras, sino también a la emoción que las acompañan: el tono, los gestos, las actitudes y los silencios. En lugar de centrarse únicamente en el consumo o en las conductas, se pone el foco en lo que hay detrás: la soledad, el malestar, la ansiedad o la necesidad de evasión.

Uno de los pilares de la comunicación empática es evitar los juicios de valor. Escuchar sin intentar corregir, moralizar o imponer un punto de vista permite que la persona usuaria no se sienta atacada. No se trata de estar de acuerdo con todo lo que hace, sino de respetar su vivencia sin descalificarla. Cuando la conversación se convierte en una evaluación constante, la persona tiende a cerrarse o a defenderse.

La respuesta empática también marca una gran diferencia. En lugar de hablar de uno mismo o dar soluciones rápidas, resulta más útil mostrar comprensión y abrir espacio al otro con preguntas sencillas como:

"¿Qué necesitas ahora?"



"¿Qué es lo que más te cuesta de esta situación?"



"¿Cómo puedo ayudarte sin presionarte?"



Este tipo de respuestas refuerzan el vínculo y transmiten disponibilidad sin control.

La comunicación empática requiere además autocontrol y apertura. Supone renunciar a tener razón, no imponer las propias necesidades por encima de las del otro y aceptar que se puede comprender una experiencia sin compartirla. En el acompañamiento al consumo, esto ayuda a reducir la lucha de posiciones y favorece un clima de mayor colaboración.

Por último, la comunicación no verbal también comunica empatía: una mirada cálida, una postura abierta, un gesto de cercanía o un tono de voz

tranquilo pueden transmitir más apoyo que muchas palabras. Estos elementos contribuyen a crear un entorno donde la persona usuaria pueda expresarse sin sentirse examinada ni amenazada.





9.1 CÓMO IDENTIFICAR TUS PROPIAS CONDUCTAS Y LAS DE LA PERSONA USUARIA

En situaciones de consumo, muchas reacciones no son conscientes, sino automáticas. Tanto la persona usuaria como su entorno suelen entrar en patrones repetidos que, aunque nacen del intento de protegerse o cuidar, terminan manteniendo el problema. Las personas de apoyo suelen reaccionar de cuatro maneras principales:

- **Controlar** (vigilar, interrogar, exigir promesas).
Intención: proteger.
Efecto: más ocultación.
- **Enfadarse o atacar** (reproches, amenazas, dramatización).
Intención: provocar un cambio.
Efecto: defensa y cierre.
- **Rescatar** (justificar, tapar consecuencias, resolver problemas).
Intención: cuidar.
Efecto: se cronifica la situación.
- **Rendirse o evitar** (no hablar del tema, desconectar).
Intención: no sufrir.
Efecto: distancia emocional.

Por su parte, la persona usuaria suele responder con conductas como minimizar, prometer, mentir, aislarse, enfadarse o desaparecer. No tanto por mala intención, sino por vergüenza, miedo, dependencia o sensación de ataque. Estas dinámicas perpetúan un bucle relacional con el consumo como eje central:

Lo importante no es quién empieza, sino cómo se forma el círculo. Cada reacción alimenta la siguiente, generando dicho bucle relacional que refuerza el problema.

Identificar este patrón permite introducir pequeños cambios: pasar del control a la pregunta, del reproche a la expresión de preocupación, del rescate al límite, del silencio al diálogo sin acusación. No se trata de hacerlo perfecto, sino de romper el automatismo y elegir respuestas más cuidadosas.

Aunque los patrones suelen repetirse, no se viven igual desde una relación familiar que desde una relación de pareja.

En el entorno familiar, las reacciones suelen estar más ligadas al miedo y la necesidad de proteger. Aparecen con frecuencia conductas como controlar, vigilar o rescatar, que buscan evitar el daño, aunque a menudo terminan generando más ocultación y tensión.

En la pareja, en cambio, el consumo suele vivirse como algo que afecta directamente al vínculo. Aparecen con más fuerza, sentimientos de traición, abandono o celos, y las reacciones tienden a ser más emocionales o intensas. El conflicto no se sitúa solo en el consumo, sino en lo que este significa para la relación.

Existe además una situación especialmente compleja cuando ha habido —o aún existe— consumo compartido, ya sea en contextos lúdicos o sexualizados. En estos casos, la persona que acompaña puede adoptar una posición de superioridad moral (“yo lo controlo”, “yo consumo de forma responsable”), lo que genera desconfianza en la persona con un consumo problemático, que puede percibir al otro como incoherente o poco legítimo para señalar límites.

A su vez, la culpa y la vergüenza asociadas al consumo pueden llevar a intentar arrastrar al otro a consumir como forma de normalizar la conducta y aliviar el malestar interno: si ambos lo hacen, parece menos grave. Este juego relacional refuerza el hábito y dificulta que se establezcan límites claros, aumentando la confusión y el conflicto dentro de la pareja.



Reconocer estas diferencias permite comprender mejor las propias reacciones y ajustar la forma de acompañar, sin reducir la situación a un único tipo de respuesta ni colocar a ninguna de las partes en el papel de culpable.

9.1 FOMENTAR UN ENTORNO SEGURO, SIN ESTIGMAS NI PRESIONES

Para que la comunicación sea posible, es necesario crear un entorno donde la persona usuaria no se sienta señalada ni reducida a su consumo. El estigma, la presión constante o los mensajes basados en el miedo suelen aumentar la culpa y el silencio, dificultando que pueda pedir ayuda o hablar con honestidad.

Un entorno seguro no implica justificar el consumo ni mirar hacia otro lado, sino transmitir que la persona es más que su conducta. Cuando se reduce el juicio y se aumenta la comprensión, es más probable que aparezca la responsabilidad y el deseo de cambio. La seguridad emocional es la base sobre la que pueden construirse conversaciones más útiles y vínculos más sostenidos.

En este sentido, puede ser útil descentralizar el consumo como único eje de la relación y favorecer experiencias compartidas que resulten seguras y significativas. Proponer actividades de ocio, retomar aficiones o crear espacios donde la persona usuaria pueda sentirse valorada más allá del problema ayuda a que su entorno saludable sea percibido como un lugar confiable.

Estos momentos funcionan como puntos de anclaje y como andamiaje emocional: permiten reforzar el vínculo, recuperar una sensación de normalidad y facilitar que la persona pueda mostrarse tal como es, sin miedo a ser juzgada. Cuando existen espacios compartidos que generan confianza, resulta más fácil que, en los momentos complicados, pueda abrirse y pedir apoyo.

9.1 EVITAR EL “DRAMA” SIN EVITAR EL CONFLICTO NECESARIO

En algunas relaciones de pareja, el drama acaba funcionando como motor del vínculo. La intensidad, las discusiones repetidas o los momentos de ruptura y reconciliación se convierten en la forma habitual de conexión. En este tipo de dinámicas suelen aparecer chantajes emocionales, reproches constantes o formas de agresividad pasiva, como la ley del hielo o el silencio castigador, cuando una de las partes no cumple las expectativas de la otra y esta no sabe manejar la frustración.

Estas estrategias no buscan resolver el problema, sino recuperar el control o provocar una reacción en el otro. A corto plazo pueden generar sensación de poder o alivio, pero a medio plazo deterioran la confianza y hacen que el conflicto se viva como una amenaza, en lugar de como una oportunidad de ajuste y comprensión mutua.

Evitar el drama no implica negar el conflicto ni restarle importancia. Los conflictos son inevitables en cualquier vínculo y, bien manejados, pueden convertirse en una vía para conocerse mejor y expresar con mayor claridad lo que resulta incómodo o doloroso. Entender esto permite relativizar las discusiones y dejar de interpretarlas automáticamente como señales de fracaso o catástrofe.

En el contexto del consumo, los prejuicios y los estigmas —tanto externos como interiorizados— suelen reforzar la idea de que cualquier conflicto es una prueba de que “todo va mal”. Esta mirada alimenta el dramatismo y dificulta el diálogo. Desmontar estas creencias resulta fundamental para poder habitar los conflictos de una manera más adaptativa: como espacios donde poner límites, expresar malestar y revisar acuerdos sin recurrir a la amenaza, el castigo o el silencio.

Nombrar el problema con firmeza, sin convertirlo en un arma, permite que el conflicto cumpla su función: señalar lo que no está funcionando y abrir la posibilidad de cambio, sin romper el vínculo.



09 RECURSOS Y REDES DE APOYO



La intervención eficaz requiere una red de recursos coordinados que atiendan tanto a la persona usuaria como a su entorno cercano. Esta parte de la guía tiene como objetivo facilitar el acceso a recursos formales e informales y ayudar a comprender qué tipo de ayuda buscar en cada momento.

Los recursos cumplen una función importante en la protección de derechos, salud y bienestar permitiendo el acceso a información fiable, apoyo profesional y espacios seguros donde ser atendidos sin prejuicios.

Los recursos a tener presentes pueden organizarse en seis grandes categorías complementarias:

1. Salud sexual y VIH/ITS: centros comunitarios, clínicas de infecciones de transmisión sexual, programas de PrEP y PEP.
2. Adicciones: unidades de conductas adictivas (UCA), centros de atención a drogodependencias (CAD), reducción de daños.
3. Salud mental: psicología clínica, psiquiatría, atención en crisis, prevención del suicidio.
4. Recursos comunitarios LGTBIQ+: asociaciones, grupos de apoyo, espacios seguros.
5. Atención social: trabajo social, vivienda, mediación familiar y apoyo jurídico.
6. Emergencias y crisis: teléfonos 24h, urgencias hospitalarias y atención inmediata.



9.1 MAPA DE RECURSOS A NIVEL ESPAÑA:

CESIDA, Coordinadora estatal de VIH y sida

Es la coordinadora de referencia en salud sexual y comunitaria, agrupando a asociaciones que trabajan directamente a pie de calle. Ofrece programas específicos de reducción de daños en contextos de chemsex, acceso a pruebas rápidas de VIH/ITS sin estigma y grupos de apoyo entre pares para compartir experiencias de forma segura

UNAD, Red de Atención a las Adicciones

Se trata de la mayor red de ONGs dedicada a las adicciones en España, con un enfoque centrado en la persona y sus derechos. Proporciona una amplia red de centros de día, asesoramiento familiar y programas de inserción sociolaboral, adaptando sus protocolos a la realidad del colectivo LGTBI+ y el policonsumo.

Ministerio de Igualdad

El Ministerio de Igualdad de España ha creado un mapa interactivo público, oficial y diseñado para que cualquier persona pueda encontrar información fiable y servicios seguros. Cuenta con: Asesoramiento, Educación, Sensibilización, Inserción y Orientación laboral, Servicios, VIH, ITS y Salud Sexual.

9.2 RECURSOS INFORMATIVOS Y ENTIDADES:

Ministerio de Sanidad

El Ministerio de Sanidad tiene una página que explica, de forma general y comprensible, qué es el chemsex y qué aspectos deben tenerse en cuenta desde una perspectiva de salud pública.

Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans, Bisexuales, Intersexuales y más

Es una de las organizaciones más relevantes en España en materia de derechos, salud y bienestar de las personas LGTBI+. Dentro de su área de salud y prevención, FELGTBI+ ofrece un conjunto de recursos específicos sobre chemsex, diseñados para informar, sensibilizar y acompañar desde un enfoque comunitario y libre de estigma.

Energy Control

Es un programa pionero en España, gestionado por la ONG Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). Su trabajo se centra en la reducción de riesgos, la información objetiva y el acompañamiento a personas que consumen sustancias en distintos contextos.

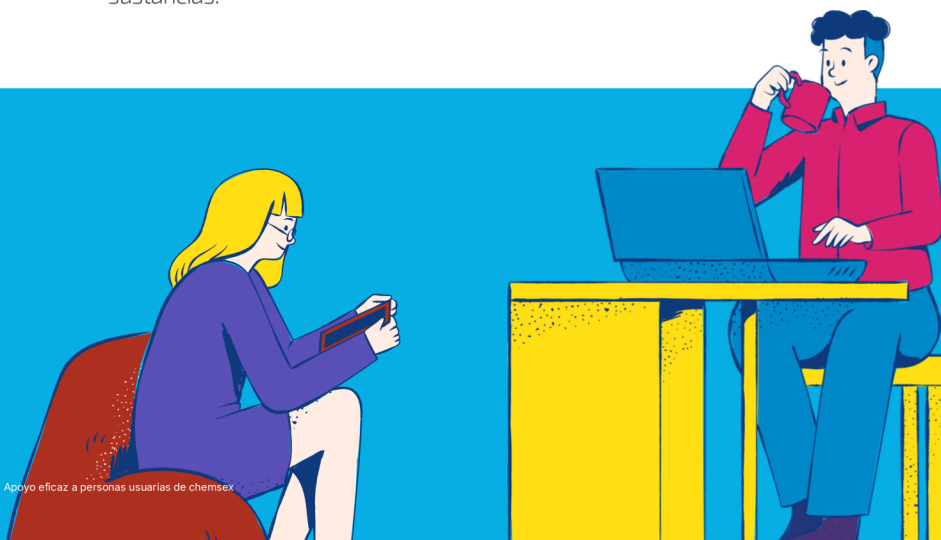
9.3 LIBROS Y GUÍAS

“Chemsex: drogas, placer y riesgo” Pol Galofré Molero. Editorial Bellaterra (2020)

Es uno de los primeros libros en español que aborda el chemsex desde una perspectiva social, sanitaria y comunitaria. Se enfoca en un análisis accesible sobre el fenómeno, sus motivaciones y estrategias de reducción de daños.

Guía de reducción de riesgos de Energy Control (2018)

Su objetivo es ofrecer información práctica, clara y basada en evidencia para que las personas puedan tomar decisiones más seguras en contextos donde se consumen sustancias.



9.4 RECURSOS PARA PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL Y POBLACIÓN MIGRANTE

El chemsex afecta de forma desigual a distintas poblaciones. Las personas que ejercen trabajo sexual y las personas migrantes (especialmente aquellas en situación administrativa irregular) suelen enfrentar mayores barreras para acceder a información, atención sanitaria y apoyo: estigma, miedo a la deportación, discriminación, precariedad económica o desconocimiento de los recursos disponibles. Afortunadamente, en España existe una red de entidades y servicios comunitarios que ofrecen respuesta específica a estas realidades.

Estos recursos suelen proporcionar:

- Asesoría jurídica y acompañamiento en trámites administrativos o de regularización
- Apoyo psicológico y psicosocial libre de estigma
- Información y prevención en salud sexual, ITS/VIH y reducción de riesgos en chemsex
- Acompañamiento en situaciones de violencia, vulnerabilidad o explotación
- Orientación para el acceso a vivienda, empleo y recursos básicos
- Atención sanitaria y derivaciones especializadas

Estos servicios trabajan desde un enfoque de derechos humanos, interculturalidad y respeto a las decisiones de cada persona, sin juzgar sus prácticas sexuales ni su consumo de sustancias.

Cómo encontrar ayuda cercana y adecuada:

Puedes buscar directamente en internet combinando palabras clave como: "trabajo sexual + salud" o "chemsex + migrantes" + tu ciudad/provincia.

También son especialmente útiles las webs y líneas de atención de entidades especializadas en trabajo sexual y en migración y refugio, que habitualmente ofrecen atención confidencial, gratuita y flexible (presencial, telefónica o por mensajería).

Estos recursos están diseñados precisamente para acompañar a las personas que más dificultades tienen para acceder a apoyos convencionales. Pedir ayuda cuando se necesita es un derecho y una forma de autocuidado.

Si formas parte de una entidad y quieres facilitar recursos útiles para que aparezcan en la guía, hazlo saber mandando un correo a: **comunicacion@adharasevilla.org**



10 GLOSARIO

Capítulo 1: Introducción

- **Chemsex:** Práctica que combina el uso de determinadas sustancias psicoactivas con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSHGB), generalmente en contextos grupales o prolongados. Puede implicar riesgos físicos, emocionales y sociales que requieren acompañamiento y estrategias de reducción de daños.
- **Estigma:** Conjunto de prejuicios, juicios morales y actitudes negativas que recaen sobre personas que consumen drogas o practican chemsex. El estigma puede generar aislamiento, vergüenza y barreras para pedir ayuda.

Capítulo 2: Comprender el fenómeno del Chemsex

- **Alfa-PVP (alfa / flakka):** Estimulante sintético de alta potencia que incrementa energía, alerta y desinhibición. Se asocia a riesgo elevado de dependencia, psicosis aguda, agitación intensa y conductas sexuales de alto riesgo.
- **Catinonas:** Grupo de sustancias estimulantes sintéticas (como mefedrona) que producen euforia, aumento del deseo sexual y riesgo de consumo compulsivo.
- **Cisgénero / Cissexual:** Persona cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer.
- **Cis passing:** Se trata de una persona trans que es percibida por los demás como cisgénero. Muchas personas trans sienten presión por conseguir este "pase", y se menosprecia a las que no consiguen alcanzar la norma cis. Esta autoexigencia viene por encajar en cánones de belleza cis, pero también en las expectativas y roles de género.
- **Consentimiento sexual:** Acuerdo libre, voluntario, informado y continuo entre las personas involucradas en una actividad sexual. Debe expresarse de forma clara mediante palabras o acciones. Es irrenunciable y se ve comprometido cuando hay consumo de sustancias que alteran la conciencia.
- **Cruising:** Práctica de búsqueda de encuentros sexuales anónimos o espontáneos en espacios públicos o semi-públicos, como parques, zonas específicas o locales destinados a ello.
- **GBHSH (Gais, Bisexuales y Otros Hombres que Tienen Sexo con Hombres):** Categoría epidemiológica que agrupa a hombres que mantienen prácticas sexuales con otros hombres, independientemente de su identidad u orientación declarada. Se usa para comprender patrones de salud sexual y consumo sin asumir etiquetas identitarias.
- **GHB/GBL:** Sustancias depresoras del sistema nervioso central con efectos euforizantes y desinhibidores. Tienen un margen muy estrecho entre dosis deseada y sobredosis, lo que aumenta el riesgo de pérdida de conciencia y vulnerabilidad ante abusos.
- **Lgtbqfobia interiorizada:** Rechazo, vergüenza o malestar que una persona del colectivo siente hacia su propia orientación, identidad o expresión, como resultado de haber interiorizado prejuicios sociales. Puede manifestarse como homofobia, bifobia, transfobia o lesbofobia hacia uno mismo.
- **Masculinidad normativa:** Conjunto de normas sociales que privilegian modelos rígidos de masculinidad, limitan la expresión emocional y generan jerarquías entre hombres. Afecta especialmente a hombres GBHSH al cruzarse con homofobia y bifobia.
- **Mefedrona (cat / mefe):** Catinona sintética con efectos estimulantes y euforizantes. Puede generar consumo compulsivo, ansiedad, paranoia y aumento del riesgo sexual.
- **Metanfetamina (crystal meth / tina):** Estimulante potente del sistema nervioso central que incrementa energía, libido y desinhibición. En contextos de chemsex se asocia a riesgo elevado de dependencia, psicosis y conductas sexuales de alto riesgo.

- **Plumofobia:** Rechazo hacia hombres gays, bisexuales o que tienen relaciones con hombres (GBHSH) que tienen comportamientos que socialmente se leen como femeninos. Entre ellos se encuentra la gesticulación, la forma de hablar, el tono de voz, no encajar en cuerpos normativos, o la vestimenta. La plumofobia, además, es una forma más del machismo, pues se siente repulsión por todo lo asociado con lo femenino.
- **Popper (nitritos de alquilo):** Sustancia inhalada que produce vasodilatación y relajación del esfínter anal. Su uso puede implicar riesgos cardiovasculares en personas con determinadas condiciones.
- **Sildenafil (Viagra):** Fármaco que facilita la erección al aumentar el flujo sanguíneo peneano. Su uso combinado con estimulantes o sin supervisión médica puede aumentar riesgos cardiovasculares y efectos adversos.
- **Stealthing:** Práctica delictiva que consiste en retirar el preservativo sin consentimiento o conocimiento de la otra persona durante una relación sexual.
- **Trans binario:** personas trans que se identifican como hombre o mujer.
- **Trans no binario:** personas cuya identidad no se ajusta a las categorías tradicionales de hombre/mujer.

Capítulo 3: ¿Por qué lo hacen? Lo que hay detrás

- **Apego:** Patrón de relación emocional que se forma en la infancia y afecta cómo se busca cercanía, seguridad y afecto en la adultez. En el chemsex, puede influir en la búsqueda intensa de conexión o en la evitación de intimidad.
- **Creencias nucleares:** Ideas profundas y rígidas sobre uno mismo ("no valgo", "no soy deseable"). Suelen originarse en experiencias traumáticas y guían comportamientos y decisiones.
- **Disociación:** Respuesta del sistema nervioso ante el estrés extremo. Implica desconexión del cuerpo, de las emociones o de la realidad. Puede aparecer durante o después del chemsex.
- **Hiperadaptación:** Tendencia a ajustarse excesivamente a las expectativas o deseos de otras personas, incluso a costa del propio bienestar. En sexualidad, puede implicar priorizar el deseo ajeno sobre el propio.
- **Serofobia:** miedo, aversión, estigma o discriminación hacia las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- **Trauma:** Impacto psicológico duradero de experiencias adversas que superan la capacidad de afrontamiento. Puede ser físico, emocional o relacional, y afecta la percepción de seguridad, el cuerpo y la identidad.
- **Trauma relacional:** Tipo de trauma que surge en vínculos significativos (familia, escuela, pareja). Se caracteriza por repetición, acumulación y ocurrencia en etapas tempranas de la vida.
- **Trauma complejo:** Forma de trauma que resulta de exposición prolongada a situaciones adversas interpersonales. Se manifiesta en dificultades de regulación emocional, identidad, apego y autopercepción.
- **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT):** Condición clínica que aparece tras experiencias traumáticas. Incluye síntomas como hipervigilancia, recuerdos intrusivos, evitación, disociación y alteraciones emocionales.
- **Vergüenza tóxica:** Forma intensa y persistente de vergüenza que afecta la identidad ("soy malo", "soy defectuoso"), no solo la conducta. Frecuente en personas con trauma relacional.

Capítulo 4: ¿Por qué lo hacen? Lo que hay detrás

- **Adicción:** Enfermedad crónica y recurrente del cerebro caracterizada por pérdida de control, consumo persistente, deseo intenso (craving) y continuidad del consumo a pesar de consecuencias negativas.
- **Anhedonia:** Incapacidad para sentir placer en actividades que antes resultaban agradables. Frecuente en procesos de adicción y abstinencia.
- **Craving (deseo intenso):** Necesidad urgente y compulsiva de consumir una sustancia, incluso cuando la persona no quiere hacerlo.
- **Intoxicación:** Estado físico y mental alterado por el consumo de sustancias, que puede incluir confusión, desorientación, agitación o pérdida de conciencia.
- **Predisposición genética:** Vulnerabilidad heredada que aumenta la probabilidad de desarrollar una adicción.

- **Recaída:** Retorno al consumo después de un periodo de abstinencia. No es un fracaso, sino parte frecuente del proceso de recuperación.
- **Resiliencia:** Capacidad de afrontar y recuperarse de situaciones adversas. Funciona como factor protector frente a la adicción.
- **Síndrome de abstinencia (mono):** Conjunto de síntomas físicos y psicológicos que aparecen cuando una persona dependiente deja de consumir. Incluye ansiedad, irritabilidad, insomnio, sudoración, temblores, dolor muscular o anhedonia.
- **Sobredosis:** Reacción grave por consumo excesivo o mezcla de sustancias, que puede incluir convulsiones, dificultad respiratoria o pérdida de conciencia.
- **Tolerancia:** Necesidad de consumir dosis cada vez mayores para obtener los mismos efectos que antes se lograban con menos cantidad.

Capítulo 5: Estrategias de Reducción de Riesgos y Daños

- **Hiperestimulación:** Sobrecarga del sistema nervioso por sustancias estimulantes, que puede generar agitación, taquicardia o ansiedad extrema.
- **Interacciones peligrosas:** Combinaciones de sustancias que aumentan significativamente los riesgos físicos o psicológicos (por ejemplo, alcohol + poppers).
- **Interacciones mortales:** Mezclas de sustancias que pueden provocar pérdida de conciencia, depresión respiratoria o paro cardíaco (por ejemplo, alcohol + GHB).
- **Método barrera:** Elementos que reducen el riesgo de transmisión de ITS durante prácticas sexuales (preservativos, guantes, fundas para juguetes sexuales).
- **Palabra de seguridad (safe word):** Término acordado previamente para detener una práctica sexual si alguien se siente incómodo, inseguro o quiere parar.
- **PEP (Profilaxis Postexposición):** Tratamiento de emergencia que se inicia tras una exposición de riesgo al VIH, idealmente dentro de las primeras 72 horas.
- **PrEP (Profilaxis Preexposición):** Tratamiento preventivo que reduce el riesgo de adquirir VIH cuando se toma de forma adecuada.
- **Redosificación:** Tomar más cantidad de una sustancia antes de que haya hecho efecto la dosis previa, aumentando el riesgo de sobredosis.
- **Turulo:** Tubito desechable utilizado para esnifar sustancias, que evita compartir mucosas y reduce riesgo de infecciones.
- **Vía anal (boofing / shelving):** Introducción de sustancias por el recto. Tiene absorción rápida y riesgo elevado de sobredosis y lesiones en la mucosa.
- **Vía intranasal (esnifada):** Consumo por absorción nasal. Tiene inicio rápido y puede dañar la mucosa, además de facilitar el consumo repetitivo.
- **Vía intravenosa (slam):** Inyección directa en vena. Produce efecto inmediato y conlleva alto riesgo de sobredosis, infecciones y dependencia.
- **Vía oral:** Forma de consumo en la que la sustancia se ingiere. Tiene un inicio de acción más lento y riesgo de redosificación por impaciencia.
- **Vía pulmonar (fumada):** Consumo mediante inhalación de humo o vapor. Produce efectos rápidos y favorece el consumo compulsivo.

Capítulo 6: Qué ayuda y qué no ayuda

- **Acompañamiento no directivo:** Apoyo basado en estar presente sin imponer soluciones ni controlar el proceso de la otra persona.
- **Acompañamiento respetuoso:** Forma de acompañar que prioriza la empatía, la escucha y el respeto por la autonomía y los límites de la persona usuaria.
- **Comunicación intersubjetiva:** Intercambio comunicativo que tiene en cuenta no solo lo que se dice, sino desde qué emoción se dice y cómo impacta en la otra persona.

- **Control coercitivo:** Conductas de vigilancia o supervisión que limitan la autonomía de la otra persona (revisar el móvil, controlar dinero, decidir con quién se relaciona).
- **Lenguaje no estigmatizante:** Uso de palabras que no culpabilizan ni etiquetan ("persona usuaria" en lugar de "adicto").
- **Sobrecarga emocional:** Acumulación de angustia, cansancio o frustración cuando la persona acompañante asume más de lo que puede sostener.
- **Validación emocional:** Reconocer y legitimar las emociones de la otra persona sin juzgar ni minimizar

Capítulo 7: Cómo ayudar en situaciones de crisis

- **Alerta suicida indirecta:** Expresiones que no mencionan explícitamente el suicidio pero reflejan desesperanza o deseo de desaparecer ("no veo salida", "ojalá pudiera desaparecer").
- **Crisis emocional agudo:** Momento de desbordamiento psicológico caracterizado por miedo intenso, ansiedad, paranoia, irritabilidad o pérdida de control.
- **Desconexión de la realidad:** Estado en el que la persona pierde contacto con lo que ocurre a su alrededor, pudiendo experimentar delirios, confusión profunda o escuchar voces.
- **Desconfianza persecutoria:** Interpretación distorsionada de la realidad en la que la persona cree que otros hablan de ella, la critican o quieren hacerle daño.
- **Estallido verbal:** Reacción intensa de irritabilidad o agresividad en momentos de crisis, sin que necesariamente exista intención de dañar
- **Paranoia:** Sensación intensa de amenaza o persecución sin base real, frecuente en crisis asociadas a estimulantes.

Capítulo 8: ¿Y tú cómo estás? Cuidar a quien cuida

- **Codependencia:** Patrón relacional en el que una persona depende emocionalmente de otra, descuidando sus propias necesidades y ligando su valor personal al rol de cuidadora.
- **Desconexión emocional:** Necesidad de tomar distancia temporal para descansar, recuperar energía y evitar el desgaste afectivo.
- **Mindfulness:** Técnica de atención plena que ayuda a reenfocar, observar emociones sin juicio y crear espacio entre lo que sucede y cómo respondemos.

Capítulo 9: ¿Cómo comunicarte mejor?

- **Andamiaje emocional:** Conjunto de apoyos relacionales que sostienen a la persona usuaria y facilitan que pueda expresarse, regularse y vincularse sin miedo al juicio.
- **Conducta de rescate:** Acción de resolver problemas por la persona usuaria, justificarla o tapar consecuencias, lo que cronifica la situación y reduce su responsabilidad.
- **Dramatización relacional:** Uso de intensidad emocional, discusiones repetidas o chantajes afectivos como forma de conexión o control dentro del vínculo.
- **Reacción defensiva:** Respuesta automática de cierre, enfado o evitación cuando la persona usuaria se siente juzgada o atacada.

Capítulo 10: Recursos y redes de apoyo

- **Confidencialidad médica:** Principio por el cual la información personal médica de una persona se mantiene privada y solo se comparte con su consentimiento.
- **Reducción de riesgos:** Estrategias destinadas a disminuir los daños asociados al consumo de sustancias o a determinadas prácticas, sin exigir necesariamente la abstinencia.
- **Mapa interactivo de recursos:** Herramienta digital que permite localizar servicios o entidades de apoyo según la zona geográfica
- **Servicios especializados:** Recursos profesionales que cuentan con formación específica para atender una problemática concreta.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Capítulo 1: Introducción al Chemsex

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., & Weatherburn, P. (2015). Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 91(8), 564–568. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052052>

Hibbert, M. P., Brett, C. E., Porcellato, L. A., & Hope, V. D. (2021). Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK. *Sexually Transmitted Infections*, 95(5), 342–350. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053933>

Moratilla-Monzó, A., Gómez-Ontiveros, M. J., Martínez-García, A., & Delgado-Rodríguez, M. (2024). Sexualized drug use and chemsex among men who have sex with men in Europe: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1812. <https://doi.org/10.3390/jcm13061812>

Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S., & Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93(3), 203–206. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052695>

Sustancias específicas: metanfetamina, GHB/GBL, mefedrona

Stuart, D. (2019). Chemsex: Origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to a culture. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 3–10. <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058>

Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Gómez-Arnau, J., & Sánchez-Mateos, D. (2017). Severe psychosis, drug dependence, and hepatitis C related to slamming mephedrone. *Case Reports in Psychiatry*, 2016, 8379562. <https://doi.org/10.1155/2016/8379562>

Contexto de salud pública y VIH/ITS

World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. WHO Press.

Strong, C., Huang, P., Li, C.-W., Ku, S. W.-W., Wu, H.-J., & Bourne, A. (2022). HIV, chemsex, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The Lancet HIV*, 9(9), e653–e662. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00124-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00124-2)

Capítulo 2: Comprender el Chemsex

Motivaciones para el consumo

Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S., & Bourne, A. (2017). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93(3), 203–206. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052695>

Platteau, T., Pebody, R., Dunbar, N., Lebacqz, T., & Collins, B. (2019). The problematic chemsex journey: A resource for prevention and harm reduction. *Drugs and Alcohol Today*, 19(1), 49–54. <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0054>

Íncera-Fernández, D., Moreno-Rodríguez, M., Villalba-Rodríguez, A., & Gámez-Guadix, M. (2024). Exploration of mental health elements in chemsex behavior: Interventions, influencing factors, and attitudes towards risk and harm reduction in Spain. *Sexologies*, 14(3), 172. <https://doi.org/10.3390/sexologies14030172>

Diversidad sexual, identidad y estigma

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma 'get under the skin'? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>

Uso de aplicaciones y redes sociales en el chemsex

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Weatherburn, P. (2015). 'Chemsex' and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171–1176. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>

Capítulo 3: ¿Por qué lo Hacen? ¿Qué hay Detrás?

Modelo de estrés de minoría

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma 'get under the skin'? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>

Trauma, abuso sexual en la infancia y chemsex

Tan, R. K. J., Phua, K., Tan, A., Tyler, A., Wong, C. M., Koh, W. L., & Bourne, A. (2021). Exploring the role of trauma in underpinning sexualised drug use ('chemsex') among gay, bisexual and other men who have sex with men in Singapore. *International Journal of Drug Policy*, 92, 103115. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103115>

Íncera-Fernández, D., Gámez-Guadix, M., & Moreno-Guillén, S. (2021). Mental health symptoms associated with sexualized drug use (chemsex) among men who have sex with men: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13299. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413299>

Salud mental, depresión y ansiedad asociadas al chemsex

Schecke, H., Lea, T., Bohn, A., Köhler, T., Sander, D., Scherbaum, N., & Deimel, D. (2020). Chemsex and mental health of men who have sex with men in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 542301. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.542301>

Amundsen, E., Haugstvedt, Å., Skogen, V., & Berg, R. C. (2020). Links between chemsex and reduced mental health among Norwegian MSM and other men: Results from a cross-sectional clinic survey. *BMC Public Health*, 20, 1662. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09916-7>

Soledad, aislamiento social y deseo de conexión

Hibbert, M. P., Porcellato, L. A., Brett, C. E., & Hope, V. D. (2021). Social and psychosocial factors associated with chemsex: A qualitative study exploring the lived experiences of men who have sex with men in the UK. *Culture, Health & Sexuality*, 23(7), 965–981. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1748614>

Giorgetti, R., Tagliabracchi, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., & Busardò, F. P. (2017). When 'chemsex' meets the internet: A web-based systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 21(15), 3288–3295.

Capítulo 4: ¿Qué es y Cómo Funciona una Adicción?

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Ducci, F., & Goldman, D. (2012). The genetic basis of addictive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(2), 495–519. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.03.010>

Kosten, T. R., & O'Connor, P. G. (2003). Management of drug and alcohol withdrawal. *New England Journal of Medicine*, 348(18), 1786–1795. <https://doi.org/10.1056/NEJMra020617>

Rosten, T. R., & O'Connor, P. G. (2003). Management of drug and alcohol withdrawal. *New England Journal of Medicine*, 348(18), 1786–1795. <https://doi.org/10.1056/NEJMra020617>

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>

Volkow, N. D., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Logan, J., Gatley, S. J., Gifford, A., Hitzemann, R., Ding, Y.-S., & Pappas, N. (2001). Prediction of reinforcing responses to psychostimulants in humans by brain dopamine D2 receptor levels. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1440–1443. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.9.1440>

Volkow, N. D. & Blanco, C. (2023) Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*, 22:203–229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>

World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). <https://icd.who.int/>

Capítulo 5: La Reducción de Riesgos y Daños como Estrategia Útil

Grant, R. M., Lama, J. R., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A. Y., Vargas, L., Goicochea, P., Casapia, M., Guanira-Carranza, J. V., Ramirez-Cardich, M. E.,

Montoya-Herrera, O., Fernández, T., Veloso, V. G., Buchbinder, S. P., Chariyalertsak, S., Schechter, M., Bekker, L.-G., Mayer, K. H., Kallás, E. G., ... iPrEx Study Team. (2010). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2587–2599. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011205>

Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

Platt, L., Minozzi, S., Reed, J., Vickerman, P., Hagan, H., French, C., Jordan, A., Degenhardt, L., Hope, V., Hutchinson, S., Maher, L., Palmateer, N., Taylor, A., Bruneau, J., & Hickman, M. (2017). Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD012021. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012021.pub2>

Capítulo 6: Acompañar sin Dañar

Modelos de apoyo a personas con consumo problemático

Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>

Velleman, R., Orford, J., Templeton, L., Copello, A., Patel, A., Moore, L., MacLeod, J., Godfrey, C., & Kelly, M. (2011). The effectiveness of a brief intervention for relatives of patients with alcohol and drug problems. *Addiction*, 106(10), 1731–1740. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03461.x>

Recaidas como parte del proceso de cambio

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

Codependencia y límites en la red de apoyo

Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*, 19(3), 271–276. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000218597.31184.41>

Servicios de atención y barreras de acceso

Hibbert, M. P., Doyle, N., Bradley, E., Porcellato, L. A., Brett, C. E., & Hope, V. D. (2019). Chemsex and its associated mental health and wellbeing among MSM attending sexual health clinics in London. *HIV Medicine*, 20(S4). <https://doi.org/10.1111/hiv.12800>

Bloemen, E. M., Van Hout, M. C., & Deimel, D. (2022). Healthcare experiences and barriers for men who have sex with men who engage in chemsex. *International Journal of Drug Policy*, 106. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103736>

Capítulo 7: Cómo Ayudar en Situaciones de Crisis

Primeros auxilios psicológicos

World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO Press.

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide (2nd ed.)*. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.

Crisis en el contexto de adicciones y consumo de sustancias

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P., & Weatherburn, P. (2015). 'Chemsex' and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171–1176. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>

Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Gómez-Arnau, J., & Sánchez-Mateos, D. (2017). Severe psychosis, drug dependence, and hepatitis C related to slamming mephedrone. *Case Reports in Psychiatry*, 2016, 8379562. <https://doi.org/10.1155/2016/8379562>

Ideación suicida y autorriesgo en MSM y personas LGBTQ+

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Clayton, P. J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>

Sobredosis y urgencias médicas por GHB y metanfetamina

Giorgetti, R., Tagliabracchi, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., & Busardò, F. P. (2017). When 'chemsex' meets the internet: A web-based systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 21(15), 3288–3295.

Capítulo 8: ¿Y Tú Cómo Estás? El Cuidado de Quien Acompaña

Burnout y agotamiento en cuidadores informales

Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>

Włodarczyk, O., & Schwarzer, R. (2023). The burnout concept as a theoretical framework for investigating the caregiving impact of relatives of patients with addictive disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1080490. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1080490>

Codependencia y patrones relacionales en adicciones

Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*, 19(3), 271–276. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000218597.31184.41>

Mindfulness y regulación emocional

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>

Establecimiento de límites saludables y autocuidado

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Capítulo 9: Cómo Comunicarte Mejor

Escucha activa y comunicación centrada en la persona

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Houghton Mifflin.

Entrevista motivacional en contextos de adicción

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

Comunicación empática y apoyo a personas con consumo problemático

Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine, 78*, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>

Velleman, R., Orford, J., Templeton, L., Copello, A., Patel, A., Moore, L., MacLeod, J., Godfrey, C., & Kelly, M. (2011). The effectiveness of a brief intervention for relatives of patients with alcohol and drug problems. *Addiction, 106*(10), 1731–1740. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03461>

Estigma, lenguaje y comunicación no peyorativa

Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction, 107*(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>

Dinámica relacional en parejas y familias afectadas por el consumo

Copello, A., Templeton, L., & Velleman, R. (2006). Family interventions for drug and alcohol misuse: Is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry, 19*(3), 271–276. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000218597.31184.41>

adhara

ASOCIACIÓN VIH/SIDA

www.adharaong.es

